

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**HIPERÉMESIS GRAVÍDICA COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO**

**AUTOR: LLACSAHUACHE CÁCERES MARLON GIANCARLO**

**ASESOR: PELÁEZ RODRÍGUEZ RAVELO**

**COASESOR: SEGURA PLASENCIA NILER MANUEL**

Trujillo – Perú

**2019**

## INDICE

### CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCION.....	8
MATERIAL Y METODO.....	14
RESULTADOS.....	21
DISCUSION.....	29
CONCLUSIONES.....	32
RECOMENDACIONES.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	34
ANEXOS.....	39

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar si la hiperémesis gravídica es un factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belén de Trujillo.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a 132 fichas de registro de puerperas, según criterios de selección los cuales se dividieron en 2 grupos: pacientes con depresión postparto y sin depresión postparto; aplicándose el odds ratio, y la prueba estadística chi cuadrado.

**Resultados:** La frecuencia de las variables parto de emergencia, obesidad pregestacional, embarazo no planificado, gran multiparidad, fue significativamente mayor en el grupo con depresión postparto respecto al grupo sin depresión postparto. La frecuencia de hiperémesis gravídica en pacientes con depresión postparto fue de 34%. La frecuencia de hiperémesis gravídica en pacientes sin depresión postparto fue de 14%. La hiperémesis gravídica es factor de riesgo para depresión postparto con un odds ratio de 3.61, el cual fue significativo ( $p < 0.05$ ). En el análisis multivariado se identificaron a las variables: hiperémesis gravídica, parto de emergencia, obesidad pregestacional, embarazo no planificado, gran multiparidad; como factores de riesgo para depresión postparto.

**Conclusión:** La hiperémesis gravídica es un factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belén de Trujillo

**Palabras clave:** *Hiperémesis gravídica, factor de riesgo, depresión postparto.*

## ABSTRACT

**Objective:** To determine if hyperemesis gravidarum is a risk factor for postpartum depression in the Bethlehem Hospital of Trujillo.

**Material and methods:** A retrospective case-control study was carried out in which 132 puerperal registry records were included, according to selection criteria, which were divided into 2 groups: patients with postpartum depression and without postpartum depression; applying the odds ratio, and the chi square statistical test.

**Results:** The frequency of the variables emergency delivery, pre-pregnancy obesity, unplanned pregnancy, great multiparity, was significantly higher in the group with postpartum depression than in the group without postpartum depression. The frequency of gravidarum hypermesis in patients with postpartum depression was 34%. The frequency of hyperemesis gravidarum in patients without postpartum depression was 14%. Hyalémesis gravidarum is a risk factor for postpartum depression with an odds ratio of 3.61, which was significant ( $p < 0.05$ ). In the multivariate analysis, the variables were identified: hyperemesis gravidarum, emergency delivery, pre-pregnancy obesity, unplanned pregnancy, great multiparity; as risk factors for postpartum depression.

**Conclusion:** Hyperemesis gravidarum is a risk factor for postpartum depression in the Bethlehem Hospital of Trujillo.

**Key words:** *Hyperémesis gravídica, risk factor, postpartum depression.*

## I. INTRODUCCIÓN

La depresión posparto es una patología prevalente que puede afectar significativamente el bienestar de las mujeres, su funcionamiento global, la estabilidad familiar y, a veces, interferir con el desarrollo de sus hijos<sup>1,2</sup>. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición, incluye un trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto, teniendo en cuenta su desarrollo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas de postparto<sup>3</sup>.

La prevalencia de depresión posparto varía ampliamente; por ejemplo, en India las tasas varían de 45 a 69 % y en Brasil tasas de 12 a 37%. Las razones para esto no son limitadas a las características socioculturales de las poblaciones de estudio<sup>4</sup>. En cuanto a su etiología, hay más evidencia sobre los factores psicosociales involucrados en el proceso; las investigaciones recientes, incluyen la evaluación de citoquinas y neurotrofinas<sup>5</sup>. El antecedente de depresión, eventos estresantes de la vida, bajo apoyo social, ansiedad prenatal, embarazo no deseado, preferencia del género del bebé y bajos ingresos son factores de riesgo pertinentes<sup>6</sup>. También el parto de emergencia, los problemas maritales, así como los bajos ingresos<sup>7</sup>.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, define la hiperemesis gravídica (HG) como el vómito persistente y excesivo que comienza antes del final de la semana 22 de gestación con severidad asociada con alteraciones metabólicas, deshidratación o desequilibrio electrolítico<sup>8,9</sup>. La HG es la indicación más común para el ingreso en el hospital en la primera mitad del embarazo<sup>10</sup>.

Se postula que la hiperemesis gravídica se debe a una combinación de factores que pueden variar entre las mujeres e incluyen: genética, obesidad (un factor principal), química corporal y salud general<sup>11</sup>. Hay factores de riesgo comunes como la edad menor de 20 años, no fumadores, aversión alimentaria antes del embarazo, dieta alta en grasas saturadas, trastorno de estrés postraumático, gestación múltiple, antecedentes de cinetosis, sensibilidad a los anticonceptivos orales, migraña dolores de cabeza, alergias, úlceras, presión arterial alta, enfermedad hepática, enfermedad renal y mala alimentación<sup>12</sup>.

La enfermedad psicológica ha sido reportada como una complicación de HG; a la vez como factor predisponente para HG y existiendo aun debate sobre la dirección de la asociación<sup>13</sup>. La teoría psicológica para describir la patogénesis de HG sugiere que la presencia de trastorno de conversión o somatización o la respuesta exagerada de un paciente al estrés pueden causar HG<sup>14</sup>.

Es muy difícil probar la dirección del efecto pero reconocer la asociación puede facilitar la identificación de aquellas mujeres que requieren más apoyo durante y después embarazo; la mayoría de los estudios excluyen a las mujeres con una historia de enfermedad psicológica, que parecería apoyar la teoría de que la morbilidad psicológica se produce como resultado de HG en lugar de ser un factor etiológico<sup>15</sup>.

Es plausible que los síntomas de salud mental anteriores al embarazo como la ansiedad y la depresión alteren la percepción de los síntomas físicos como las náuseas o vómitos; o que exacerben su gravedad absoluta<sup>14</sup>. Es bien sabido que las mujeres en edad fértil están en un mayor riesgo de depresión

y ansiedad y que el embarazo puede aumentar el riesgo de episodios depresivos. El mayor nivel de depresión en pacientes embarazadas con HG se debe a una ingesta inadecuada de alimentos, falta de energía y fatiga, falta de socialización, y el temor de no poder alimentar el feto en desarrollo<sup>16</sup>.

Es concebible que la nutrición subóptima o estrés temprano en el embarazo debido a la hiperemesis gravídica podría llevar a la reprogramación del eje hipotálamicopituitario y adrenal; aumentando la circulación los niveles de cortisol<sup>17</sup>.

Senturk MB, et al (Arabia, 2017): llevaron a cabo un estudio con el objetivo de verificar la influencia de la hiperemesis gravídica respecto al riesgo de desarrollar alteraciones psiquiátricas durante el puerperio por medio de un estudio de cohortes prospectivas en el que se incluyeron a 207 gestantes con hiperemesis y 177 gestantes sin esta patología, observando que los puntajes de la Escala de Depresión de Edimburgo fueron significativamente más elevado en el grupo de pacientes con hiperemesis gravídica ( $p < 0.05$ )<sup>18</sup>.

Tan PC, et al (India, 2014); llevaron a cabo un estudio con el objetivo de verificar la influencia de la hiperemesis gravídica respecto a la aparición de trastornos psiquiátricos en las gestantes durante el tercer trimestre de gestación por medio de un estudio de cohortes prospectivas; observando que la frecuencia de depresión en el grupo de gestantes expuestas a hiperemesis gravídica fue de 19% mientras que en el grupo de gestantes sin hiperemesis gravídica la frecuencia de depresión fue de solo 14%; diferencia que resulto significativa ( $p < 0.05$ )<sup>19</sup>.

Tan PC, et al (Reino Unido, 2010); llevaron a cabo un estudio con el objetivo de verificar la relación entre hiperemesis gravídica y trastornos psiquiátricos en gestantes, por medio de un estudio prospectivo en el que se incluyeron a 209 gestantes con hiperemesis gravídica quienes fueron

evaluadas con una escala validada; encontrando que la frecuencia de depresión fue de 47% mientras que el 37% de gestantes presento concomitantemente depresión y ansiedad<sup>20</sup>.

Mitchell N, et al (Reino Unido, 2017); llevaron a cabo un estudio con el objetivo de verificar la influencia de la hiperémesis gravídica respecto a la aparición de morbilidad psiquiátrica por medio de una revisión sistemática de tipo metanálisis en el que se incluyeron a 12 artículos analíticos observacionales en el que se encontró una relación significativa entre hiperémesis gravídica y depresión; OR= 1.22; IC 95% 0.80-1.64;  $P \leq 0.01$ )<sup>21</sup>.

Ayvaz S, et al (Turquía, 2006); llevaron a cabo un estudio con el objetivo de verificar los factores de riesgo asociados a depresión postparto por medio de un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a 316 pacientes; observando que la frecuencia de depresión puerperal valorada por la Escala de Edimburgo fue de 28%; observando que la frecuencia de hiperémesis gravídica se verifico en el 39% de los casos y únicamente en el 28% de los controles<sup>22</sup>.

La hiperémesis gravídica es una complicación frecuente del primer trimestre de gestación; su presencia ha sido relacionada con la aparición de un cierto número de desenlaces obstétricos adversos tanto en la gestante como en el neonato; en tal sentido resulta de utilidad caracterizar la influencia de esta circunstancia obstétrica en relación al riesgo de desarrollar depresión postparto; con miras a identificar precozmente la aparición de este trastorno del estado del ánimo durante el puerperio, para la intervención oportuna y la mejoría de la calidad de vida respectiva; a fin de reducir la morbilidad materno infantil; considerando por otra parte que no se han identificado estudios similares en nuestro medio, es que nos planteamos realizar la presente investigación.



## **1. Enunciado del problema**

¿Es la hiperémesis gravídica un factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belén de Trujillo?

## **2. Objetivos**

### **a. Objetivos generales:**

Determinar si la hiperémesis gravídica es un factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belén de Trujillo

### **b. Objetivos específicos:**

Determinar la frecuencia de hiperémesis gravídica en gestantes con depresión postparto.

Determinar la frecuencia de hiperémesis gravídica en gestantes sin depresión postparto.

Comparar la frecuencia de hiperémesis gravídica entre gestantes con o sin depresión postparto.

### **3. Hipótesis**

#### **Hipótesis alterna (Ha):**

La hiperémesis gravídica es factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belén de Trujillo

#### **Hipótesis nula (Ho):**

La hiperémesis gravídica es factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belén de Trujillo

## II. MATERIAL Y MÉTODOS:

### 2.1 Diseño de Estudio

#### a. Tipo de estudio:

El estudio será de casos y controles, anidado.

#### b. Diseño Específico:

	G1	O <sub>1</sub>
	G2	O <sub>1</sub>

P: Población

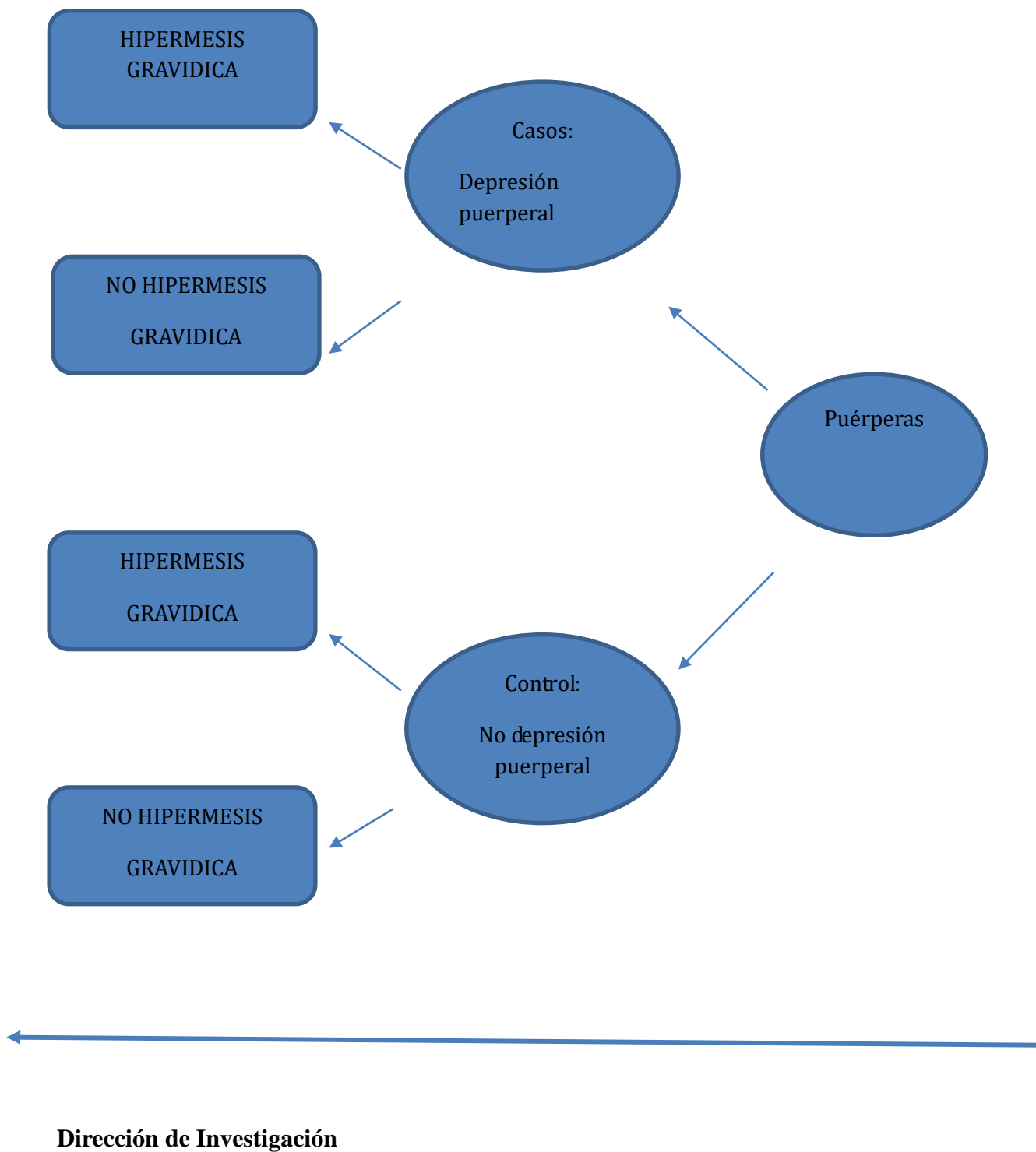
NR: No randomización

G1: Puérperas con depresión

G2: Puérperas sin depresión

O<sub>1</sub>: Hiperémesis gravídica

Tiempo



## 2.2 Variables y escalas de medición:

<b>VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>REGISTRO</b>
<b>DEPENDIENTE</b>  <b>Depresión puerperal</b>	Cualitativa nominal	Escala de Edimburgo para Depresión Posparto con un puntaje superior a 13.5 <sup>28</sup> .	Puntaje de la escala de Edimburgo > 13.5	<b>Si-No</b>
<b>INDEPENDIENTE</b>  <b>Hiperémesis gravídica</b>	Cualitativa nominal	<b>Gestantes con náuseas y vómitos incoercibles, en quien se decide su estancia en observación para hidratación y monitoreo.</b>	<b>Deshidratación severa</b>	<b>Si – No</b>

<b>VARIABLES INTERVINIENTES</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>REGISTRO</b>
<b>EDAD</b>	Cuantitativa	Edad de la madre al momento de la concepción.	Fecha de nacimiento	<b>Años</b>
<b>CONTROL PRENATAL INADECUADO</b>	Cualitativa nominal	Menos de 6 controles prenatales.	Menos de 6 controles	<b>Si – No</b>
<b>GESTACION PRETERMINO</b>	Cualitativa nominal	Embarazo antes de las 37 semanas de edad gestacional.	Edad gestacional < 37 semanas	<b>Si – No</b>
<b>ANTECEDENTES DE PATOLOGIA PSIQUIATRICA</b>	Cualitativa nominal	Historia personal de enfermedad psiquiatrica	Diagnostico psiquiátrico previo de comorbilidad	<b>Si – No</b>
<b>NO CONVIVENCIA CON CONYUGE</b>	Cualitativa nominal	No convivencia con pareja	Entrevista con la paciente	<b>Si – No</b>
<b>OBESIDAD PREGESTACIONAL</b>	Cualitativa nominal	Índice de masa corporal materno mayor a 30	Índice de masa corporal mayor a 30	<b>Si – No</b>
<b>EMBARAZO NO PLANIFICADO</b>	Cualitativa nominal	Embarazo que se produce sin planificación previa	Entrevista con la paciente	<b>Si – No</b>
<b>ANEMIA MATERNA</b>	Cualitativa nominal	Valores de hemoglobina menos a 11 g/dl	Hemoglobina < 11 g/dl	<b>Si – No</b>
<b>GRANMULTIPARIDAD</b>	Cualitativa nominal	Más de 4 partos previos	Mas de 4 partos	<b>Si – No</b>

<b>PARTO DE EMERGENCIA</b>	Cualitativa nominal	Culminación de parto en circunstancias de inminente riesgo vital para madre o neonato	Entrevista con la paciente	<b>Si - No</b>
<b>DISFUNCION FAMILIAR</b>	Cualitativa nominal	<b>Puntaje del Cuestionario de Apgar familiar inferior a 18 puntos</b>	<b>Apgar Familiar &lt; 18 puntos</b>	<b>Si - No</b>

### 2.3 Población muestra y muestreo

#### a. Poblaciones de Estudio:

Gestantes atendidas en el Departamento de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Julio – Enero 2018 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

#### Criterios de selección:

##### ➤ Criterios de Inclusión (Casos):

- Puérperas con depresión postparto
- Puérperas con edades entre 20 a 35 años
- Puérperas en cuyas historias clínicas se puedan precisar las variables en estudio.
- Puérperas que acepten ser entrevistadas.

➤ **Criterios de Inclusión (Controles)**

- Puérperas con depresión postparto
- Puérperas con edades entre 20 a 35 años
- Puérperas en cuyas historias clínicas se puedan precisar las variables en estudio.
- Puérperas que acepten ser entrevistadas.

➤ **Criterios de exclusión (Ambos grupos):**

- Puérperas con antecedentes de patología psiquiátrica previa a la gestación: depresión, psicosis, trastorno bipolar.
- Puérperas con retraso mental.
- Puérperas víctimas de abuso sexual.
- Puerperas cuyos neonatos hayan sido hospitalizados en unidad de cuidados intensivos neonatales.

**a. Muestra:**

**i. Unidad de Análisis**

Estuvo constituido por cada gestante atendida en el Departamento de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el período julio – enero 2018 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección.



### ii. Unidad de Muestreo

Estuvo constituido por la historia clínica de cada gestante atendida y entrevistada en el Departamento de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el período Julio – Enero 2018 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

### iii. Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para estudios de casos y controles<sup>23</sup>:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P (1 - P) (r + 1)}{d^2 r}$$

Donde:

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} = \text{promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

$p_1$  = Proporción de casos expuestos al factor de riesgo.

$p_2$  = Proporción de controles expuestos al factor de riesgo.

$r$  = Razón de número de controles por caso

$n$  = Número de casos

$d$  = Valor nulo de las diferencias en proporciones =  $p_1 - p_2$

$Z_{\alpha/2} = 1,96$  para  $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$  para  $\beta = 0.20$

$P_1 = 0.47$  (47% Ref.20)

$P_2 = 0.14$  (14% Ref.19 )

R: 2

$n = 44$

CASOS : (Púerperas con depresión) = 44 pacientes

CONTROLES : (Púerperas sin depresión) = 88 pacientes.

#### 2.4 Definición operacional de variables :

**Depresión postparto:** Se considerara cuando tras la entrevista a la paciente se determine por medio de la Escala de Edimburgo para Depresión Posparto con un puntaje superior a 13.5<sup>28</sup>.

**Hiperémesis gravídica:** Gestantes con náuseas y vómitos incoercibles, en quien se decide su estancia en observación para hidratación y monitoreo<sup>21</sup>.

**Control prenatal adecuado:** Haber realizado los 6 controles sugeridos por el MINSA distribuidos de la siguiente manera: Dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación<sup>26</sup>.

## **2.5 Procedimientos y Técnicas**

Ingresaron al estudio las gestantes atendidas en el Departamento de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el período Agosto – Octubre 2018 y que cumplieron con los criterios de selección; se solicitó la autorización en el departamento académico correspondiente para luego proceder a:

1. Seleccionar a aquellos pacientes que pertenezcan a uno u otro grupo según la técnica de muestreo aleatorio simple aplicando la Escala de Edimburgo (Anexo 1) validada para depresión postparto en población de habla hispana, con sensibilidad de 76,7% ,especificidad de 92,5% ,reportando un alpha de Cronbach de 0,914. Dicha escala contiene un total de 10 preguntas acerca de cómo se ha sentido la participante en los últimos 7 días, cada pregunta tiene 4 alternativas relacionadas con la frecuencia de la premisa descrita se escogió una de ellas y marcó con una equis .cada respuesta marcada da un puntaje de 0 a 3 puntos y al terminar dichos puntos fueron sumados, el cual tuvo un tiempo estimado de 5 minutos<sup>29</sup>. Se llevó a

cabo en control puerperal en el área del consultorio externo de Ginecología y Obstetricia.

2. Por cada gestante con depresión post parto identificada se buscaron durante la misma semana de entrevista 2 controles con un rango de edad similar  $\pm 5$  años en la misma zona de entrevista.
3. Recoger los datos pertinentes correspondientes a las variables de interés del estudio las cuales se incorporaron en la hoja de recolección de datos (Ver anexo 2).
4. Continuar con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar los tamaños muestrales en ambos grupos de estudio
5. Recoger la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

## **2.6 Plan de análisis de datos (Procesamiento y análisis de la información:**

El registro de datos que fueron consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron procesados utilizando el paquete estadístico IBM V SPSS 23 los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia.

### **Estadística Descriptiva:**

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias de las variables cualitativas y medidas de centralización y de dispersión de las variables cuantitativas.

### **Estadística Analítica**

En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba Chi Cuadrado ( $X^2$ ) para variables cualitativas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ( $p < 0.05$ ).

### **Estadígrafo de estudio:**

Dado que fue un estudio que evaluó la asociación entre variables a través de un diseño de casos y controles; se obtuvo el odds ratio (OR) que ofrecieron la exposición a hiperémesis gravídica en relación a la presencia de depresión puerperal.

Análisis de regresión bivariado.

Se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente.

		<b>DEPRESION PUERPERAL</b>	
		Si	No
<b>HIPEREMESIS GRAVIDICA</b>	Si	A	B
	No	C	D

## 2.7

### **Aspectos éticos:**

La presente investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Belén de Trujillo y de la Universidad Particular Antenor Orrego. Debido a que fue un estudio de casos y controles en donde solo se recogieron datos del paciente y clínicos de las historias de los pacientes; se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15,22 y 23)<sup>24</sup> y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)<sup>25</sup>.

#### IV.- RESULTADOS:

**Tabla N° 01. Características de las pacientes incluidos estudio en el Hospital Belen de Trujillo durante el periodo Agosto - Octubre 2018:**

<b>VARIABLES INTERVINIENTES</b>	<b>Depresión puerperal (n=44)</b>	<b>No depresión puerperal (n=88)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>Valor p</b>
<b>Edad materna (años):</b>				
<b>Promedio</b>	29.6 +/-6.3	30.9 ± 7.1	NA	0.081
<b>CPN inadecuado:</b>				
• <b>Si</b>	13(29%)	19(21%)	OR : 1.52	0.074
• <b>No</b>	31(71%)	69(79%)	(IC 95% 0.8 – 1.9)	
<b>Gestación pretermino:</b>				
• <b>Si</b>	11(25%)	18 (20%)	OR : 1.29	0.092
• <b>No</b>	33(75%)	70 (80%)	(IC 95% 0.6 – 2.2)	
<b>No convivencia:</b>				
• <b>Si</b>	14(32%)	20(22%)	OR : 1.58	0.16
• <b>No</b>	30(68%)	68(78%)	(IC 95% 0.8 – 2.7)	
<b>Parto de emergencia:</b>				
• <b>Si</b>	17(38%)	13(15%)	OR : 3.63	0.034
• <b>No</b>	27(62%)	75(85%)	(IC 95% 1.7 – 5.5)	
<b>Obesidad pregestacional:</b>				
• <b>Si</b>	19(43%)	14(16%)	OR : 4.1	0.031
• <b>No</b>	25(57%)	74(84%)	(IC 95% 1.9 – 7.5)	

**FUENTE: Hospital Belen de Trujillo –Fichas de recolección: 2018.**

<b>Variables intervinientes</b>	<b>Depresión puerperal (n=44)</b>	<b>No depresión puerperal (n=88)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>Valor p</b>
<b>Embarazo no planificado:</b>				
• Si	18(41%)	15 (17%)	OR : 3.36 (IC 95% 1.7 – 7.1)	0.029
• No	26(59%)	73 (83%)		
<b>Anemia materna :</b>				
• Si	10(23%)	14(16%)	OR : 1.55 (IC 95% 0.6 – 3.7)	0.23
• No	34(77%)	74(84%)		
<b>Gran multiparidad:</b>				
• Si	11(25%)	8(9%)	OR : 3.33 (IC 95% 1.5 – 6.5)	0.032
• No	33(75%)	80(91%)		
<b>Disfunción familiar:</b>				
• Si	6(13%)	11(12%)	OR : 1.1 (IC 95% 0.5 – 1.7)	0.34
• No	38(87%)	77(88%)		

**FUENTE: Hospital Belen de Trujillo –Fichas de recolección: 2018.**



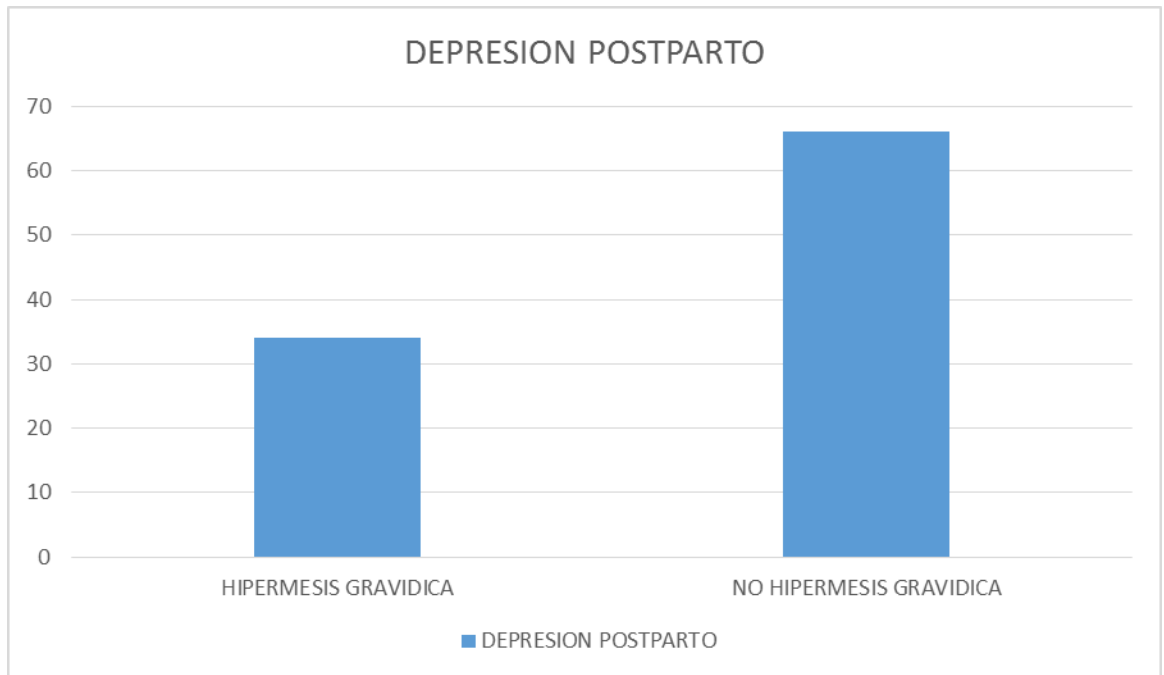
**Tabla N° 2: Frecuencia de hiperemesis gravídica en pacientes con depresión postparto en el Hospital Belen de Trujillo durante el periodo Agosto Octubre 2018:**

<b>Depresión postparto</b>	<b>Hiperémesis gravídica</b>		<b>Total</b>
	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>Si</b>	16 (34%)	28 (66%)	<b>44 (100%)</b>

**FUENTE: Hospital Belen de Trujillo –Fichas de recolección: 2018.**

La frecuencia de hiperemesis gravídica en pacientes con depresión postparto fue de  $16/44= 34\%$ .

**Gráfico N° 1: Frecuencia de hipermesis gravídica en pacientes con depresión postparto en el Hospital Belen de Trujillo durante el periodo Agosto Octubre 2018:**



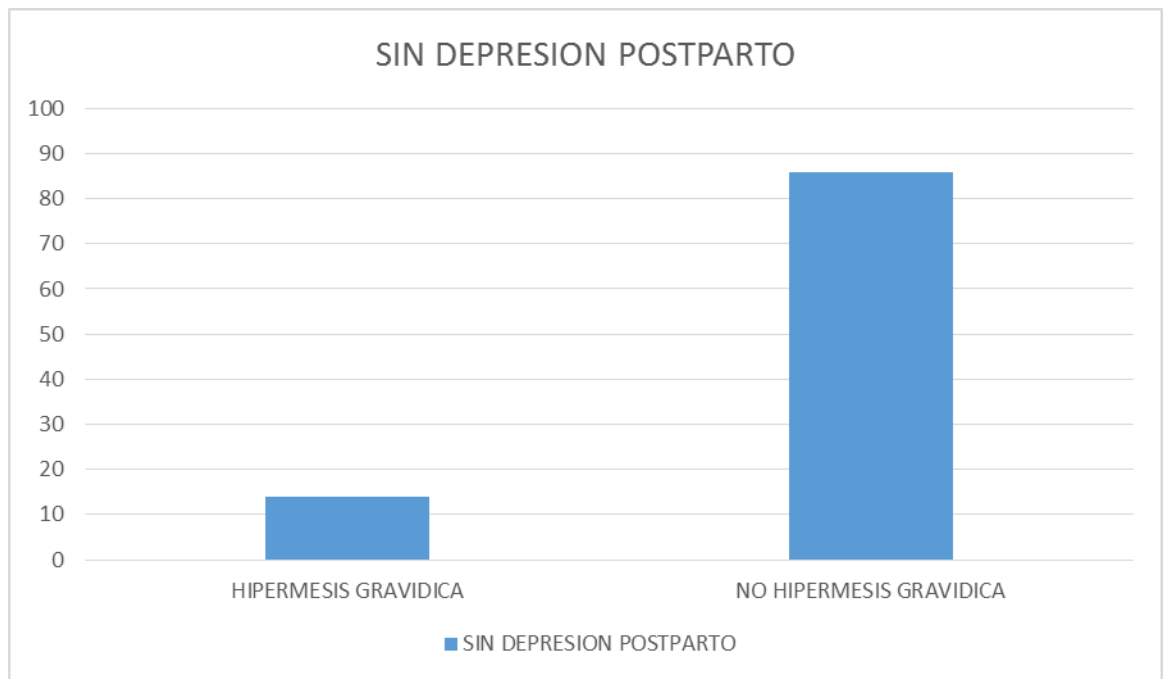
**Tabla N° 3: Frecuencia de hiperemesis gravídica en pacientes sin depresión postparto en el Hospital Belen de Trujillo durante el periodo Agosto Octubre 2018:**

Depresión postparto	Hiperémesis gravídica		Total
	Si	No	
Si	12 (14%)	76 (86%)	<b>88 (100%)</b>

**FUENTE: Hospital Belen de Trujillo –Fichas de recolección: 2018.**

La frecuencia de hiperémesis gravídica en pacientes sin depresión postparto fue de  $12/88= 14\%$ .

**Gráfico N° 2: Frecuencia de hipermesis gravídica en pacientes sin depresión postparto en el Hospital Belen de Trujillo durante el periodo Agosto Octubre 2018:**



**Tabla N° 04: Hiperémesis gravídica como factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belen de Trujillo durante el periodo Agosto Octubre 2018:**

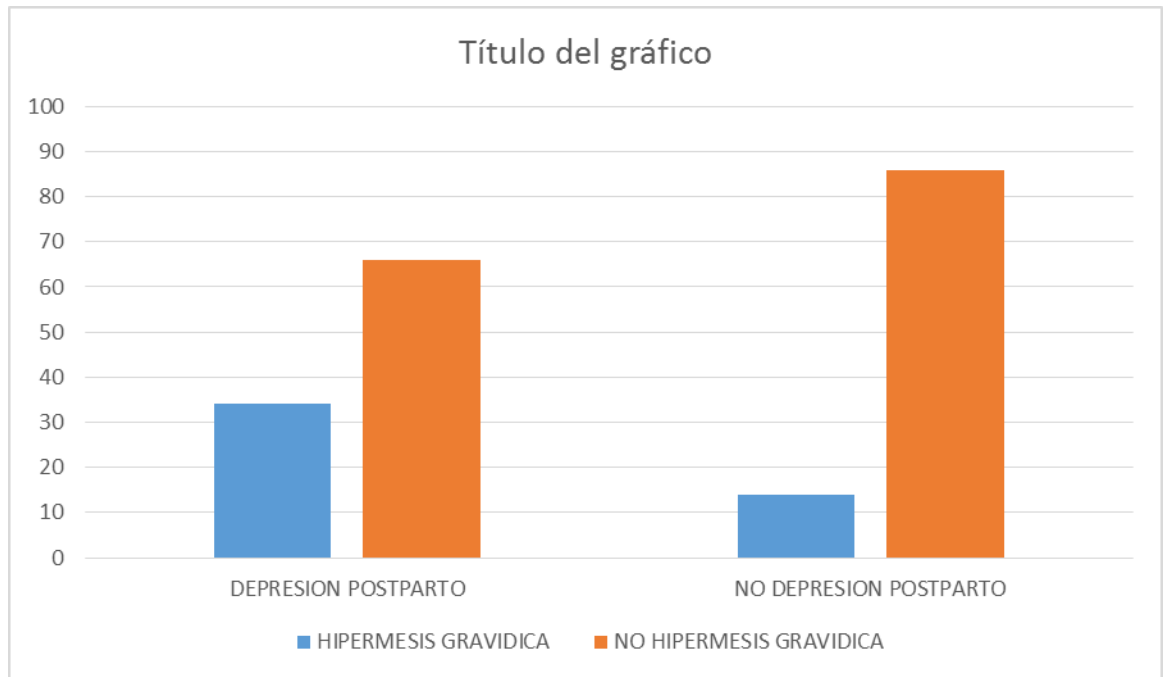
Hiperémesis gravídica	Depresión postparto		Total
	Si	No	
Si	16 (34%)	12 (14%)	28
No	28 (66%)	76 (86%)	104
<b>Total</b>	<b>44 (100%)</b>	<b>88 (100%)</b>	<b>132</b>

**FUENTE: Hospital Belen de Trujillo –Fichas de recolección: 2018.**

- Chi cuadrado: 6.7
- $p < 0.05$ .
- Odds ratio: 3.61
- Intervalo de confianza al 95%: (1.8 –7.5)

Respecto a la influencia de la hiperémesis gravídica en el riesgo de depresión postparto; se documenta riesgo a nivel muestral con un odds ratio  $>1$ ; expresa esta mismo riesgo a nivel poblacional con un intervalo de confianza al 95%  $> 1$  y finalmente expresa significancia de esta tendencia al verificar que la influencia del azar es decir el valor de  $p$  es inferior al 5%.

**Gráfico N° 03: Hiperémesis gravídica como factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belen de Trujillo durante el periodo Agosto Octubre 2018:**



**Tabla N° 05: Análisis multivariado de los factores de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belen de Trujillo durante el periodo Agosto Octubre 2018:**

Variable	Estadigrafos			Valor de p
	OR	IC 95%	Wald	
<b>Hiperémesis gravídica</b>	3.1	(1.9 – 5.5)	7.4	<b>p= 0.022</b>
<b>Parto de emergencia</b>	2.6	(1.6 – 5.3)	6.9	<b>p= 0.030</b>
<b>Obesidad pregestacional</b>	2.9	(1.7 – 5.1)	6.5	<b>p= 0.028</b>
<b>Embarazo no planificado</b>	2.4	(1.4 – 4.2)	7.1	<b>p= 0.036</b>
<b>Gran multiparidad</b>	2.7	(1.5 – 3.9)	6.2	<b>p= 0.042</b>

**FUENTE: Hospital Belén de Trujillo –Fichas de recolección: 2018.**

En el análisis multivariado a través de regresión logística se corrobora la significancia del riesgo para los variables: hiperémesis gravídica, parto de emergencia, obesidad pregestacional, embarazo no planificado, gran multiparidad; como factores de riesgo para depresión postparto.

## V.- DISCUSIÓN:

La enfermedad psicológica ha sido reportada como una complicación de HG; a la vez como factor predisponente para HG y existiendo aun debate sobre la dirección de la asociación<sup>13</sup>. Es muy difícil probar la dirección del efecto pero reconocer la asociación puede facilitar la identificación de aquellas mujeres que requieren más apoyo durante y después embarazo. El mayor nivel de depresión en pacientes embarazadas con HG se debe a una ingesta inadecuada de alimentos, falta de energía y fatiga, falta de socialización, y el temor de no poder alimentar el feto en desarrollo<sup>16</sup>. Es concebible que la nutrición subóptima o estrés temprano en el embarazo debido a la hiperemesis gravídica podría llevar a la reprogramación del eje hipotalámico-pituitario y adrenal; aumentando la circulación los niveles de cortisol<sup>17</sup>.

En la Tabla N° 1 se compara información general de los pacientes, que podrían considerarse como variables intervinientes y tras realizar el análisis estadístico correspondiente no se llega a verificar diferencias significativas respecto a estas características entre los pacientes de uno u otro grupo de estudio para la mayoría de estas condiciones excepto para las variables; parto de emergencia, obesidad pregestacional, embarazo no planificado, gran multiparidad; estos hallazgos son coincidentes con lo descrito por Tan P<sup>19</sup>, et al en India en el 2014 y Mitchell N<sup>21</sup>, et al en Reino Unido en el 2017; quienes también registran diferencia respecto a las variables obesidad pregestacional y gran multiparidad entre los mujeres con o sin depresión puerperal.



En la Tabla 2 realizamos la valoración de las frecuencias hiperémesis gravídica en primer término en el grupo con depresión puerperal encontrando que de las 44 pacientes de este grupo, en el 34% se documentó la presencia del trastorno gastrointestinal. En la Tabla 3 por otra parte se verifica la frecuencia de hiperémesis gravídica en el grupo de pacientes sin depresión puerperal; encontrando en este grupo que únicamente una frecuencia de 14% presentó la alteración gastrointestinal en estudio.

En cuanto a los trabajos previos observados se puede considerar al estudio de Senturk MB, et al en Arabia en el 2017 verificaron la influencia de la hiperémesis gravídica respecto al riesgo de alteraciones psiquiátricas en 207 gestantes con hiperémesis y 177 sin esta patología, observando que los puntajes de la Escala de Depresión fueron más elevados en el grupo con hiperémesis ( $p < 0.05$ )<sup>18</sup>.

En la Tabla 4 se verifica el impacto de la hiperémesis gravídica en relación con el riesgo de depresión puerperal; reconociendo un odds ratio de 3.61; verificado a través de la prueba chi cuadrado para extrapolar esta conclusión a la población; siendo el valor alcanzado suficiente para poder afirmar que la misma tiene significancia estadística ( $p < 0.05$ ) lo que permite afirmar que la hiperémesis gravídica es factor de riesgo para depresión puerperal.

Dentro de los antecedentes encontrados tenemos el estudio de Tan PC, et al en India en el 2014 verificaron la influencia de la hiperémesis gravídica respecto a la aparición de trastornos psiquiátricos; observando que la frecuencia de depresión en gestantes expuestas a hiperémesis gravídica fue de 19% mientras que en el grupo sin hiperémesis fue de solo 14%; ( $p < 0.05$ )<sup>19</sup>.

Así mismo exponemos los hallazgos de Mitchell N, et al en Reino Unido en el 2017 verificaron la influencia de la hiperémesis gravídica respecto a la aparición de morbilidad psiquiátrica en un metanálisis en el que se encontró una relación significativa entre hiperémesis gravídica y depresión; OR= 1.22; IC 95% 0.80-1.64;  $P \leq 0.01$ )<sup>21</sup>.

En la Tabla 5 se corrobora por medio de la prueba de regresión logística la influencia de cada factor de riesgo en un contexto más sistemático e integrado y con un mejor control de sesgos y a través de este se corroboran los hallazgos observados en el análisis bivariado al reconocer a las variables hiperémesis gravídica, parto de emergencia, obesidad pregestacional, embarazo no planificado, gran multiparidad; como factores de riesgo para depresión postparto.

Reconocemos las tendencias descritas por Ayvaz S, et al en Turquía en el 2006 quienes verificaron los factores de riesgo asociados a depresión postparto en un estudio retrospectivo de casos y controles en 316 pacientes; observando que la frecuencia de hiperémesis gravídica se verifico en el 39% de los casos y únicamente en el 28% de los controles<sup>22</sup>.

#### IV. CONCLUSIONES

1.-La frecuencia de las variables parto de emergencia, obesidad pregestacional, embarazo no planificado, gran multiparidad, fue significativamente mayor en el grupo con depresión postparto respecto al grupo sin depresión postparto.

2.-La frecuencia de hiperemesis gravídica en pacientes con depresión postparto fue de 34%.

3.-La frecuencia de hiperémesis gravídica en pacientes sin depresión postparto fue de 14%.

4.-La hiperémesis gravídica es factor de riesgo para depresión postparto con un odds ratio de 3.61, el cual fue significativo ( $p < 0.05$ ).

5.-En el análisis multivariado se identificaron a las variables: hiperémesis gravídica, parto de emergencia, obesidad pregestacional, embarazo no planificado, gran multiparidad; como factores de riesgo para depresión postparto.

## **VI. RECOMENDACIONES**

1.- Las tendencias encontradas debieran ser reconocidas para desarrollar estrategias preventivas que reduzcan la prevalencia e incidencia de depresión postparto en la población de puérperas del hospital.

2.- Es necesario llevar a cabo nuevos estudios con la finalidad de corroborar nuestros hallazgos tomando en cuenta un contexto poblacional más numeroso para de este modo poder extrapolar nuestros hallazgos al ámbito regional.

3.- Es indispensable caracterizar de manera precisa el impacto adverso de la hiperémesis gravídica en relación con la aparición de otros desenlaces obstétricos adversos para emprender las estrategias correctivas correspondientes.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.-American Psychiatric Association. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013; 5ta edition 56-58.

2.-O'Hara M, McCabe J. Postpartum Depression: Current Status and Future Directions". Annual Review of Clinical Psychology 2013; 9 (3):: 379-407.

3.-Moraes G, Lorenzo L, Pontes G. A Screening and diagnosing postpartum depression: when and how?. Trends in psychiatry and psychotherapy 2017; 39(1): 54-61.

4.-Dubey C, Gupta N, Bhasin S, Muthal A, Arora R. Prevalence and associated risk factors for postpartum depression in women attending a tertiary hospital, Delhi, India. Int J Soc Psychiatry. 2012;58:577-80.

5.-Constanza B. Update on the Neurobiological Aspects of Postpartum Depression". EC Neurology 2017; 6 (2):31- 38.

6.-Mathisen S, Glavin K, Lien L, Lagerløv P. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *International journal of women's health* 2013; 5: 787.

7.-Deng A, Xiong R, Jiang T, Luo Y. Prevalence and risk factors of postpartum depression in a population-based sample of women in Tangxia Community, Guangzhou. *Asian Pacific journal of tropical medicine* 2014; 7(3): 244-249.

8.-World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems..* World Health Organization; 2007; 10th Rev: 45-47.

9.-Greene R. Hyperemesis gravidarum: Current perspectives. *International Journal of Women's Health* 2013; 6(1):719-25

10.-Piwko C, Koren G, Babashov V, Vicente C, Einarson T. Economic burden of nausea and vomiting of pregnancy in the USA. *J Popul Ther Clin Pharmacol.* 2013;20(2):e149–e160.

11.-Obrowski M, Obrowski S. Hyperemesis Gravidarum–A Serious Issue during Pregnancy: In-Depth Clinical Review and Treatment Modalities. *MOJ Womens Health* 2015; 1(2): 8-10.

12.-Mahmoud G. Prevalence and Risk Factors of Hyperemesis Gravidarum Among Egyptian Pregnant Woman at the Woman's Health Center. *The Medical Journal of Cairo University* 2012; 80(2): 6-8.

13.-Ayyavoo A, Derraik J, Hofman P. Hyperemesis gravidarum and long-term health of the offspring. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2014; 210(6). 521-525.

14.-Peled Y, Melamed N, Hirsch L, Hadar E, Wiznitzer A. Pregnancy outcome in hyperemesis gravidarum—the role of fetal gender. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2013; 26(17): 1753-1757.

15.-Aksoy H. Depression levels in patients with hyperemesis gravidarum: a prospective case–control study. *SpringerPlus* 2015; 4(1): 34.

16.-Topalahmetoğlu Y. Depression and anxiety disorder in hyperemesis gravidarum: A prospective case-control study 2017.

17.-Yavuz F. What do repetitive thinking styles tell about hyperemesis gravidarum?. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* 2018; 28(2): 170-176.

18.-Senturk MB, Yıldız G, Yıldız P, Yorguner N, Çakmak Y. The relationship between hyperemesis gravidarum and maternal psychiatric well-being during and after pregnancy: controlled study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017 ;30(11):1314-1319.

19.-Tan P, Zaidi SN Azmi N, Omar S, Khong S. Depression, anxiety, stress and hyperemesis gravidarum: temporal and case controlled correlates. PLoS One. 2014;9(3):e92036.

20.-Tan P, Vani S, Lim B, Omar S. Anxiety and depression in hyperemesis gravidarum: prevalence, risk factors and correlation with clinical severity. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010;149(2):153-8.

21.-Mitchell N, Gallos I, Farren J. Psychological morbidity associated with hyperemesis gravidarum: a systematic review and meta-analysis. BJOG. 2017;124(1):20-30.

22.-Ayvaz S, Hocaoglu C, Tiryaki A. The incidence of postpartum depression in Trabzon province and the risk factors during gestation. Turkish Journal of Psychiatry 2006; 17(4): 1-8.

23.-Kleinbaun. D. Statistics in the health sciences : Survival analysis. New York: Springer – Verglag publishers; 2012 p. 78.

24.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.



25.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú : 2012.

26.-MINSA Norma Técnica. Atención Salud Materna. Octubre 2013. [citado 20 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131224-MINSA-NT-Atencion-Salud-Materna.pdf>

27.- Dois C, Lucchini R, Villaroel D, Uribe T. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. RBP. 2015; 54(2): 1-8.

28.-Bao M, Vega J, Saona P. Prevalencia de depresión durante la gestación Neuropsiquiatr. 2010; 73(3):95-103

29.- Alvarado D, Guajardo D, Rojas D, Jadresic D. Validación de la escala de Edimburgo para Embarazadas.2012: 35.

## **ANEXOS**

## **ANEXO N° 1**

### **Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_ Teléfono:  
\_\_\_\_\_

Queremos saber cómo se siente. Por Favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana.

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

Tanto como siempre

No tanto ahora

Mucho menos

No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

Tanto como siempre

Algo menos de lo que solía hacer

Definitivamente menos

No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

Sí, la mayoría de las veces

Sí, algunas veces

No muy a menudo

No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

No, para nada

Casi nada

Sí, a veces

Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

Sí, bastante

Sí, a veces

No, no mucho

No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

Sí, la mayor parte de las veces

Sí, a veces

No, casi nunca

No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

Sí, la mayoría de las veces

Sí, a veces

No muy a menudo

No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

No muy a menudo

No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

Sólo en ocasiones

No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

Sí, bastante a menudo

A veces

Casi nunca

No, nunca

## **ANEXO N° 02**

Hiperémesis gravídica como factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belén de Trujillo.

### **PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Fecha..... N°.....

#### **I. DATOS GENERALES:**

Edad: \_\_\_\_\_

CPN inadecuado: \_\_\_\_\_

Gestación pretermino: \_\_\_\_\_

Antecedente patología psiquiátrica: \_\_\_\_\_

No convivencia cónyuge: \_\_\_\_\_

Obesidad pregestacional: \_\_\_\_\_

Antecedente familiar de hiperémesis: \_\_\_\_\_

Embarazo no planificado: \_\_\_\_\_

Anemia materna: \_\_\_\_\_

Granmultiparidad: \_\_\_\_\_

Ingreso económico \_\_\_\_\_

Preferencia de Genero del bebe \_\_\_\_\_

Parto de Emergencia \_\_\_\_\_

Disfunción familiar \_\_\_\_\_

II. DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE:

Hiperémesis gravídica: Si ( ) No ( )

III. DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

Depresión postparto: Si ( ) No ( )

Puntaje del inventario: \_\_\_\_\_



**SOLICITUD DE DESIGNACION DE JURADO**  
**JURADO PARA SUSTENTACION DE TESIS**

Señor Dr.

Director de la Escuela Profesional de Medicina Humana

S.D.:

.....; Alumno de la Escuela Profesional de Medicina Humana de esta prestigiosa Universidad, identificado con DNI: \_\_\_\_\_ID: \_\_\_\_\_ ante Ud. Me presento y expongo:

Que siendo requisito indispensable para poder optar el Título Profesional de Médico Cirujano, la sustentación de tesis, recurro a su despacho a fin de que se sirva designar jurado para la sustentación del Informe Final de Tesis titulado:

Hiperémesis gravídica como factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belén de Trujillo.

Por tanto:

Ruego a Usted acceder a mi petición por ser de justicia.

Trujillo 24, de Mayo , del 2019

.....

ID:

**CONSTANCIA DE ASESORIA**

Yo.....Docente de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego, hago constar que está asesorando el Informe Final de Tesis Titulado:

Hiperémesis gravídica como factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belén de Trujillo.

Del alumno:

Identificada con ID: \_\_\_\_\_

Se expide el presente para los fines convenientes.

Trujillo 24, de Mayo , del 2019

.....

Dr.