



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”

Escuela Profesional de Obstetricia

“FACTORES ASOCIADOS A HIPERÉMESIS GRAVÍDICA, EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, EN EL AÑO 2018”

Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia

AUTORA

Mejía Coronado, Gisela Milagros

ASESOR

Echegaray Ramos, Blanca Rosa

JURADO

Vargas Bocanegra, Francisco

Poma Celestino, Juan Alberto

Vera Linares, Lucy Elena

Vizcarra Meza, Maximiliana Marcelina

LIMA – PERÚ

2019

Dedico este proyecto a Dios por permitirme llegar a este momento tan importante de mi vida.

A mis padres Manuel y María por siempre estar a mi lado guiando mis pasos, aconsejándome y alentándome en los momentos más difíciles de mi vida.

A mis hermanas por estar siempre presentes en cada etapa de mi vida, por su cariño y amor incondicional.

Agradezco a Dios, por guiar mis pasos, por permitirme estar en donde estoy,
por todas las cosas buenas que me ha dado, entre ellas mi hermosa familia.

A mis padres, por ser un ejemplo de seres humanos, por los valores que me
inculcaron, por el amor y dedicación brindada a lo largo de estos años y por ser
mi motivación para ser mejor cada día.

A mis 3 queridas hermanas, por ser día a día mis confidentes, mis amigas, mis
consejeras, por estar siempre a mi lado y por ser parte fundamental de cada
logro que alcanzo.

Índice

RESUMEN	9
ABSTRACT	10
I. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1 Descripción del problema.....	12
1.1.1. Formulación del Problema	13
1.2. Antecedentes.....	14
1.3 Objetivos.....	21
1.4 Justificación.....	22
1.5 Hipótesis	23
II. MARCO TEÓRICO	24
2.1. Bases.....	24
2.2.1. Náuseas y vómitos de la gestación.....	24
2.2.2. Hiperémesis gravídica	26
III. MÉTODO	37
3.1 Tipo de investigación	37
3.2 Ámbito temporal y espacial.....	37
3.3 Variables.....	38
3.3.1. Variable tipo I	38
3.3.2. Variable tipo II.....	38

3.4. Población y muestra	38
3.4.1. Descripción de la población	38
3.4.2. Muestra.....	38
3.5. Instrumento.....	40
3.6 Procedimientos	40
3.7 Análisis de datos.....	40
IV. RESULTADOS	41
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	59
VI. CONCLUSIONES.....	62
VII. RECOMENDACIONES	63
VIII. REFERENCIAS	64
VIII. ANEXOS	71
9.2. Anexo N°2: Operacionalización de variables.....	71
9.2. Anexo N°2: Operacionalización de variables.....	73
9.3. Anexo N°3: Carta de permiso de proyecto de investigación para la Unidad Funcional de Investigación del Hospital de San Juan de Lurigancho.....	76
9.4. Anexo N°4: Carta de finalidades para desarrollar estudio de investigación al jefe del departamento de Gineco – obstetricia y al jefe del departamento de la Unidad de Estadística e Informática.	77

9.5. Anexo N°5: Juicio de expertos: Certificado de validez de contenido del instrumento por Mg. Otarola De La Torre Ruth Nilda.	78
9.6. Anexo N°6: Juicio de expertos: Certificado de validez de contenido del instrumento por Mg. Huamaní Pedroza, Marcelina.	79
9.7. Anexo N°7: Juicio de expertos: Certificado de validez de contenido del instrumento por Mg. Zegarra Del Rosario Francisco.....	80
9.8. Anexo N° 8: Instrumento: Ficha de recolección de datos	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: *Edad materna asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

Tabla N°2: *Grado de instrucción asociado a hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

Tabla N°3: *Estado civil asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

Tabla N°4: *Gravidez asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

Tabla N°5: *Paridad asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

Tabla N°6: *Edad gestacional asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

Tabla N°7: *Atención prenatal asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

Tabla N°8: *Embarazo múltiple asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

Tabla N°9: *Infección del tracto urinario asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

Tabla N°10: *Antecedente de hiperémesis gravídica asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

Tabla N°11: *Trastornos metabólicos asociados a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

Tabla N°12: *Soporte familiar asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

Tabla N°13: *Violencia familiar asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

Tabla N°14: *Tipo de familia asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

Tabla N°15: *Estrés asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

Tabla N°16: *Depresión asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

Tabla N°17: *Estabilidad emocional asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

Tabla N°18: *Embarazo no deseado asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la hiperémesis gravídica, en las gestantes atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho, en el año 2018. Material y método: La presente investigación es de tipo descriptiva observacional, transversal y retrospectiva. Se realizó en una muestra de 116 historias clínicas de gestantes con el diagnóstico de hiperémesis gravídica que fueron atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2018. La información se recolectó mediante una ficha elaborada con 18 ítems que miden cuatro factores asociados a la hiperémesis gravídica: factores médicos, factores obstétricos, factores psicológicos y factores sociodemográficos que fue validado mediante juicio de expertos. Resultados: El 93,1 % de la población de estudio presentó embarazo no deseado, obteniendo una asociación significativa entre aquellas gestantes que provienen de familias disfuncionales en un 81 %, el 79,3 % en la etapa de vida joven (20-34 años) y el 79,3 % con grado de instrucción secundaria. El 71,6% de las gestantes con hiperémesis gravídica fue multigesta. El 60,3% de la población no asistió a ninguna atención prenatal. El 81% proviene de una familia disfuncional, además de que 61,2% de las gestantes con hiperémesis gravídica presentó estrés episódico. Conclusiones: La hiperémesis gravídica en nuestro medio es una enfermedad de etiología multifactorial, cuyo diagnóstico es únicamente por exclusión. El factor psicológico prima en las gestantes en estudio, donde el embarazo no deseado predomina en la población con un 93,1 %. El 79,3 %, de la población se encuentra en la etapa de vida joven (20-34 años), con grado de instrucción secundaria en un 79,3 %, donde el 81% proviene de familias disfuncionales. Además se evidencio una mayor prevalencia de hiperémesis gravídica en multigestas primíparas. No se encontraron relaciones significativas en los factores médicos.

PALABRAS CLAVE: Factores asociados, hiperémesis gravídica.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with hyperemesis gravidarum, in the pregnant women treated at the San Juan de Lurigancho hospital, in 2018. Material and method: The present investigation is descriptive, cross-sectional and retrospective. It was performed in a sample of 116 clinical records of pregnant women with the diagnosis of hyperemesis gravidarum that were treated at the Hospital San Juan de Lurigancho in 2018. The information was collected through a card prepared with 18 items that measure four factors associated with the Hyperemesis gravidarum: medical factors, obstetric factors, psychological factors and sociodemographic factors that was validated by expert judgment. Results: 93.1% of the study population presented unwanted pregnancy, obtaining a significant association between those pregnant women who come from dysfunctional families in 81%, 79.3% in the young life stage (20-34 years)) and 79.3% with a secondary level of education. 71.6% of pregnant women with hyperemesis gravidarum was multigesta. 60.3% of the population did not attend any prenatal care. 81% come from a dysfunctional family, in addition to 61.2% of pregnant women with hyperemesis gravidarum showed episodic stress. Conclusions: Hyperemesis gravidarum in our environment is a disease of multifactorial etiology, whose diagnosis is only by exclusion. The psychological factor prevails in pregnant women under study, where unwanted pregnancy predominates in the population with 93.1%. 79.3% of the population is in the young life stage (20-34 years), with secondary education in 79.3%, where 81% comes from dysfunctional families. In addition, a greater prevalence of hyperemesis gravidarum in primiparous multigestas was evidenced. No significant relationships were found in the medical factors.

KEY WORDS: Associated factors, hyperemesis gravidarum.

I. INTRODUCCIÓN

Durante la gestación se producen cambios fisiológicos en la mujer con el objetivo de adaptarse al feto en desarrollo, pero esto se ve afectado si las mujeres no están preparadas tanto físico como psicológicamente para estos cambios.

Las náuseas y vómitos es una condición frecuente durante la gestación; que si se ve alterado por distintos factores, se intensifican y producen una patología llamada Hiperémesis gravídica cuadro que va a causar malestar en la gestante, disminuyendo su calidad vida, tanto familiar como laboral.

Smith et al. (2018) Refiere que el término de hiperémesis gravídica es generalmente usado para describir lo que llega a ser el extremo grave del espectro de síntomas que podría desencadenar o afectar negativamente el funcionamiento fisiológico diario, causar ansiedad, interferir con el rendimiento en el trabajo y hacer que un gran porcentaje de mujeres consideren la interrupción del embarazo o eviten un futuro embarazo.

Es una patología multifactorial, de diagnóstico por exclusión, que muchas veces no es abarcado con la importancia necesaria por el personal de salud, permitiendo que esta patología progrese hasta un cuadro más severo que compromete la salud del binomio madre-feto.

Es por eso la importancia del presente estudio, identificar cuáles son los principales factores que afectan el desarrollo normal de la gestación para que pueda ser abarcado de la manera correcta y oportuna, educar a la paciente y a su entorno respecto a los factores de riesgo que pueden generar casos graves o de trastornos que limiten la condición física y emocional de la gestante.

Brindar una orientación respecto a los diferentes enfoques de manejo disponibles que permitan enfocar de manera integral la patología, diagnosticarla y tratarla de manera pertinente con el fin de identificar y evitar las potenciales complicaciones de la entidad.

1.1 Descripción del problema

Las náuseas y vómitos del embarazo es una de las condiciones médicas más frecuentes durante la gestación. Diversas investigaciones refieren que aproximadamente entre el 75% al 80% de las mujeres embarazadas experimentan en un grado variable náuseas, vómitos y/o sialorrea al comienzo de la gestación que puede incluso continuar con la sintomatología hasta después de la semana veinte, cuadro que puede llegar a comprometer el bienestar de las pacientes y el de su feto puesto que afecta la calidad de vida familiar, laboral y social. (Molina, Vásquez, Benavides, Aramendiz, Vásquez Z & Buitrago, 2016, pág.173)

Son descritas hoy como una condición común, con la potencialidad de disminuir la calidad de vida de la mujer e incrementar los riesgos de morbilidades durante la gestación. Es un hallazgo común en el embarazo, de etiología aún desconocida, siendo probablemente multifactorial, por lo cual suele ser un diagnóstico minimizado por los obstetras y personal de salud, permitiendo que la condición clínica progrese hacia el deterioro y a hacia una estadio de severidad llamada hiperémesis gravídica. Una vez las náuseas y vómitos en el embarazo progresan, suele ser más difícil controlar los síntomas, es por esto que hoy en día el enfoque hacia las náuseas y vómitos durante la gestación debe llevarse en varios frentes: Enseñanza hacia la comunidad de gestantes y a sus familias con el propósito de capacitar a la paciente y a su entorno respecto a la capacidad de las náuseas y vómitos en el embarazo de generar casos graves o de trastornos que

limiten la condición física y emocional de la gestante. Es importante hacer énfasis en que la percepción de la gravedad de los síntomas de la mujer desempeña un papel fundamental en la decisión de sí, cuándo y cómo tratar las náuseas y los vómitos del embarazo, capacitación al personal de salud respecto a la identificación de los signos y síntomas que pueden llegar al desarrollo de la hiperémesis gravídica, orientación respecto a los diferentes enfoques de manejo disponibles: cambios en el estilo de vida, cambios en la dieta, y manejo de tratamientos seguros y eficaces, según criterio de diagnóstico.

La importancia de este estudio es determinar los factores asociados a hiperémesis gravídica que permitan enfocar de manera integral la patología, con el fin de evitar las potenciales complicaciones de la entidad.

1.1.1. Formulación del Problema

1.1.1.1. Problema General

¿Cuáles son los factores asociados a hiperémesis gravídica, en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, en el año 2018?

1.1.1.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los factores médicos asociados a hiperémesis gravídica, en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, en el año 2018?
- ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a la hiperémesis gravídica, en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, en el año 2018?
- ¿Cuáles son los factores psicológicos asociados a la hiperémesis gravídica, en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, en el año 2018?
- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la hiperémesis gravídica, en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, en el año 2018?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Internacionales

De Haro et al. (2015) en su publicación “Hiperémesis gravídica: manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de literatura” tuvo como Objetivo: Demostrar la efectividad del soporte nutricional en un caso de Hiperémesis gravídica asociado a desnutrición severa. Se trata de una femenina de 25 años con diagnóstico de hiperémesis gravídica, que tuvo pérdida de peso de 17.7%, deshidratación, trastornos electrolíticos y arritmias, manejada con nutrición enteral y parenteral en domicilio hasta la semana 26 de gestación logrando cubrir el 70% de sus requerimientos calóricos por vía oral, obteniendo como resultado un producto sano y una madre estable nutricionalmente durante y hasta el fin de la gestación. Conclusiones: El manejo multidisciplinario y un soporte nutricional especializado en este tipo de casos es imprescindible para llevar al paciente y al producto al final del embarazo en óptimas condiciones.

Pantoja (2017) En su trabajo de investigación “Cuidado integral de enfermería en pacientes embarazadas con diagnóstico de hiperémesis gravídica” tuvo como conclusiones que el cuidado de enfermería es un factor indispensable para la prevención, recuperación y rehabilitación de esta problemática. También refirió que la educación a la paciente en cuanto a la dieta y nutrición durante la gestación, evitando alimentos altos en grasas o muy condimentados, es indispensable para lograr la remisión de los vómitos. Educar a la gestante, la familia y entono que un adecuado reposo durante esta fase agresiva de la hiperémesis gravídica contribuirá con la pronta recuperación . Al recuperar su estado nutricional y electrolítico la

gestante; se evitó el compromiso fetal, se mantiene la integridad cutánea, y no se presentaron mayores complicaciones.

Garshasbi, Ghazanfari, Zayeri & Kamali, (2017) realizaron un estudio titulado “Niveles séricos maternos de interleucina-6 y β -hCG en mujeres con hiperémesis gravídica en el primer trimestre del embarazo. “, cuyo objetivo fue analizar el nivel de IL-6 y β -hCG en el suero de mujeres embarazadas que padecen HG durante el primer trimestre del embarazo y comparar con controles de edad gestacional y mujeres normales no embarazadas. Llevado a cabo en Teherán, Irán; cuya metodología fue medir las concentraciones plasmáticas de IL-6 y β -hCG en 30 mujeres sanas no embarazadas y 30 mujeres con HG, 30 mujeres embarazadas con náuseas y vómitos del embarazo (NVP) y 30 mujeres embarazadas normales, emparejadas por edad, paridad y edad gestacional. Obteniendo los siguientes resultados: los niveles séricos promedio de β -hCG fueron más altos en mujeres con hiperémesis gravídica. Hubo una diferencia significativa entre los tres grupos llegando a la siguiente conclusión: los niveles de IL-6 aumentan en las mujeres con HG y esto podría conducir a niveles más altos de hCG en estos pacientes. Parece que la IL-6 no tiene un papel primario en la etiología de HG.

Nieto, Burgos, Echeverry & Escobar (2018) en su trabajo de investigación “Encefalopatía de Wernicke secundario a hiperémesis gravídica: la importancia del diagnóstico temprano” tuvo como Objetivo: Describir el primer caso de EW secundario a HG en Colombia y realizar una revisión de la literatura publicada sobre su diagnóstico y tratamiento. Materiales y métodos: Se describe un caso de EW secundario a hiperémesis gravídica en el que se brindó un manejo

interdisciplinario. Se realizó una revisión de la literatura con los términos “encefalopatía de Wernicke”, “hiperémesis gravídica” y “embarazo” incluyendo reportes de casos, series de casos, artículos de revisión, investigaciones originales o cartas al editor en inglés, español y francés, en donde se analizaron el método y tiempo del diagnóstico, pauta de tratamiento y estado funcional final. Resultados: Se incluyeron 69 publicaciones y se identificaron 89 casos. En 23 de ellos se presentó pérdida gestacional, sólo en el 12,4% de los casos se reportó el nivel de tiamina, de los cuales en el 90% se encontraba disminuido y de los casos en donde se reportó estado funcional final en el 5,9% la gestante falleció. Conclusión: La EW secundaria a HG es una complicación potencialmente letal. Debe sospecharse ante cualquier alteración neurológica e historia de emesis persistente. El diagnóstico y tratamiento oportuno interdisciplinario son fundamentales para disminuir el riesgo de secuelas que limitan la capacidad funcional con alto impacto en la calidad de vida.

Dypvik, Pereira, Gunnar & Eskild (2018) en su investigación titulada “Concentraciones de gonadotropina coriónica humana materna en el embarazo temprano y riesgo de hiperémesis gravídica: un estudio de cohortes retrospectivo de 4.372 embarazos después de la fertilización in vitro”, cuyo objetivo fue Investigar la asociación de las concentraciones de gonadotropina coriónica humana (hCG) en un día fijo en el embarazo temprano con el desarrollo de hiperémesis gravídica. Estudio de cohorte retrospectivo incluyó 3107 gestaciones únicas y 1265 gemelas después de la fertilización in vitro tratada en el Departamento de Medicina Reproductiva , Rikshospitalet, Oslo University

Hospital, Noruega, en el período 1996-2013.

Obteniendo los siguientes resultados: En los embarazos gemelares en comparación con los embarazos únicos, encontramos concentraciones más altas promedio de hCG materna (219 UI / L versus 130 UI / L, $p < 0.001$ Student's t - test) y una mayor prevalencia de hiperémesis gravídica (2.7% versus 1.4%, $p = 0.002$ prueba de chi-cuadrado). Sin embargo, tanto en embarazos únicos como gemelares, no encontramos diferencias significativas en las concentraciones medias de hCG entre mujeres que desarrollaron hiperémesis gravídica y mujeres que no (Singletons: 122 UI / L versus 130 UI / L, $p = 0,504$. Mellizos: 234 IU / L versus 219 IU / L, $p = 0,417$ t de Student-prueba). No se encontraron diferencias significativas en los odds ratios para desarrollar hiperémesis gravídica de acuerdo con los cuartiles de las concentraciones de hCG. Concluyendo finalmente en que no se encontró asociación de las concentraciones de hCG materna en un día fijo al inicio del embarazo con el desarrollo de hiperémesis gravídica.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

Bustinza (2016) en su investigación “Factores de riesgo y complicaciones asociados a la hiperémesis gravídica en el hospital Hipólito Unanue- Tacna durante los años 2007- 2014.”, cuyo objetivo fue 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., cuya metodología fue un estudio retrospectivo, observacional y analítico. Se seleccionó una muestra de 122 gestantes con hiperémesis gravídica

(casos) y 122 gestantes sin hiperémesis gravídica (control), llegando a la conclusión de que 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).

Sedano (2017) en su investigación titulada “Prevalencia y epidemiología de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2014 – 2016”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y aspectos epidemiológicos de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2014 al 2016. Cuyo material y métodos utilizados fue una investigación no experimental, transversal, descriptiva, retrospectiva. Con una muestra de gestantes atendidas entre los años 2014 y 2016 en el Hospital San Juan de Dios de Pisco Perú dentro del criterio de inclusión. Llegando a los siguientes resultados: La prevalencia de hiperémesis gravídica en el Hospital San Juan de Dios de Pisco es de 2.1%. La frecuencia de hiperémesis gravídica según edad corresponde el 43.8% son menores de 20 años y el 56,2% son de 20 a más años de edad. La frecuencia de malas relaciones con su pareja es de 56.2% y los que presentan buenas relaciones con su pareja es de 43.8%. La frecuencia de recién nacidos masculinos fue de 59.4% y los que presentaron hijos femeninos son el 40.6%. La frecuencia de gestantes que proceden den zonas rurales es de 46.9% y el 53.1% proceden de zonas urbanas. La frecuencia de gestantes con grado de instrucción primaria fue de 28.1% el 43.8% presentaron grado de instrucción secundaria y el 28.1% presentaron grado de instrucción superior.

Rodríguez (2017) en su investigación titulada “Factores de riesgo asociados a hiperémesis gravídica en gestantes del servicio de gineco – obstetricia del Hospital Santa Rosa en el periodo Enero – Junio 2017”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a Hiperémesis gravídica en gestantes del servicio de Gineco – obstetricia llevado a cabo en el Hospital Santa Rosa en el período Enero – Junio 2017, Cuya metodología fue un estudio analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. Consta de una población 146 gestantes del servicio de gineco – obstetricia del hospital Santa Rosa entre el 1 de enero al 30 de junio del 2017. Se contó con 47 casos y 99 controles. La información se obtuvo de una ficha de recolección de datos. Donde concluyó que 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.

Quispe (2017) En su trabajo de investigación titulada “Factores asociados al desarrollo de hiperémesis gravídica y su relación con las complicaciones maternas en el hospital José Agurto Tello de Chosica, año 2015”, tuvo como OBJETIVO Determinar los factores asociados al desarrollo de hiperémesis gravídica y su relación con las complicaciones maternas en el Hospital José Agurto Tello de Chosica, año 2015. METODOLOGÍA Se realizó un estudio tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal. RESULTADOS Se evaluaron 98 historias de gestantes que presentaron hiperémesis gravídica, el 68.4% presentan 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% gestante 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%. **CONCLUSIONES** Los factores asociados a la Hiperémesis Gravídica no tienen relación con las complicaciones maternas en el Hospital José Agurto Tello de Chosica, año 2015.

Hernandez (2017). Su trabajo de investigación “factores de riesgo de la hiperémesis gravídica en el hospital Regional de Ica año 2016” realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar los Factores de riesgo asociados a Hiperémesis Gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2016. Material logístico de instrumento fue la revisión de historias clínicas y la recolección de datos, consta de 4 ítems: uno sobre datos generales, dos sobre datos personales, tres condiciones asociadas al embarazo y cuatro informaciones obtenidas de la parte estadística de los factores de riesgo asociados a Hiperémesis Gravídica. El diseño de estudio es descriptivo correlacional retrospectivo por que trata de interpretar los datos numéricos y los datos estadísticos. El análisis es analítico e inductivo de las variables en forma independiente se tomará una conclusión general y de enfoque cuantitativo. Teniendo una muestra de 52

historias clínicas seleccionadas según criterios de inclusión y objetivos de estudio. Los resultados obtenidos fueron: La desnutrición está altamente asociada 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 también representa 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 estuvo altamente asociada a los cuadros de hiperémesis gravídica donde las pacientes refirieron que el 70.5 % presentaron algún cuadro de depresión durante el embarazo. 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%. Llegando a la conclusión según a contrastación de hipótesis según su cuadrado con 12,59 con una probabilidad $p=0.012$, es decir que es significativo ($p < 0.05$) existe relación entre los factores de riesgo de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica año 2016.

1.3 Objetivos

Objetivo General

Determinar los factores asociados a hiperémesis gravídica, en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, en el año 2018

Objetivos Específicos

- Identificar los factores médicos asociados a hiperémesis gravídica, en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, en el año 2018.
- Identificar los factores obstétricos asociados a hiperémesis gravídica, en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, en el año 2018.
- Identificar los factores psicológicos asociados a hiperémesis gravídica, en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, en el año 2018.
- Identificar los factores demográficos asociados a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, en el año 2018.

1.4 Justificación

La hiperémesis gravídica en las gestantes, llamada enfermedad de las múltiples teorías exige ser objeto de mayor investigación para su mejor conocimiento especialmente lo relacionado a los factores asociados y las posibles complicaciones que se presenten como consecuencia de esta. Consideramos importante la realización de este estudio, ya que nos permite identificar a tiempo los factores médicos, obstétricos, psicológicos y sociodemográficos asociados en el desarrollo de hiperémesis gravídica, dado que, nos va a permitir plantear acciones de orientación, manejo para las gestantes y poder intervenir oportunamente con el objeto de minimizar la morbilidad en el binomio madre – feto, tanto en el estilo de vida, dieta, tratamiento eficaz y efectivo y así evitar el riesgo de comorbilidades que se puedan presentar.

Adicionalmente la presente investigación servirá como antecedente para estudios similares que se realicen posteriormente en diferentes instituciones hospitalarias del país.

1.5 Hipótesis

H1: Los factores sociodemográficos, obstétricos, médicos y psicológicos, se asocian a la hiperémesis gravídica, en gestantes atendidas em el Hospital San Juan de Lurigancho em el año 2018.

H0: Los factores sociodemográficos, obstétricos, médicos y psicológicos, no se asocian a la hiperémesis gravídica, en gestantes atendidas em el Hospital San Juan de Lurigancho em el año 2018.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases

2.2.1. Náuseas y vómitos de la gestación

Molina et al. (2016) Señala que las descripciones de náuseas y vómitos del embarazo no es reciente, pues datan de tiempos muy antiguos, encontrándose escritos del siglo II D.C. y no es de extrañarse, pues es la condición médica más frecuente del embarazo; aproximadamente entre el 75% al 80% de las mujeres embarazadas experimentan en un grado variable náuseas, vómito y/o sialorrea al comienzo de la gestación, que no solo compromete el bienestar de las pacientes puesto que afecta la calidad de vida familiar, laboral y social. Además señala que comúnmente las pacientes describen un cuadro común donde refieren sentimientos de aislamiento, fatiga, depresión, ansiedad, frustración e irritabilidad; y que solo el 50% de las gestantes van a presentar vómito sin síntomas adicionales.

También refiere que frecuentemente se utiliza el término “nauseas matutinas” para describir estos síntomas durante el embarazo, sin embargo, es un término equivocado puesto que en diferentes estudios se señala que solo el 80% de las gestantes informan que sus síntomas permanecen durante todo el día, y solo el 1.8% de las pacientes refieren ésta sensación únicamente en horas de la mañana. Manifiesta que el cuadro de los síntomas de la enfermedad no es absoluto y varía en cuanto el tiempo, gravedad y duración en las diferentes publicaciones.

2.2.1.1. Frecuencia

González, Álvarez, Veiga & Gómez (2011) afirman que según estudios en el 70% de los casos la sintomatología aparece entre la cuarta y la séptima semanas tras la última

regla, si bien en el 7% se inician antes de la primera falta menstrual. En todas las pacientes esta afección se manifiesta antes de las 9 semanas de amenorrea, por lo que ante un cuadro similar de inicio posterior a la semana 9 de amenorrea debemos valorar la presencia de otras enfermedades, sobre todo enfermedad trofoblástica, diabetes o la exposición a agentes tóxicos. Este es un cuadro que comúnmente suele ser más frecuente entre las 6 de la mañana y el mediodía, razón por la cual también se denomina «enfermedad matutina», aunque en la mayoría de las pacientes persisten durante las 24 h. En el 30% de las pacientes las náuseas y vómitos del embarazo se resuelven en la décima semana de gestación, un 30%, alrededor de la semana 12 y en otro 30%, en la semana 16, y sólo un 10% de las gestantes continúa con la sintomatología después de la semana 20.

El incremento de los vómitos en el tercer trimestre se justificaría por un mecanismo mecánico: el útero gestante a las 35 semanas de amenorrea alcanza la parrilla costal, lo cual va determinar un desplazamiento y compresión de la cámara gástrica, determinando que la paciente refiera, con frecuencia, dispepsia, vómitos y síndrome de dismotilidad gástrica.

Para valorar la intensidad de los cuadros de emesis se puede usar el sistema de clasificación PUQE4 (Pregnancy Unique Quantification of Emesis and Nausea), el cual es un método de puntuación para cuantificar la gravedad de las náuseas y vómitos del embarazo. Se basa en la investigación de la presencia de los 3 síntomas (náuseas, vómitos y arcadas), su duración y frecuencia en las últimas 12 h (tabla 1). Según la puntuación total del cuestionario se clasifican las náuseas y vómitos del embarazo en: leves ≤ 6 , moderadas entre 7 y 12 y graves mayor de 13 (González et al., 2011).

2.2.2. Hiperémesis gravídica

McCarthy, Lutomski & Greene (2014) definen la hiperémesis gravídica como el vómito persistente y excesivo que comienza antes del final de la semana 22 de gestación y subdivide la condición en leve y grave, asociado con graves alteraciones metabólicas como el agotamiento de carbohidratos, la deshidratación o el desequilibrio electrolítico. La hiperémesis gravídica no tiene una etiología definida por lo cual es diagnosticada únicamente por exclusión, que se caracteriza por náuseas y vómitos prolongados y graves, deshidratación, cetonuria y más de 5% de pérdida de peso corporal. La hiperémesis gravídica como tal, afecta aproximadamente al 0.3% -2.0% de los embarazos, es la indicación más común de ingreso en el hospital en la primera mitad del embarazo y solo es superada por el trabajo de parto prematuro como causa de hospitalización durante el embarazo.

González et al. (2011) señalan que la hiperémesis gravídica llega a ser el extremo más severo del espectro de náuseas y vómitos durante el proceso de la gestación que pone en riesgo la salud de la madre y el feto. Su incidencia se estima, en la literatura científica, entre el 0,3 y el 2% de las gestantes.

2.2.2.1. Clasificación

Goycochea (2014) considera que la hiperémesis gravídica está clasificada en tres parámetros: hiperémesis gravídica leve, moderada y severa.

- Hiperémesis gravídica leve: En este tipo no hay deshidratación y la pérdida de peso corporal es menor al 5%.
- Hiperémesis gravídica moderada: Signos de deshidratación y pérdida de peso ente 5 al 10 %.

- Hiperémesis gravídica severa: ansiedad, ictericia, cetoacidosis, pérdida de peso mayor al 10 %, oliguria y shock.

2.2.2.2. Incidencia

Molina et al., (2016) refiere que entre el 75 y 90% de los embarazos son afectados por náuseas con o sin vómitos en diferentes niveles de severidad, mas no llegan a desarrollar un cuadro de hiperémesis gravídica, mientras que aquellas afectadas por hiperémesis gravídica como tal se encuentran con cifras entre el 0.5 y 2%.

Estos síntomas parecen ser más frecuentes en países de occidente y en áreas urbanas, mientras que es relativamente infrecuente en Asia y África.

Se ha sugerido en diversos estudios que las primigestantes jóvenes se afectan con más frecuencia que las multigestantes mayores.

2.2.2.3. Etiología

La etiología de las náuseas y vómitos del embarazo es aún desconocida, considerándose diversos factores asociados a ella por lo que se considera que es de etiología multifactorial. Entre los principales factores implicados en el desarrollo de dicha enfermedad encontramos:

- Hormonales.
- Neurológicos.
- Alérgicos o inmunológicos.
- Psicológicos.
- Otros: alteración del pH gástrico, infección por *Helicobacter pylori*, déficit de piridoxina, etc. (Hospital Nacional San José, 2013).

2.2.2.4. Fisiopatología

Goycochea (2014) en su investigación considera que tempranamente en el curso de la enfermedad los vómitos continuos llevan a deshidratación severa, hipovolemia con hemoconcentración, disminución del volumen extracelular, depleción de electrólitos y pérdida de peso, concomitantemente con aumento del hematocrito, nitrógeno ureico sanguíneo, ácido úrico, osmolaridad sérica y urinaria y gravedad específica de la orina, y disminución del volumen urinario y del aclaramiento de la creatinina.

La frecuencia cardíaca aumenta por lo tanto la presión arterial disminuye. Con una ingesta calórica negativa y múltiples deficiencias vitamínicas, particularmente del grupo B y la vitamina C.

Los vómitos severos y frecuentes causan pérdida de iones hidrógeno, sodio, potasio, y cloro, dando como resultado hiponatremia, hipopotasemia, hipocloremia y alcalosis metabólica.

La producción de ácido acetoacético y de betahidroxibutirato y su excreción en la orina es resultado de la oxidación imperfecta de las grasas, secundaria a una falta de carbohidratos disponibles para el metabolismo.

El hígado puede presentar infiltración grasa y rara vez áreas de necrosis centrolobulillar.

2.2.2.5. Factores de riesgo

Smith et al. (2018) señala que los estudios de factores de riesgo específicamente para el diagnóstico de hiperémesis gravídica han incluido generalmente solo un pequeño número de mujeres afectadas, y los resultados no han sido concluyentes.

Bustanza (2016) considera factores de riesgo:

- Nuliparidad
- Obesidad: Los estrógenos son sintetizados por el tejido adiposo, donde se encuentra la expresión de aromatasa p-450 requeridas para la síntesis de estrona y estradiol, representando más del 40% de los estrógenos en la mujer. Por lo tanto los niveles de estrógenos en sangre también aumentan.
- Edades extremas
- Inmigración
- Antecedente de Hiperémesis Gravídica en embarazos anteriores
- Antecedente de gastritis
- Antecedente de intolerancia a anticonceptivos orales
- Embarazo múltiple
- Enfermedad trofoblástica actual o previa
- Trastornos metabólicos: hipertiroidismo, diabetes
- Otras patologías: enfermedad gastrointestinal, asma.
- Desordenes psicológicos o psiquiátricos
- Raza negra
- Bajos ingresos económicos
- Mujeres con menor nivel educativo, jóvenes (<20 años)
- Feto de sexo femenino, el riesgo puede aumentar hasta en un 50%, varios estudios han encontrado una asociación entre las náuseas y vómitos del embarazo y el feto de sexo femenino.

La localización del cuerpo lúteo puede también actuar como un factor de riesgo, estudios de ultrasonido han mostrado que las mujeres embarazadas experimentan más

náuseas y vómito cuando el cuerpo lúteo está ubicado en el ovario derecho, esto puede ser debido a diferencias en el drenaje venoso entre el ovario derecho e izquierdo y una alta concentración de esteroides sexuales cuando el cuerpo lúteo es derecho (Molina et al., 2016).

Factores hormonales:

Bustinza (2016) manifiesta la hipótesis de que los factores endocrinos son la causa primaria de hiperémesis gravídica es muy citada, debido a que el diagnóstico de hiperémesis gravídica es frecuente durante el primer trimestre, cuando tanto la placenta como el cuerpo lúteo están produciendo hormonas y el organismo adaptándose a ellas. Esto ha tratado de relacionarse con la patogénesis de la hiperémesis gravídica. A diferencia de las pacientes que no desarrollan hiperémesis gravídica, las que si lo hacen podrían estar expuestas a niveles hormonales más altos tempranamente en el embarazo.

- Concentraciones séricas altas de la hormona gonadotropina coriónica (HCG), como ocurre en las gestaciones gemelares o en la enfermedad trofoblástica, o bien su incremento brusco en la sangre materna. Esta teoría se basa en la coincidencia del inicio del cuadro de náuseas y vómitos con la elevación de HCG sérica. También es bien sabido que las gestaciones molares presentan cuadros más severos de náuseas y vómitos de la gestación. Sin embargo, los niveles altos de hCG no se asocian sistemáticamente con náuseas y vómitos.

- Estudios han demostrado que se encontraron valores de estrógenos más elevados en mujeres con hiperémesis (González et al, 2011).

Smith et al. (2018) refiere que ningún perfil hormonal único predice con precisión el desarrollo de náuseas y vómitos durante el embarazo o hiperémesis gravídica. Las

concentraciones séricas elevadas de estrógeno y progesterona se han relacionado con la patogénesis de estos trastornos. Las hormonas relacionadas con el embarazo relajan el músculo liso y, por lo tanto, reducen el tiempo de tránsito gastrointestinal y pueden alterar el vaciamiento gástrico. Aunque varias líneas de evidencia apoyan el papel de las hormonas en la severidad de las náuseas y vómitos del embarazo, especialmente para los estrógenos, el hecho de que los niveles de hormonas sexuales aumenten en el tercer trimestre, mucho después de que los síntomas de náuseas y vómitos o hiperémesis se hayan resuelto, no concuerda con esta teoría. Schiff et al. Informan que gestantes con enfermedad grave tienen un aumento de 1,5 veces de probabilidad de tener un feto de sexo mujer, lo cual apoya el papel de los estrógenos en su fisiopatología.

- González et al. (2011) refiere que en las primeras semanas de gestación, se detecta un aumento de la tiroxina libre y un descenso de la tirotrópina (TSH), pero múltiples estudios indican que estos cambios se deben a la actividad de la HCG y no a la alteración primaria del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides. La HCG está formada por 2 unidades polipeptídicas (α y β). La subunidad α es idéntica a las hormonas LH, FSH y TSH; por lo que comparte actividad estimuladora del tiroides, lo cual justifica el incremento de tiroxina libre y el descenso por retroalimentación negativa de la TSH. La subunidad β es específica de la HCG.

- La progesterona se ha relacionado con la etiopatogenia de la entidad, debido a su papel en la disminución de la motilidad gástrica, esofágica e intestinal; además de producir una relajación del esfínter esofágico inferior.

Se ha estudiado el papel de varias otras hormonas en la patogénesis de la hiperémesis, pero no se ha encontrado una relación consistente.

Motilidad gastrointestinal anormal

Smith et al. (2018) apunta que la motilidad gástrica puede ser anormal en mujeres con hiperémesis. Los estudios que abordan los trastornos de la motilidad han reportado resultados contradictorios, lo que sugiere que estas anomalías no son altamente predictivas de la enfermedad.

El esfínter esofágico inferior se relaja durante el embarazo, lo que lleva a un aumento del reflujo gastroesofágico. El reflujo gastroesofágico produce acidez y, en algunos individuos, náuseas. Sin embargo, si este fuera el mecanismo de la hiperémesis, los síntomas deberían empeorar a medida que avanza el embarazo, en lugar de mejorar.

Sin embargo, si este fuera el mecanismo de la hiperémesis, los síntomas deberían empeorar a medida que avanza el embarazo, en lugar de mejorar.

- *Helicobacter pylori*: la mayoría de las mujeres con *H. pylori* no desarrollan náuseas y vómitos intensos durante el embarazo, pero la infección puede jugar un papel en la patogénesis de la enfermedad en algunas mujeres (...). Sin embargo, hubo una heterogeneidad significativa entre los estudios y la mayoría de los estudios no distinguió entre infección activa e infección pasada o cepa de *H. pylori*.

Factores psicológicos

González et al. (2011) manifiesta la hipótesis inicial hace referencia a una enfermedad psicósomática, principalmente caracterizada por conflictos psiquiátricos, rechazo al embarazo no deseado o no planificado, tendencias neuróticas, ambivalencia, histeria, rechazo a la feminidad y depresión, conllevando a sufrir aversión por los alimentos. También se han considerado algunos factores socioculturales como la pobreza, el desempleo y conflictos conyugales, como otros factores implicados, ya sean

familiares o con su entorno social. Las náuseas y vómitos eventualmente no son la causa directa de un síndrome conversivo, pero es notable que las mujeres que tienen algún componente psicológico se entrelacen con la exacerbación de sus síntomas.

Por mucho tiempo se ha pensado que el vómito en la gestante es representado por conflictos psicológicos, pero también es posible que sea una consecuencia de la tensión emocional y física de la hiperémesis.

Las hipótesis planteadas se dividen en 3 categorías:

- El psicoanálisis considera la hiperémesis gravídica como un fenómeno de conversión o somatización. Este fenómeno suele ser asociado con gestaciones no deseadas y personalidades histérica o inmadura. Estos autores describen que muchas o la gran mayoría de mujeres con hiperémesis gravídica no deseaban estar embarazada, resultado de un embarazo no planificado y aunque continuaban con su gestación generando una situación conflictiva para la mujer que no se anima a expresar la ambivalencia de sentimientos que tiene ante su gestación. Al no poder expresar verbalmente este sentimiento, por miedo a la crítica o por autocensura, las embarazadas vomitarían.

Desde el punto de vista psicológico el vómito se interpreta como un acto simbólico de rechazo al embarazo, y sería una forma inconsciente de descargar sus sentimientos.

- Una incapacidad de respuesta de la gestante para adaptarse al estrés de la gestación.
- Simpson et al. Al igual que el grupo de Seng afirman que la hiperémesis no es un trastorno de conversión, y aunque no es posible afirmar que no exista un componente psicológico subyacente, parece evidente que no se trata de una enfermedad exclusivamente psíquica.

- Otros autores, actualmente, sostienen que los síntomas psicológicos son el resultado del estrés derivado de la afectación física de la hiperémesis, más que de una causa de la misma.

Smith et al. (2018) afirma que la psicoterapia puede ser una terapia complementaria útil, especialmente si se identifican las fuentes psicológicas de ansiedad y si se pueden mejorar, y puede reducir la angustia causada por las náuseas, el embarazo y otros eventos coincidentes.

- Otros: han sugerido diversas teorías para explicar la hiperémesis, incluidas deficiencias específicas de nutrientes (p. Ej., Zinc, vitamina B6), alteraciones en los niveles de lípidos, cambios en el sistema nervioso autónomo y desregulación inmunológica. Ninguna de estas teorías está asociada de manera consistente con, o es altamente predictiva, de la enfermedad (Smith, et al., 2019).

2.2.2.6. Cuadro clínico

Instituto Nacional Materno Perinatal (2014) considera el diagnóstico clínico de la hiperémesis gravídica es por exclusión, basado en una presentación típica de síntomas en ausencia de otras enfermedades.

- Náuseas y vómitos intensos de predominio matinal.
- Sialorrea y modificaciones del apetito y del gusto.
- Epigastralgias y a veces hematemesis por desgarro de la mucosa gastroesofágica (síndrome de Mallory-Weiss).
- Aliento fétido o con olor a frutas.
- Pérdida de peso.
- Signos de deshidratación

- En situaciones graves: síntomas neurológicos, encefalopatía (Síndrome de WernickeKorsakoff), ictericia, hipertermia, insuficiencia hepatorenal, confusión, letargo y coma.

2.2.2.7. Criterios de internamiento

- Duración prolongada de los síntomas.
- Pérdida de peso objetiva (> 5% del peso pre gestacional).
- Deshidratación clínica.
- Alteraciones hidroelectrolíticas.
- Deterioro nutricional o metabólico progresivo

2.2.2.8. Exámenes auxiliares

- Hemograma (hemoconcentración) y pruebas de coagulación.
- Pruebas hepáticas. Los niveles de transaminasas hepáticas están elevadas en el 15-25% de los casos de hiperémesis gravídica, pero raramente exceden en 3-4 veces los niveles normales y es más frecuente que estén elevadas si existe cetonuria.
- Pruebas pancreáticas: amilasa y lipasa.
- Electrolitos: hiponatremia, hipocaliemia e hipocloremia.
- Proteínas totales y equilibrio ácido-base (alcalosis metabólica).
- Análisis de orina (cetonuria, aumento de la osmolaridad).
- Urocultivo: para descartar infección urinaria.
- β -hCG: en caso de duda para descartar enfermedad trofoblástica.
- Ecografía obstétrica: valorar vitalidad fetal, número de embriones y descartar enfermedad trofoblástica, etc.

- Ecografía abdominal: descartar enfermedades hepatobiliares. - Hormonas tiroideas: descartar hipertiroidismo.
- Fondo de ojo: hipertensión intracraneal. - ECG cuando las alteraciones electrolíticas o la sintomatología lo requieran.

2.2.2.9. Manejo y plan de trabajo

- Corregir la deshidratación y mejorar los síntomas
- Corregir el desbalance electrolítico y la función renal.
- Terapia medicamentosa.
- Psicoterapia de apoyo.

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

- Según la tendencia: CUANTITATIVA

Identificar los factores médicos, obstétricos, psicológicos y demográficos asociados a la hiperémesis gravídica.

- Según la orientación: APLICADA

Describir y evaluar los factores médicos, obstétricos, psicológicos y demográficos, asociados a la hiperémesis gravídica, basándose en las teorías y los estudios realizados.

- Según el tiempo de ocurrencia: RETROSPECTIVO

Se recolectará datos de los hechos que ocurrieron.

- Según el análisis y alcance de sus variables: DESCRIPTIVA

Se observara, registrará las variables que son los factores médicos, obstétricos, psicológicos y demográficos, asociados a la hiperémesis gravídica.

Tipo de diseño

Observacional - transversal

3.2 Ámbito temporal y espacial

El presente estudio se desarrollara en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lima. Perú, durante el año 2018.

3.3 Variables

3.3.1. Variable tipo I

Factores Asociados

3.3.2. Variable tipo II

Hiperémesis gravídica

3.4. Población y muestra

3.4.1. Descripción de la población

1. Población de estudio: Son un total de 165 pacientes con hiperémesis gravídica atendida en el periodo de estudio.
2. Marco muestral: registro de ingresos de hiperémesis gravídica en el H.S.J.L.
3. Unidad de muestreo: Archivo de historias clínicas del H.S.J.L.
4. Unidad de Análisis: Historia clínica de una paciente con Dx: Hiperémesis gravídica.

3.4.2. Muestra

3.5.2.1. Técnica de muestreo

No probabilística e intencionada.

Finita – Homogénea

3.5.2.2. *Tamaño muestral*

$$n = \frac{Z^2 \times Pe \times qx \times N}{e^2 (N-1) + Z^2 \times Pe \times qx}$$

Donde:

n: Tamaño de muestra.

Z: nivel de confianza (95 % = 1.96)

Pe: Probabilidad de que ocurra el evento de estudio.

Qe: Probabilidad de que NO ocurra el evento (1- Pe).

e: error (0.05) N: Población.

nf: Tamaño de muestra final.

Reemplazando datos en la fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 165}{(0.05)^2 \times 164 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 116$$

Se aplicó un **muestreo no probabilístico** constituida por 116 gestantes con el diagnóstico de hiperémesis gravídica, atendidas en el hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018.

3.5.2.3. Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de Hiperémesis gravídica
- Pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho

4.5.2.4. Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico diferente al de Hiperémesis gravídica.
- Historias clínicas incompletas.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos.

3.5. Instrumento

Se utilizó la técnica documental y como instrumento, una ficha de recolección de datos, que se aplicó a las pacientes con diagnóstico Hiperémesis gravídica, atendidas en el servicio de emergencias de gineco – obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho, con el objetivo de obtener información sobre los factores asociados.

El instrumento Guía de recolección de datos, consta de las siguientes partes:

Título, Introducción y datos personales, así también de 18 ítems en total de los factores asociados a hiperémesis gravídica:

3.6 Procedimientos

Para lograr el grado de validez del instrumento y los conceptos a evaluar, se sometió el instrumento mencionado anteriormente, a evaluación por expertos (obstetras y/o gineco – obstetras con grado de Magister y Doctor) en el tema de investigación, para su posterior aprobación.

Completada la recolección de datos, se verificó la calidad de los mismos, para luego elaborar una base de datos e ingresar los datos codificados a una matriz en el programa MS Excel para el ordenamiento final de datos. Así mismo se empleara el programa SPSS versión 26.

3.7 Análisis de datos

Con los datos obtenidos se realizó un análisis estadístico descriptivo con lo que se generó tablas de resultados que contribuyan a las conclusiones respectivas del trabajo de investigación.

IV. RESULTADOS

Tabla N° 1

Edad materna asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

	n	%
≤ 19 años	11	9,5
20 a 34 años	92	79,3
≥ 35 años	13	11,2
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°1 se observa que 79,3% de las gestantes con hiperémesis gravídica tuvieron una edad entre 20 y 34 años, 11,2% tuvo una edad mayor o igual a 35 años y 9,5% tuvo una edad menor o igual a 19 años.

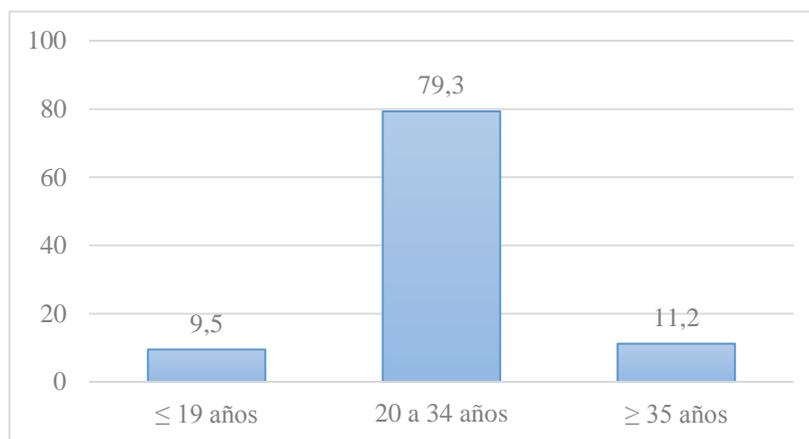


Figura N°1. Edad materna asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018 (Fuente:

Elaboración propia)

Tabla N°2

Grado de instrucción asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

	n	%
Sin instrucción	0	0
Primaria	14	12,1
Secundaria	92	79,3
Superior	10	8,6
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°2 se observa que 79,3% de las gestantes con hiperémesis gravídica tuvieron un grado de instrucción secundaria, 12,1% tuvo un grado de instrucción primaria, 8,6% tuvo un grado de instrucción superior y no se presentó ningún caso de gestantes sin instrucción.

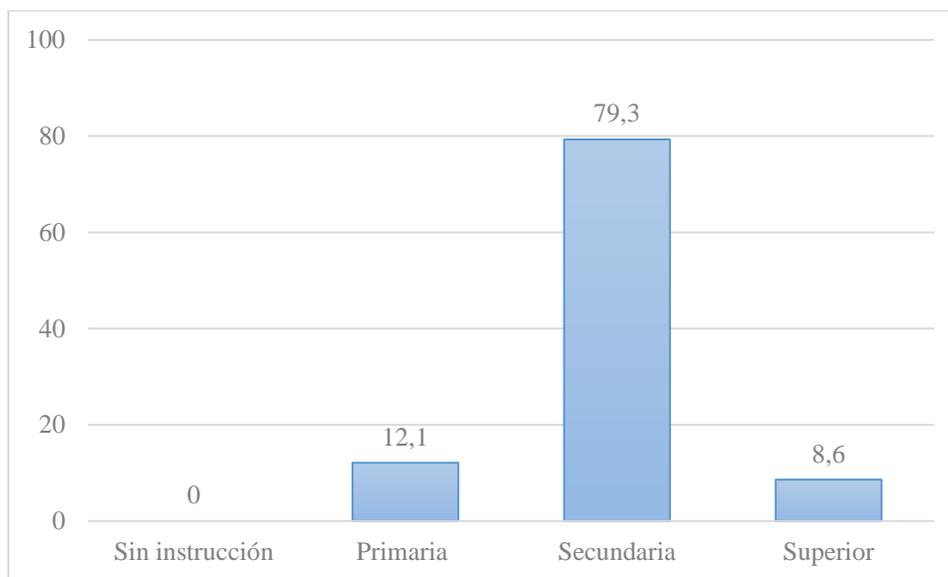


Figura N°2. Grado de instrucción asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

(Fuente: Elaboración propia)

Tabla N°3

Estado civil asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

	n	%
Soltera	16	13,8
Casada	11	9,5
Conviviente	89	76,7
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°3 se observa que 76,7% de las gestantes con hiperémesis gravídica fue conviviente, 13,8% fue soltera y 9,5% fue casada.

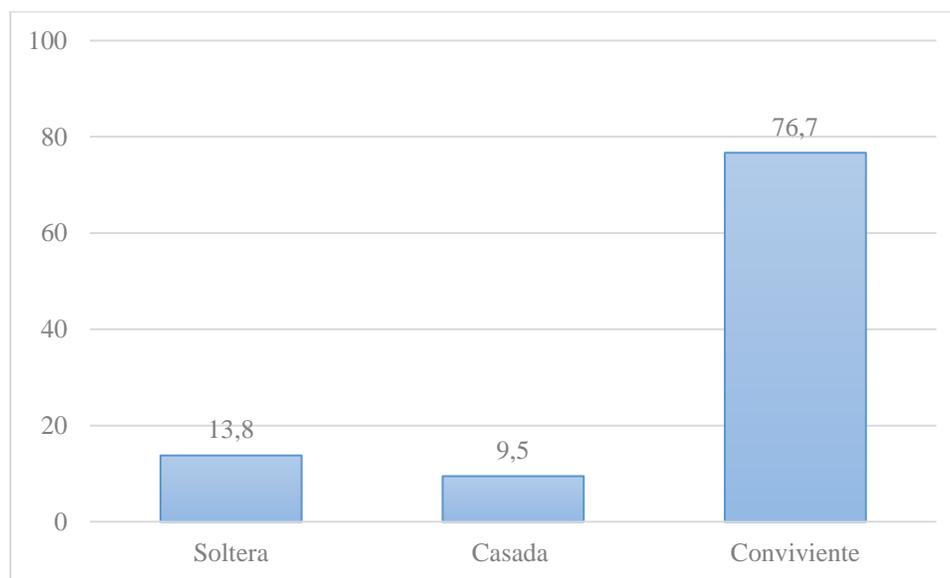


Figura N°3. Estado civil asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018 (Fuente:

Elaboración propia)

Tabla N°4

Gravidez asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

	n	%
Primigesta	31	26,7
Multigesta	83	71,6
Gran multigesta	2	1,7
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°4 se observa que 71,6% de las gestantes con hiperémesis gravídica fue multigesta, 26,7% fue primigesta y 1,7% fue gran multigesta.

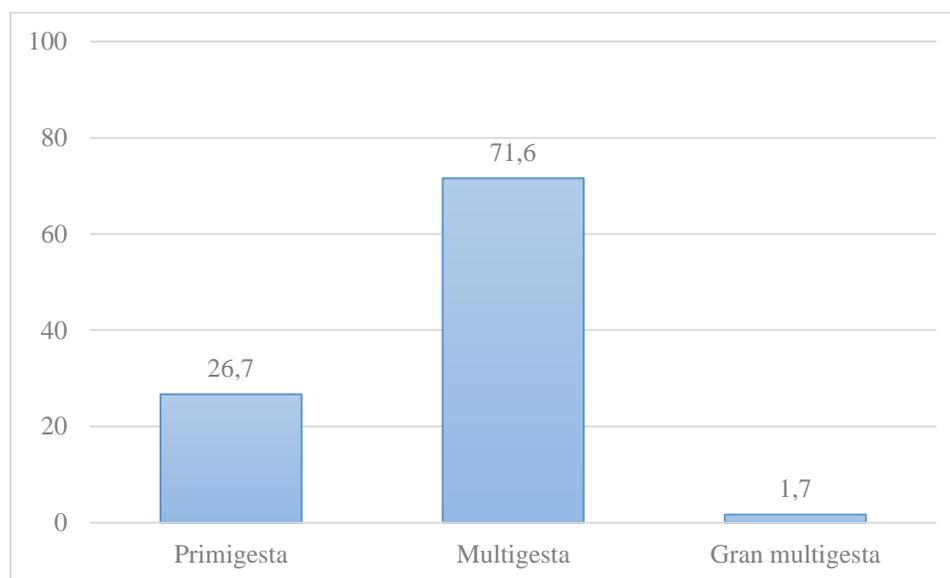


Figura N°4. Gravidez asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018 (Fuente:

Elaboración propia)

Tabla N°5

Paridad asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

	n	%
Nulípara	48	41,4
Primípara	38	32,7
Multípara	30	25,9
Gran múltipara	0	0
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°5 se observa que 41,4% de las gestantes con hiperémesis gravídica fue nulípara, 32,7% fue primípara, 25,9% fue múltipara y no se presentó ningún caso de gestantes gran múltipara.

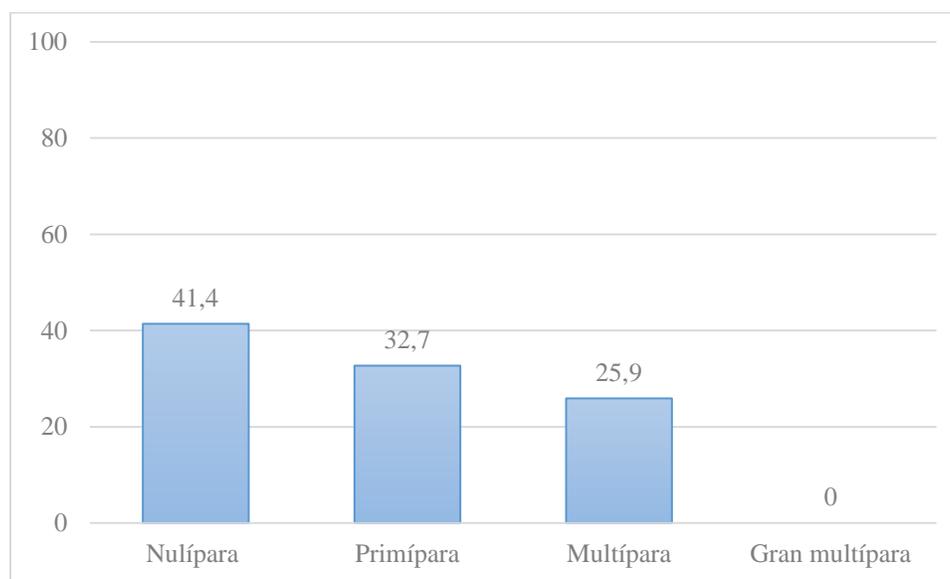


Figura N°5. Paridad asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018 (Fuente:

Elaboración propia)

Tabla N°6

Edad gestacional asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

	n	%
4 a 12 semanas	80	69
13 a 19 semanas	33	28,4
≥ 20 semanas	3	2,6
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°6 se observa que 69% de las gestantes con hiperémesis gravídica tuvo una edad gestacional entre 4 y 12 semanas, 28,4% tuvo entre 13 y 19 semanas, y 2,6% tuvo de 20 a más semanas.

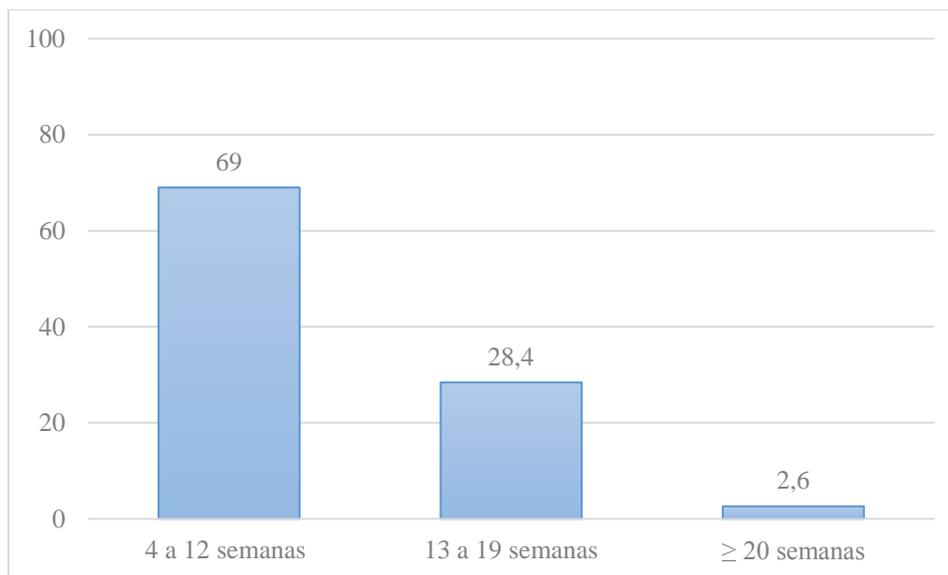


Figura N°6. Edad gestacional asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018 (Fuente:

Elaboración propia)

Tabla N°7

Atención prenatal asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

	n	%
0 atenciones prenatales	70	60,3
1 a 5 atenciones prenatales	46	39,7
≥ 6 a más atenciones prenatales	0	0
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°7 se observa que 60,3% de las gestantes con hiperémesis gravídica no asistió a ninguna atención prenatal, 39,5% asistió de 1 a 5 atenciones prenatales y no se presentó ningún caso de gestantes con 6 o más atenciones prenatales.

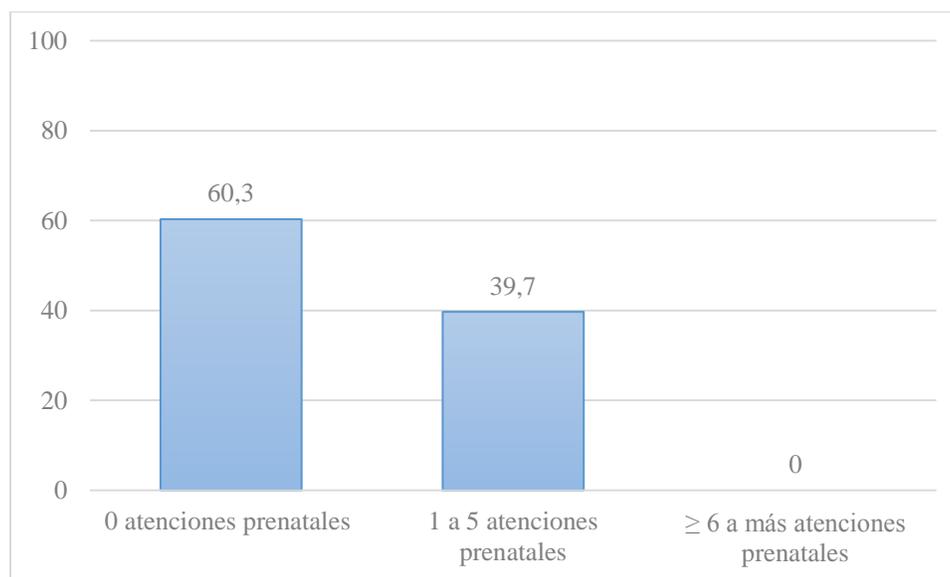


Figura N°7. Atención prenatal asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018 (Fuente:

Elaboración propia)

Tabla N°8

Embarazo múltiple asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

	n	%
Presenta	2	1,7
No presenta	114	98,3
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°8 se observa que 98,3% de las gestantes con hiperémesis gravídica no presentó diagnóstico de embarazo múltiple, mientras que, 1,7% sí presentó este diagnóstico.

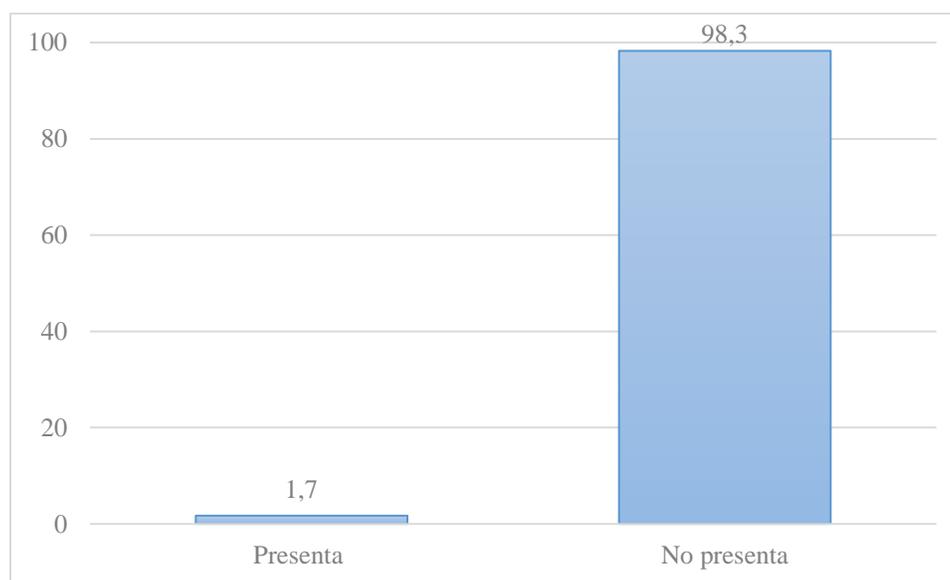


Figura N°8. Embarazo múltiple asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

(Fuente: Elaboración propia)

Tabla N°9

*Infección del tracto urinario asociada a la hiperémesis gravídica,
Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

	n	%
10 a 50 leucocitos	28	24,1
> 50 leucocitos	12	10,3
No presenta	76	65,6
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°9 se observa que 65,6% de las gestantes con hiperémesis gravídica no presentó diagnóstico infección del tracto urinario, mientras que, 24,1% presentó de 10 a 50 leucocitos en el examen de orina y 10,3% presentó más de 50 leucocitos en este examen.

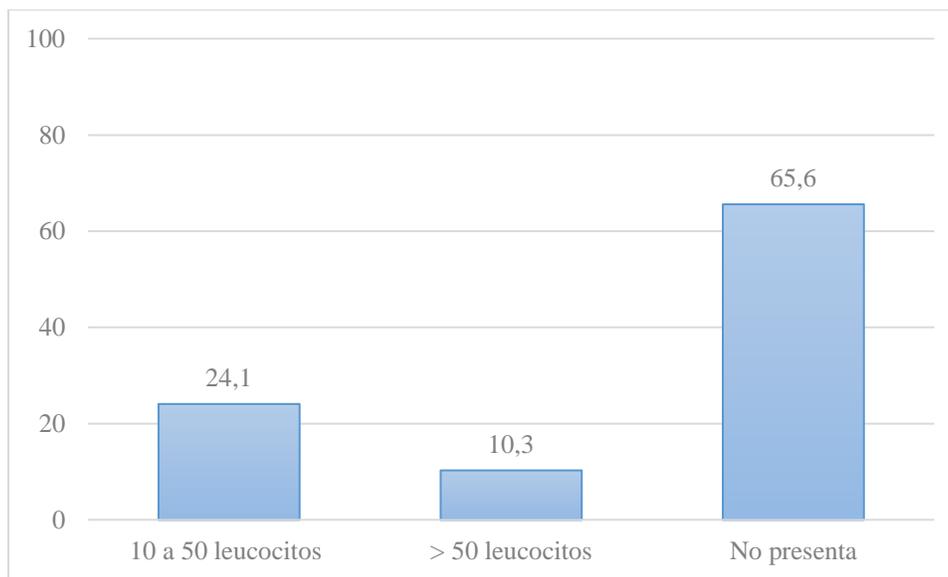


Figura N°9. Infección del tracto urinario asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018 (Fuente: Elaboración propia)

Tabla N°10

Antecedente de hiperémesis gravídica asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

	n	%
Presenta	12	10,3
No presenta	104	89,7
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°10 se observa que 89,7% de las gestantes con hiperémesis gravídica no presentó antecedente de hiperémesis gravídica, mientras que, 10,3% sí presentó este antecedente.

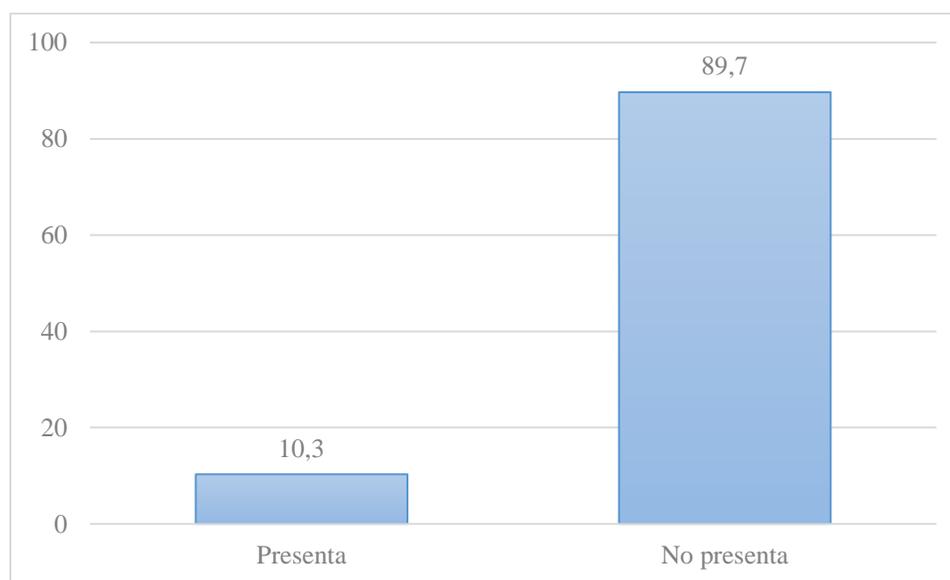


Figura N°10. Antecedente de hiperémesis gravídica asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018 (Fuente: Elaboración propia)

Tabla N°11

*Trastornos metabólicos asociados a la hiperémesis gravídica,
Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

	n	%
Hipertiroidismo	13	11,2
Diabetes	2	1,7
Gastritis	5	4,3
No tiene	96	82,8
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°11 se observa que 82,8% de las gestantes con hiperémesis gravídica no presentó diagnóstico de trastornos metabólico, 11,2% tuvo diagnóstico de hipertiroidismo, 4,3% tuvo diagnóstico de gastritis y 1,7% tuvo diagnóstico de diabetes.

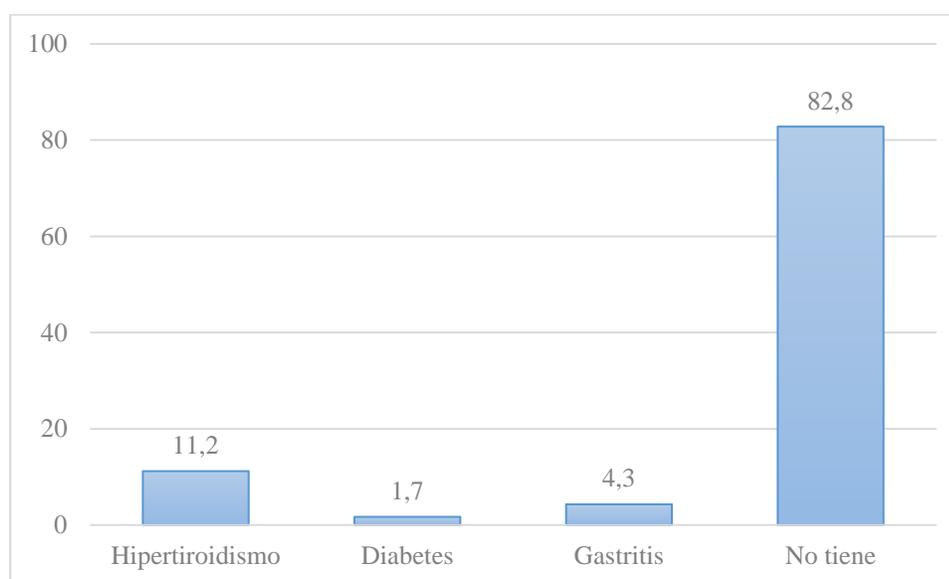


Figura N°11. Trastornos metabólicos asociados a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

(Fuente: Elaboración propia)

Tabla N°12

Soporte familiar asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

	n	%
Adecuado	58	50
Inadecuado	58	50
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°12 se observa que 50% de las gestantes con hiperémesis gravídica tuvo un adecuado soporte familiar, mientras que, 50% tuvo un inadecuado soporte familiar.

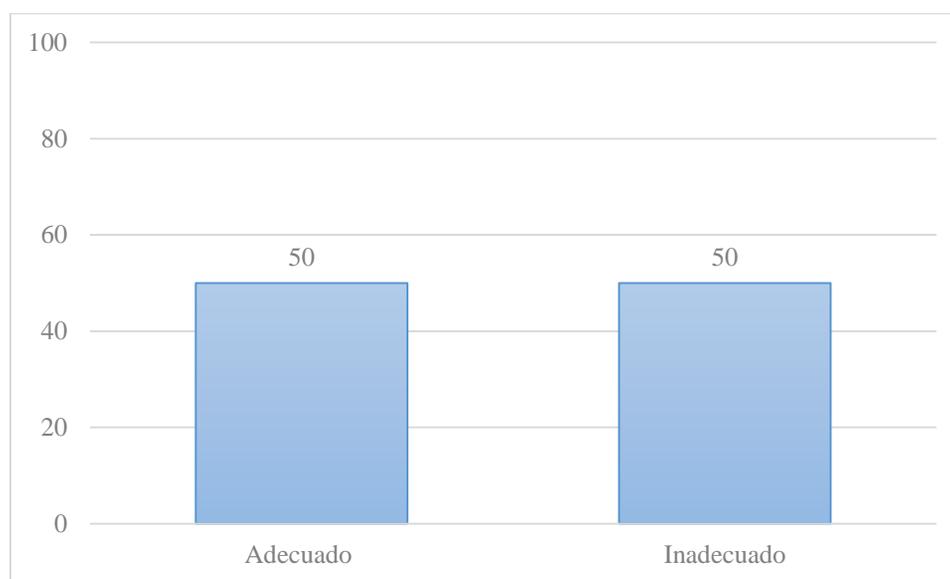


Figura N°12. Soporte familiar asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018 (Fuente: Elaboración propia)

Tabla N°13

Violencia familiar asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

	n	%
Psicológica	5	4,3
Física	6	5,2
Sexual	2	1,7
Económica	1	0,9
No tiene	102	87,9
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°13 se observa que 87,9% de las gestantes con hiperémesis gravídica no presentó violencia familiar, 5,2% presentó violencia física, 4,3% presentó violencia psicológica, 1,7% presentó violencia sexual y 0,9% presentó violencia económica.

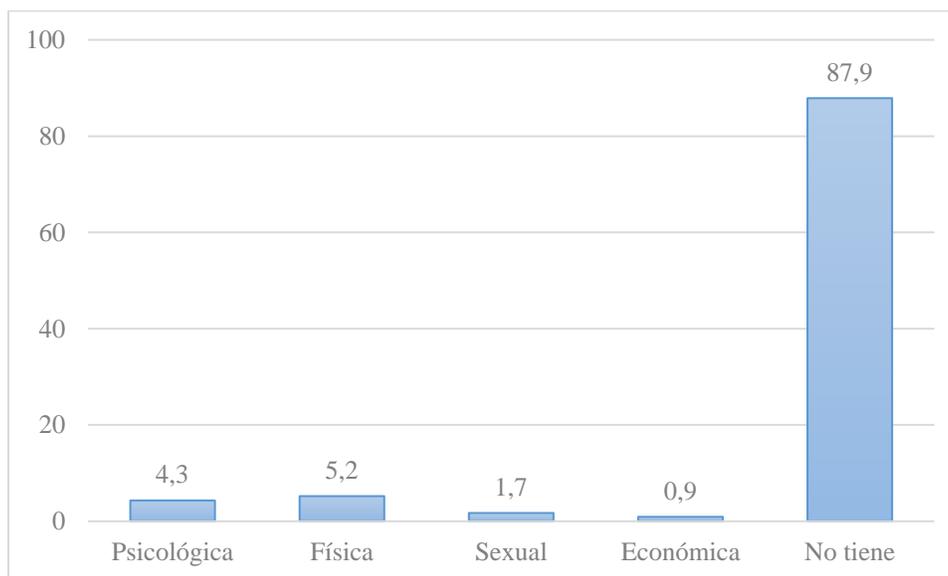


Figura N°13. Violencia familiar asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

(Fuente: Elaboración propia)

Tabla N° 14

Tipo de familia asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

	n	%
Funcional	22	9
Disfuncional	94	81
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 14 se observa que 81% de las gestantes con hiperémesis gravídica tuvo una familia disfuncional, mientras que, 9% tuvo una familia funcional.

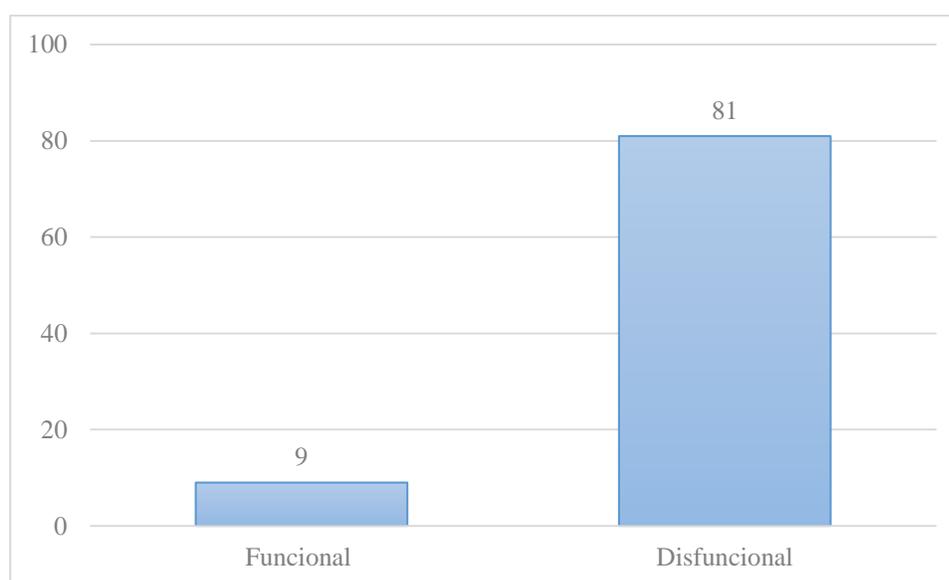


Figura N° 14. Tipo de familia asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018 (Fuente: Elaboración propia)

Tabla N°15

Estrés asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

	n	%
Agudo	7	6
Episódico	71	61,2
Crónico	0	0
No tiene	38	32,8
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°15 se observa que 61,2% de las gestantes con hiperémesis gravídica presentó estrés episódico, 32,8% no presentó estrés, 6% presentó estrés agudo y no se presentó ningún caso de estrés crónico.

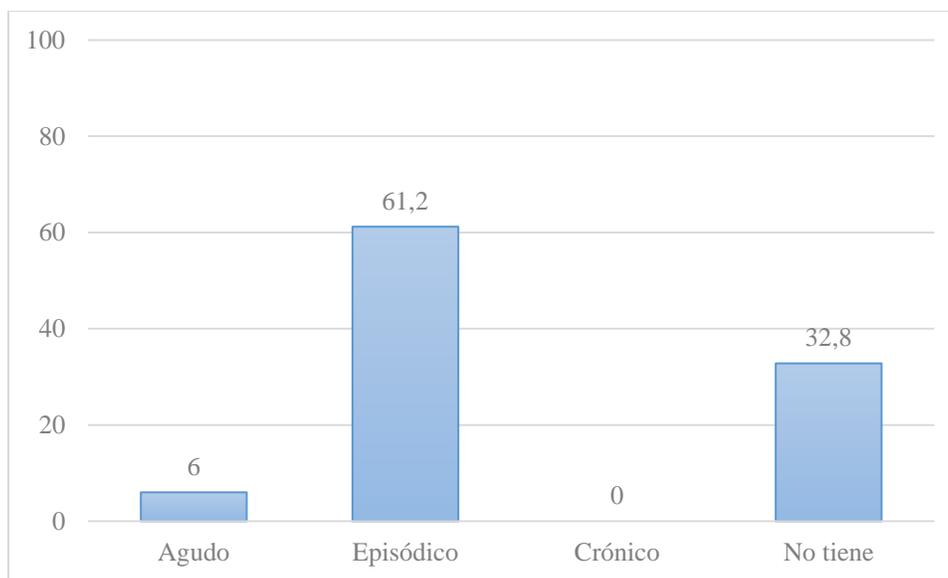


Figura N°15. Estrés asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018 (Fuente:

Elaboración propia)

Tabla N°16

Depresión asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

	n	%
Trastorno ansioso depresivo	11	9,5
Afectivo emocional	34	29,3
No tiene	71	61,2
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°16 se observa que 61,2% de las gestantes con hiperémesis gravídica no presentó depresión, 29,3% presentó depresión de tipo afectivo emocional y 9,5% presentó depresión de tipo trastorno ansioso depresivo.

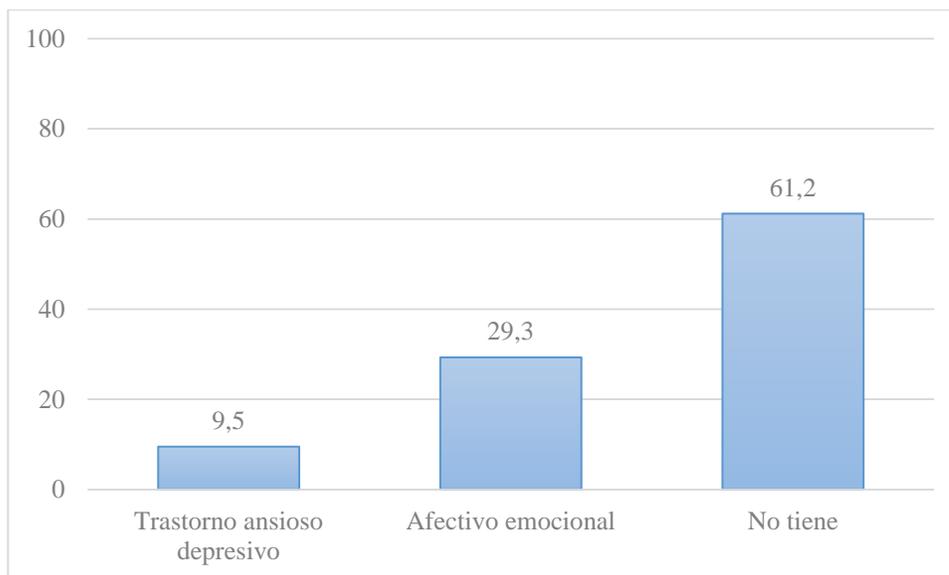


Figura N°16. Depresión asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018 (Fuente:

Elaboración propia)

Tabla N°17

*Estabilidad emocional asociada a la hiperémesis gravídica,
Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*

	n	%
Aparentemente sano	96	82,8
Inestabilidad emocional	20	17,2
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°17 se observa que 82,8% de las gestantes con hiperémesis gravídica presentó una estabilidad aparentemente normal y 17,2% presentó inestabilidad emocional.

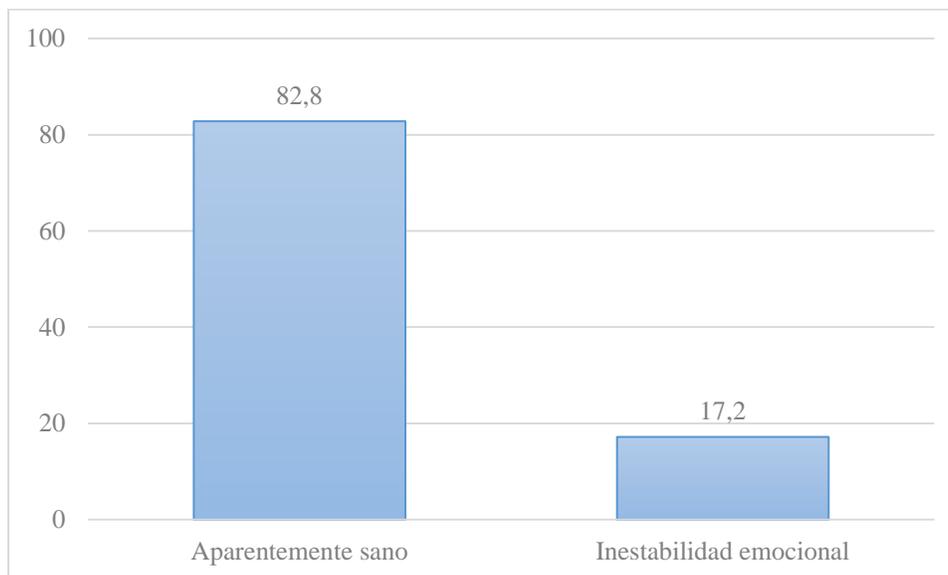


Figura N°17. Estabilidad emocional asociada a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

(Fuente: Elaboración propia)

Tabla N°18

Embarazo no deseado asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

	n	%
Presenta	108	93,1
No presenta	8	6,9
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°18 se observa que 93,1% de las gestantes con hiperémesis gravídica presentó embarazo no deseado y 6,9% no presentó un embarazo no deseado.

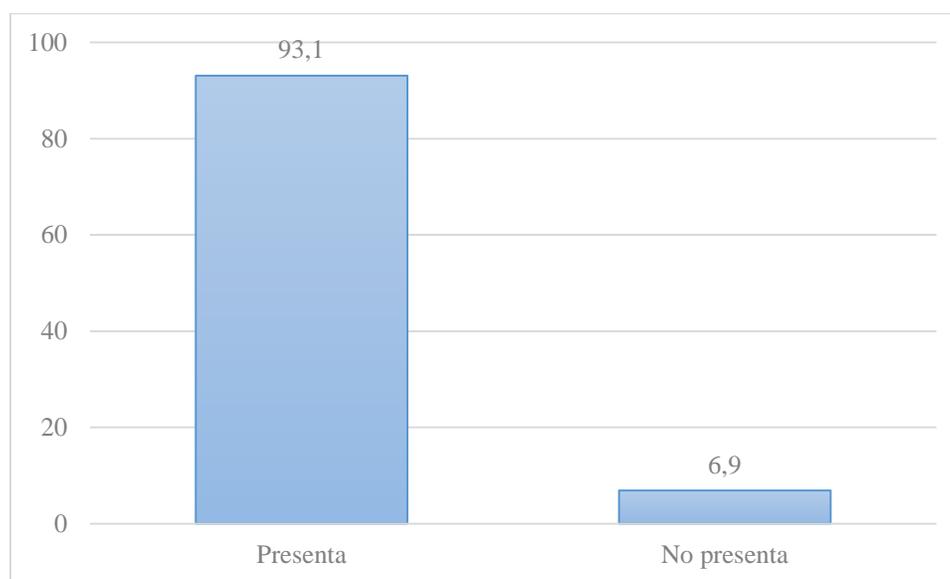


Figura N°18. Embarazo no deseado asociado a la hiperémesis gravídica, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018

(Fuente: Elaboración propia)

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio se analizó las características sociodemográficas como la edad, donde se evidencio que hay mayor incidencia de hiperémesis gravídica entre las edades de 20 y 34 años (79,3 %), la mayoría con grado de instrucción secundaria (79,3%) y estado civil, conviviente (76,7%). Esto se corrobora con el estudio de (Mantari, 2015). Quien encontró en su estudio que la prevalencia de hiperémesis gravídica fue en las edades de gestantes el 80% de casos, en el rango de 20 y 34 años de edad, el 43% de las pacientes tenían secundaria completa y el 69% de las pacientes eran convivientes.

En cuanto a los factores obstétricos el 71,6% de las gestantes con hiperémesis gravídica fue multigesta, en su mayoría nulípara, 41,4%, lo cual no concuerda con lo encontrado en el estudio de (De La Cruz, 2013). Pues sus resultados muestran una frecuencia mayor en el caso de las primigestas y segundigestas 23% y 39% respectivamente.

El 69% de las gestantes con hiperémesis gravídica tuvo una edad gestacional entre 4 y 12 semanas. En el estudio de (Goycochea, 2014). Refiere resultados similares donde concluye que la edad de gestación al ingreso hospitalario por hiperémesis gravídica fue en un 59 % en las semanas 8 a 12.

Dentro de los resultados obtenidos, el 98,3% de las gestantes con hiperémesis gravídica no presentó diagnóstico de embarazo múltiple, mientras que, 1,7% sí presentó este diagnóstico.

En la población de estudio el 65,6% no presentó diagnóstico de infección del tracto urinario, variable también estudiada por (Mantari, 2015). Quien concluyó que en su

población de estudio la ITU no fue factor de riesgo trascendente para Hiperémesis gravídica.

En relación a los antecedentes de hiperémesis gravídica se observa que el 89,7% de las gestantes no presentó antecedentes, mientras que un 10,3% sí presentó antecedente de hiperémesis gravídica en sus gestaciones anteriores, encontrando similitud con el estudio de (Quispe, 2017). Donde concluye que el 77,6% no presentaron en su embarazo anterior de hiperémesis gravídica.

En el estudio no se encontró una relación significativa en cuanto a diagnóstico de trastornos metabólicos, obteniendo que en nuestra población un 82,8 % no presento ningún diagnóstico de trastornos metabólicos, encontrando que solo un 11,2 % de la población fue diagnosticada de hipertiroidismo, un 4,3 % diagnosticada de gastritis y un 1,7% presento diabetes.

En cuanto a los factores psicológicos se observó que el 81% de las gestantes con hiperémesis gravídica proviene de una familia disfuncional, además el 50% refirió un adecuado soporte familiar, y un pequeño grupo de gestantes manifestaron violencia familiar donde un 5,2% señalo haber presentado violencia física por parte de sus padres y/o pareja, un 4,3% violencia psicológica, 1,7% violencia sexual y 0,9% presentó violencia económica por parte de su pareja. Esto coincide con el estudio presentado por (Quispe, 2017). Donde obtuvo que el 95,9% de gestantes estudiadas no presentaron ningún tipo de violencia familiar.

Adicional a esto se observa que 61,2% de las gestantes con hiperémesis gravídica presentó estrés episódico, y un 6% presentó estrés agudo, considerando que el 29,3% presentó depresión de tipo afectivo emocional y un 9,5% presentó depresión de tipo

trastorno ansioso depresivo; como consecuencia los resultados muestran que el 17,2% de gestantes presentó inestabilidad emocional; encontrando semejanza con el estudio descrito por (De La Cruz, 2013). Donde concluye que existe asociación significativa entre aquellas gestantes que presentan sintomatología ansiosa y depresiva con el grado de severidad de hiperémesis gravídica y aquellas.

En cuanto a los embarazos no deseados, indicador se mayor relevancia, obteniendo que el 93,1% de las gestantes con hiperémesis gravídica presentó embarazo no deseado, donde se evidencia también en que el 60,3 % de las gestantes no contaba con ninguna atención prenatal, esto tuvo una variación significativa con el estudio de (Oscanoa, 2013). Donde concluyó que casi un quinto de sus gestantes estudiadas no tuvieron CPN ni desearon el embarazo, pero corroborada por el estudio de (De La Cruz, 2013). En el cual encontró que el rechazo del embarazo por parte de la gestante produjo una significativa relación con la severidad de los síntomas de hiperémesis gravídica.

VI. CONCLUSIONES

- La hiperémesis gravídica en nuestro medio es una enfermedad de etiología multifactorial, cuyo diagnóstico es únicamente por exclusión.
- Se concluye que el factor psicológico predomina en las gestantes en estudio.
- Se concluye que el embarazo no deseado es más frecuente como factor psicológico asociado en un 93,1 %.
- Existe asociación significativa entre aquellas gestantes que provienen de familias disfuncionales en un 81 %.
- El pico de edad más frecuente asociada a hiperémesis gravídica es en la etapa de vida joven (20-34 años) es de 79,3 % y con grado de instrucción secundaria en un 79,3 %.
- La mayor prevalencia de hiperémesis gravídica se presentó en multigestas nuliparas.
- No se encontraron relaciones significativas en los factores médicos.

VII. RECOMENDACIONES

- Se sugiere al hospital trabajar a nivel de actividades preventivas, educar a las mujeres en edad reproductiva sobre la importancia de un embarazo planificado, evitando de esta manera los embarazos no deseados, una de las causas más frecuentes para el desarrollo de hiperémesis gravídica.
- Es importante que el establecimiento de salud brinde una adecuada atención integral durante los controles prenatales, es por eso que se debería incluir una interconsulta con el servicio de psicología en la primera atención prenatal, sobre todo en aquellas mujeres con embarazos no deseados, para que puedan llevar a tiempo un tratamiento cognitivo-conductual y así disminuir el riesgo de incidencia de hiperémesis gravídica.
- Se recomienda que el establecimiento de salud incluya a la pareja y familia en las actividades prenatales y atenciones psicológicas, ya que según los resultados, las gestantes no cuentan con adecuado soporte por parte de su pareja y familia.
- Evitar los sobre diagnósticos de hiperémesis gravídica, en el establecimiento de salud, ya que es fundamental un acertado diagnóstico diferencial para brindar una atención adecuada y un tratamiento en el momento oportuno.
- Realizar más estudios sobre esta patología en diferentes nosocomios como antecedente para así lograr llenar los vacíos aun existentes en la etiología de hiperémesis gravídica.

VIII. REFERENCIAS

American Pregnancy Association. (2015). *La Hiperémesis Gravídica: Los Signos, Síntomas Y El Tratamiento*. Recuperado de <http://americanpregnancy.org/es/pregnancy-complications/hyperemesis-gravidarum/>

Bustinza, H. (2016). *Factores de riesgo y complicaciones asociados a la hiperémesis gravídica en el Hospital Hipólito Unanue – Tacna durante los años 2007- 2014*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna- Perú. Recuperado de http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2221/820_2016_bustinza_huayllapuma_d_facs_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Carrión & Jiménez (2017). *Relación entre la hiperémesis gravídica y restricción del crecimiento intrauterino en gestantes que acudieron al Hospital San Juan de Lurigancho, 2015*. (Tesis de pregrado). Universidad Privada Norbert Wiener, Perú. Recuperado de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/821/TITULO%20-%20%20Jim%C3%A9nez%20Rojas%2C%20Ericka%20Rocio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

De Haro, Toledo, Fonseca, Arenas, Arenas & Leonher. (2015). *Hiperémesis Gravídica: manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de literatura*. Nutr Hosp,

31(2), 988-991. Recuperado de
<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n2/60casoclinico01.pdf>

De La Cruz, (2013). Factores psicosociales asociados a la hiperémesis gra vídica em gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital iii iquitos- essalud de enero a diciembre 2012. (Tesis de pregrado). Universidad nacional de la Amazonía peruana, Iquitos. Recuperado de:
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2181/T-155.6463-D33.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Dypvik, Pereira, Gunnar & Eskild (2018). *Concentraciones de gonadotropina coriónica humana materna en el embarazo temprano y riesgo de hiperemesis gravídica: un estudio de cohortes retrospectivo de 4.372 embarazos después de la fertilización in vitro*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, Volumen 22, páginas 12-16. Recuperado de
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211517305626>

Garshasbi, Ghazanfari, Zayeri & Kamali (2017). *Niveles séricos maternos de interleucina-6 y β -hCG en mujeres con hiperemesis gravídica en el primer trimestre del embarazo*. Journal of Basic & Clinical 5(1), 13-18. Recuperado de
http://jbcp.shahed.ac.ir/article_434_88.html

González G, Álvarez S, Veiga V & Gómez M. (2011). *Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos/hiperémesis gravídica*. SEMERGEN, 37(10), 559- 564.

Recuperado de
file:///C:/Users/USER/Downloads/S1138359311002310_S300_es%20(1).pdf

Goycochea Ch. (2014). *Hiperémesis gravídica y el peso del recién nacido en el Hospital Rezola Cañete periodo 2013*. (Tesis de pregrado). Universidad privada Sergio Bernal. Perú.

Recuperada de
<http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/87/3/GoycocheaChaparroRosaElena.pdf>

Hernandez D (2017). *Factores de riesgo de la hiperemesis gravidica en el Hospital Regional de Ica año 2016*. (Tesis para optar el título profesional de Obstetricia), Universidad

Alas Peruanas. Recuperado de:
http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/6469/1/T059_70097440_T.pdf

Hospital Nacional San José (2013). *Guías de práctica clínica de obstetricia*. Recuperado de

http://www.hsj.gob.pe/transparencia/documentos/datos_generales_entidad/disposiciones_emitidas/resolucion_directoral/2013/GUIAS%20DE%20OBSTETRICIA.pdf

Hospital de San Juan de Lurigancho (2014). *Análisis de la situación de salud hospitalaria 2017*,

Lima: MINSA/HSJL. Recuperado de

<http://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/ASIS/ASISHO2017.pdf>.

Instituto Nacional Materno Perinatal (2014). *Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología*. Recuperado de: [file:///C:/Users/USER/Downloads/2647t%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/2647t%20(1).pdf)

Mantari (2015). *Prevalencia y factores sociodemográficos asociados a la hiperémesis gravídica en gestantes del hospital santa maría del socorro Ica 2014* (Tesis de pregrado). Universidad Alas Peruanas, Ica. Recuperado de: <http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/212/2/ALEJO%20MANTARI-Resumen.pdf>

McCarthy, Lutomski & Greene (2014). *Hiperémesis gravídica: perspectivas actuales*. Int J Womens Health, 6, 719-725. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4130712/>

Molina G, Vásquez A, Benavides S, Aramendiz, Vásquez Z & Buitrago L (2016). *Manejo de las náuseas y vómitos en el embarazo* Consenso de la Federación Colombiana de Asociaciones de Perinatología (FECOPEN). Bogotá, 2016. MEDICINA (Bogotá) 38 No. 2 (113), 169-186. Recuperado de <file:///C:/Users/USER/Downloads/1044-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4623-1-10-20160730.pdf>

Nieto, Burgos, Echeverry & Escobar (2018). Encefalopatía de Wernicke Secundario a hiperémesis gravídica: la importancia del diagnóstico temprano. *Revista Chilena de Obstetricia y ginecología*, 83(3): 295 – 301. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n3/0048-766X-rchog-83-03-0295.pdf>

Oscanoa (2013). *Resultados perinatales en gestantes que presentaron hiperémesis gravídica – instituto nacional materno perinatal 2011*. (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Lima. Recuperado de: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/223/1/Oscanoa_il.pdf

Pantoja T (2017). *Cuidado integral de enfermería en pacientes embarazadas con diagnóstico de hiperemesis gravídica*. (Tesis de pregrado) Universidad Técnica de Machala. Recuperado de: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/11083/1/PANTOJA%20MONSERRATE%20MARIUXI%20RAQUEL.pdf>

Pariona, L. (2017). *Prevalencia y epidemiología de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2014 – 2016*. (Tesis pregrado). Universidad Alas Peruanas. Perú. Recuperado de http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/5717/1/PARIONA_CAHUANA-Resumen.pdf

Quispe T. (2016) *Factores asociados al desarrollo de hiperémesis gravídica y su relación con las complicaciones maternas en el hospital José AGurto Tello de Chosica, año 2015.* (Tesis para optar el título profesional de médico cirujano). Universidad Privada San Juan Bautista. Recuperado de: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/963/T-TPMC-Maked%20Griselda%20Quispe%20Tovalino.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Rodríguez, H. (2017). *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). Universidad Ricardo Palma. Perú. Recuperado de <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1249/141%20rodriguez%20hilares.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

UpToDate Inc. (2018). *Clinical features and evaluation of nausea and vomiting of pregnancy.* Nueva York. Editorial Policy. Recuperado de https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-nausea-and-vomiting-of-pregnancy?search=hyperemesis%20gravidarum&source=search_result&selectedTitle=2~139&usage_type=default&display_rank=2

UpToDate Inc. (2019). *Treatment and outcome of nausea and vomiting of pregnancy.* Nueva York. Editorial Policy. Recuperado de <https://www.uptodate.com/contents/treatment->

and-outcome-of-nausea-and-vomiting-of-
pregnancy?search=hyperemesis%20gravidarum&source=search_result&selectedTitl
e=1~139&usage_type=default&display_rank=1

VIII. ANEXOS

9.2. Anexo N°2: Operacionalización de variables

Problema	Objetivos	Hipótesis	Operacionalización			Metodología
Principal: ¿Cuáles son los factores asociados a hiperémesis gravídica, en gestantes atendidas en	General Determinar los factores asociados a hiperémesis gravídica, en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, en el año 2018 Objetivos Específicos • Identificar los factores médicos asociados a hiperémesis gravídica.	Hipótesis alterna: Los factores demográficos, médicos obstétricos y psicológicos, se asocian a la hiperémesis gravídica, en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho em el año 2018. Hipótesis nula: Los factores demográficos, médicos obstétricos y psicológicos, no se asocian a la hiperémesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Cuantitativa Aplicada Retrospectivo Descriptiva Diseño Observacional transversal Población: 165 pacientes con diagnóstico de hiperémesis gravídica.
			V. tipo I: Factores Asociados	Sociodemográficos	Edad	
					Grado de instrucción	
					Estado civil	
				Obstétricos	Paridad	
					Gestación	
Control prenatal						

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores obstétricos asociados a hiperémesis gravídica. • Identificar los factores psicológicos asociados a hiperémesis gravídica. • Identificar los factores demográficos asociados a la hiperémesis gravídica. 	gravídica, en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho em el año 2018.			Edad gestacional	Muestra 116 gestantes con el diagnóstico de hiperémesis gravídica	
					Embarazo múltiple		
				Médicos	Trastornos metabólicos		
					ITU		
					Antecedentes de HG		
				Psicológicos	Soporte familiar		
					Violencia familiar		
					Tipo de familia		
					Depresión		
					Embarazo no deseado		
					Estrés		
					Estabilidad emocional		
				V. tipo II Hiperémesis gravídica	Hiperémesis gravídica		

9.2. Anexo N°2: Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores	Tipo	Escala	Ítems	Codificación	Instrumento
Variable I:	Factores Sociodemográficos	Elementos o características sociodemográficas que influyen o contribuyen a desarrollar un resultado.	Edad	cuantitativo	Continua	1	<19 años 20 – 34 años 35 años a +	Ficha de recolección de datos.
			Grado de instrucción	Cualitativo	Ordinal	1	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	
			Estado civil	Cualitativo	Nominal	1	Soltera Casada Conviviente	
	Factores obstétricos	Circunstancias o influencias obstétricas que contribuyen a	Paridad	Cuantitativo	Discreta	1	P:1 P:2 P:3 P:4 P: + 5	
			Gestación	Cuantitativo	Discreta	1	G:1 G>2 G>6	

Factores Asociados		producir un resultado.	Control prenatal	Cuantitativo	Continua	1	1-2; 3-4 5-6 controles 7 a +
			Edad gestacional	Cualitativo	Nominal	1	4-12 ss 13-19 ss >20 ss
			Embarazo múltiple	Cualitativo	Nominal	1	Presenta No presenta
	Factores médicos	Características o situaciones médicas capaces de producir o agravar un resultado.	Trastornos metabólicos	Cualitativo	Nominal	1	Presenta No presenta
			ITU	Cualitativo	Nominal	1	10 – 50 leucocitos >50 leucocitos
			Antecedente de HG	Cualitativo	Nominal	1	Presenta no presenta
	Factores Psicológicos	Elementos o características que influyen constantemente sobre los seres humanos.	Soporte familiar	Cualitativo	Nominal	1	Adecuado Inadecuado
			Violencia familiar	cualitativo	Nominal	1	psicológica Física Sexual Económica
			Tipo de familia	cualitativo	nominal	1	Funcional Disfuncional
			Depresión	Cualitativo	Nominal	1	-Trastorno ansioso-depresivo -Afectivo emocional
			Embarazo no deseado	Cualitativo	Nominal	1	Presenta No presenta

			Estrés	Cualitativo	Nominal	1	Agudo Episódico Crónico	
			Estabilidad emocional	Cualitativo	Nominal	1	Aparentemente estable Inestable	
Variable II: Hiperémesis gravídica.	Hiperémesis gravídica.	Presencia de síntomas y signos como: Nauseas, vómitos, deshidratación y pérdida de peso.	Hiperémesis gravídica.	Cualitativo	Nominal	1	Presenta No presenta	Ficha de recolección de datos.

9.3. Anexo N°3: Carta de permiso de proyecto de investigación para la Unidad Funcional de Investigación del Hospital de San Juan de Lurigancho

542

Solicitud- Facilidades para realizar desarrollo de tesis

MC. Pedro Pablo Silva Martel
Director ejecutivo
Hospital San Juan de Lurigancho

Me es grato dirigirme a usted a fin de saludarlo cordialmente y a la vez presentarme, a su vez hacer de su conocimiento que habiendo culminando el internado en obstetricia satisfactoriamente en la institución que usted dirige y siendo necesario para optar el grado de titulación presentar una tesis, pido a usted que me brinde las facilidades para el desarrollo de dicho estudio que lleva como título "FACTORES ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVIDICA, HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, ENERO- JULIO 2018", para lo cual es necesario la revision de historias clínicas.

Sin otro particular.

Atentamente


Mejía Coronado, Gisela Milagros
DNI: 48476715



**9.5. Anexo N°5: Juicio de expertos: Certificado de validez de contenido del instrumento por
Mg. Otarola De La Torre Ruth Nilda.**

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
JUICIO DE EXPERTO**

AUTOR: Mejía Coronado, Gisela Milagros

Nombre del experto: Otarola De La Torre Ruth Nilda

Grado Académico: Magister en Obstetricia con Mención en Salud Reproductiva.

Estimado(a)
Tengo a bien dirigirme a usted a fin de saludarle (la) y a su vez solicitar su valiosa colaboración como juez experto del Estudio de investigación que vengo desarrollando para optar el título de obstetra, titulado: **"FACTORES ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVIDICA, EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, EN EL AÑO 2018"**.

Teniendo en cuenta los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

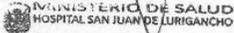
Maque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3.	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4.	Los ítems del instrumento responden la operacionalización de la variable.	X		
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6.	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		
8.	La redacción de los ítems evita redundancias innecesarias entre ítems.	X		

SUGERENCIAS Y APORTES:

.....

.....


 MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

 RUTH OTAROLA DE LA TORRE
 Obstetra Asistencial
 700 1126
Sello y firma del juez experto

9.6. Anexo N°6: Juicio de expertos: Certificado de validez de contenido del instrumento por

Mg. Huamaní Pedroza, Marcelina.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTO

AUTOR: Mejía Coronado, Gisela Milagros

Nombre del experto: Marcelina Huamani Pedroza

Grado Académico: Magister en salud pública con mención en salud reproductiva.

Estimado(a)

Tengo a bien dirigirme a usted a fin de saludarle (la) y a su vez solicitar su valiosa colaboración como juez experto del Estudio de investigación que vengo desarrollando para optar el título de obstetra, titulado: **"FACTORES ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVIDICA, EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, EN EL AÑO 2018"**.

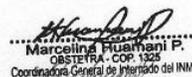
Teniendo en cuenta los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Maque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3.	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4.	Los ítems del instrumento responden la operacionalización de la variable.	X		
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6.	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		
8.	La redacción de los ítems evita redundancias innecesarias entre ítems.	X		

SUGERENCIAS Y APORTES:

.....
.....


.....
Marcelina Huamani P.
OBSTETRA - COP. 1325
Coordinadora General de Internado del INMIP

Sello y firma del juez experto

**9.7. Anexo N°7: Juicio de expertos: Certificado de validez de contenido del instrumento por
Mg. Zagarra Del Rosario Francisco**

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
JUICIO DE EXPERTO**

AUTOR: Mejía Coronado, Gisela Milagros

Nombre del experto: FRANCISCO ZEGARRA DEL ROSARIO

Grado Académico: MAGISTER CON MENCIÓN EN ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD

Estimado(a)
Tengo a bien dirigirme a usted a fin de saludarle (la) y a su vez solicitar su valiosa colaboración como juez experto del Estudio de investigación que vengo desarrollando para optar el título de obstetra, titulado: **"FACTORES ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS GRAVIDICA, EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, EN EL AÑO 2018"**.

Teniendo en cuenta los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Maque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3.	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4.	Los ítems del instrumento responden la operacionalización de la variable.	X		
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6.	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		
8.	La redacción de los ítems evita redundancias innecesarias entre ítems.	X		

SUGERENCIAS Y APORTES:

.....

.....


 MINISTERIO DE SALUD
 Dirección de Jueces Expertos de San Juan de Lurigancho
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
 MC. FRANCISCO E. ZEGARRA DEL ROSARIO
 Sello y firma del juez experto

9.8. Anexo N° 8: Instrumento: Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

“Factores de riesgo asociados a la hiperémesis gravídica, en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, en el año 2018”.

DATOS PERSONALES:

1. N° H.C. _____
2. Lugar de nacimiento: _____
3. Lugar donde vive actualmente: _____

DATOS SOBRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS:

1. Edad	
<19	
20-34	
>35	

2. Grado de instrucción	
Analfabeta	
Primaria	
Secundaria	
Superior	

3. Estado civil	
Soltera	
Casada	
Conviviente	

DATOS SOBRE LOS FACTORES OBSTETRICOS:

5. Gestación	
Primigesta	
Multigesta	
Gran multigesta	

4. Paridad	
Nulípara	
Primípara	
Multípara	
Gran múltipara	

6. Edad gestacional	
4-12 ss	
13-19 ss	
>20 ss	

7. Atención prenatal	
0 CPN	
1-5	
6 a +	

8. Embarazo múltiple	
Presenta	
No presenta	

DATOS SOBRE LOS FACTORES MEDICOS:

9. Itu	
No presenta	
10 – 50 leucocitos	
>50 leucocitos	

10. Trastornos metabólicos	
Hipertiroidismo	
Diabetes	
Gastritis	
No presenta	

11. Antecedente de HG	
Presenta	
No presenta	

DATOS SOBRE LOS FACTORES PSICOLOGICOS:

12. Soporte Familiar	
Adecuado	
Inadecuado	

13. Violencia Familiar	
No presenta	
Psicológica	
Física	
Sexual	
Económica	

14. Tipo de Familia	
Funcional	
Disfuncional	

15. Estrés	
Agudo	
Episódico	
Crónico	
No presenta	

16. Depresión	
Trastorno ansioso-depresivo	
Afectivo emocional	
No presenta	

17. Estabilidad emocional	
Aparentemente bueno	
Inestabilidad emocional	

18. Embarazo no deseado	
Presenta	
No presenta	

Hiperémesis gravídica:

(0) Si

(1) No