

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRIZ

Características epidemiológicas y obstétricas de la mola hidatiforme durante los años 2005 – 2019. Hospital Regional Docente de Trujillo.

Área de investigación:
Salud materna perinatal

Autor (es):
Br. Talledo León Amaresh Betania
Br. Vicente Puestas Delia Ysabel

Jurado evaluador:

Presidente: Nancy Angelica Iglesias Obando
Secretario: Cristina Raquel Bendezú Gamboa
Vocal: Ruth Araceli Vargas Gonzales

Asesor:
Mg. Yvonne Graciela Manta Carrillo
Código Orcid: 0000 0002 2674 0264

Trujillo - Perú
2021
Fecha de sustentación:
20/08/2021

RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 0374-2021-D-F-CCSS-UPAO

Trujillo, 02 de agosto del 2021

VISTO: el Oficio N° 0458-2021-EPO-UPAO presentado por la señora Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, solicitando designación de Jurado de la Tesis de las bachilleres **TALLEDO LEÓN AMARESH BETANIA** y **VICENTE PUESCAS DELIA YSABEL**, y;

CONSIDERANDO:

Que, la señora Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, ha remitido el Oficio N° 0458-2021-EPO-UPAO, declarando su conformidad con el cumplimiento de los requisitos académicos y administrativos;

Que, para efectos de dictaminar la tesis es necesaria la designación del jurado con docentes de la Facultad.

Que, en el Oficio referido en el primer considerando de la presente Resolución, la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia propone designar el Jurado de la Tesis titulada **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS DE LA MOLA HIDATIFORME DURANTE LOS AÑOS 2005 – 2019. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**, conducente al Título de Profesional de Obstetriz, proponiendo como Jurado a las docentes:

Ms. NANCY ANGELICA IGLESIAS OBANDO	PRESIDENTA
Ms. CRISTINA RAQUEL BENDEZÚ GAMBOA	SECRETARIA
Ms. RUTH ARACELI VARGAS GONZALES	VOCAL

Estando a lo dispuesto en el Reglamento de Grados y Títulos y a las consideraciones conferidas a este Despacho.

SE RESUELVE:

PRIMERO: DESIGNAR, al Jurado Evaluador que dictaminará la Tesis titulada: **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS DE LA MOLA HIDATIFORME DURANTE LOS AÑOS 2005 – 2019. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**, realizada por las bachilleres **TALLEDO LEÓN AMARESH BETANIA** y **VICENTE PUESCAS DELIA YSABEL**, el mismo que queda conformado por las docentes:

• Ms. NANCY ANGELICA IGLESIAS OBANDO	PRESIDENTA
• Ms. CRISTINA RAQUEL BENDEZÚ GAMBOA	SECRETARIA
• Ms. RUTH ARACELI VARGAS GONZALES	VOCAL

SEGUNDO: ESTABLECER que el jurado está obligado a presentar en forma consensuada y en el lapso de diez (10) días calendario el dictamen correspondiente, contados a partir del día siguiente a la emisión de la presente Resolución.


TERCERO: REMITIR la presente Resolución a la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, para los fines consiguientes.

REGISTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHIVASE




C.C.-EPO,
AJC/NO

Long Office of


Dra. Antonieta Tresierra de Venegas
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD




Ms. Pablo Chuna Mogollón
SECRETARIO ACADÉMICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO

FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRIZ

Características epidemiológicas y obstétricas de la mola hidatiforme durante los años 2005 – 2019. Hospital Regional Docente de Trujillo.

Área de investigación:
Salud materna perinatal

Autor (es):
Br. Talledo León Amaresh Betania
Br. Vicente Puestas Delia Ysabel

Jurado evaluador:

Presidente: Nancy Angelica Iglesias Obando
Secretario: Cristina Raquel Bendezú Gamboa
Vocal: Ruth Araceli Vargas Gonzales

Asesor:
Mg. Yvonne Graciela Manta Carrillo
Código Orcid: 0000 0002 2674 0264

Trujillo - Perú
2021
Fecha de sustentación:
20/08/2021

DEDICATORIA

Dedico este logro a mi principal motivación, mi hijo, ya que es la razón más importante que tengo en mi vida, dándome fuerzas cada día para levantarme y ser una mejor persona.

La segunda persona importante en mi vida es mi madre Carmen María León Palacios, porque siempre está apoyándome, motivándome a seguir adelante, y estuvo segura de que lograría esta meta, te agradezco por tener fe en mí.

A mi abuela Ketta por llevarme siempre en tus oraciones estoy segura de que siempre pides por mí y mi familia; y mi tía Lizette porque a pesar de todas las equivocaciones que he tenido, nunca faltó su apoyo incondicional.

Talledo León Amaresh Betania

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, por derramar su bendición en mi familia, por enseñarme el verdadero significado de la perseverancia, paciencia y amor en el largo camino de mi profesión.

A mi madre: Seleni Puescas Puescas por darme la vida, por ser el pilar fundamental en mi vida, por su ayuda económica con el fin de lograr mi éxito profesional; por heredarme más que algo material, su pasión por las cosas que verdaderamente valen la pena gracias por todo.

A mi familia Puescas Puescas por su ayuda constante para lograr mis sueños, por sus consejos y por inculcarme sus valores, un agradecimiento importante para ellos este logro es gracias a ellos.

A mi novio Alexis Ventura Chirinos por su apoyo constante e impulsarme a lograr mis metas y sueños.

Vicente Puescas Delia Ysabel

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por permitirnos tener y disfrutar a nuestra familia y por llegar hasta este punto de nuestras vidas. A nuestras familias por no abandonarnos e impulsarnos a lograr este gran sueño.

A nuestra asesora de tesis Mg. Yvonne Manta Carrillo por su visión crítica, orientación y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y rectitud como personas y excelentes profesionales encaminaron esta investigación.

Un agradecimiento especial a la Obst. Rut Vargas por su paciencia, apoyo incondicional y siempre estar dispuesta a ayudarnos para la culminación de nuestro trabajo de investigación.

Al Hospital Regional Docente de Trujillo, por los datos brindados para poder realizar esta investigación.

Las autoras.

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue determinar las características epidemiológicas y obstétricas de Mola Hidatiforme durante los años 2005- 2019. Hospital Regional Docente Trujillo, para lo cual se realizó un estudio observacional de diseño descriptivo simple, en una muestra de 172 historias clínicas. Se encontró que el 0.3% de las pacientes atendidas en el departamento de Gineco-obstetricia. registro el diagnóstico de mola hidatiforme; las características epidemiológicas de los casos son: edad entre 20 a 29 años el 42.4%, estado civil conviviente el 70.4% grado de instrucción secundaria el 52.3%, y el lugar de procedencia de las pacientes fue urbano con 86.6%. Las características obstétricas de los casos son: no nulíparas el 67.4%, edad gestacional entre una y doce semanas el 61%, sin antecedentes de aborto el 69.2% y con uso de método anticonceptivo después del embarazo molar el 54.1%.

Palabras clave: Mola Hidatiforme, epidemiología (DeCS)

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the epidemiological and obstetric characteristics of hydatidiform mole during the years 2005-2019. Trujillo Regional Teaching Hospital, for which an observational study with a simple descriptive design was carried out, in a sample of 172 medical records. It was found that 0.3% of the patients cared for in the obstetrics-gynecology department. record the diagnosis of hydatidiform mole; the epidemiological characteristics of the cases are: age between 20 and 29 years old, 42.4%, cohabiting marital status, 70.4.3%, secondary education grade, 52.3%, and the place of origin of the patients was urban with 86.6%. The obstetric characteristics of the cases are: 67.4% non-nulliparous, 61% gestational age between one and twelve weeks, 69.2% without a history of abortion, and 54.1% using a contraceptive method after molar pregnancy.

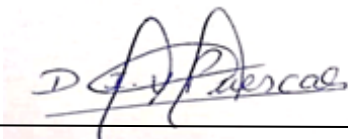
Key words: Hydatidiform mole, epidemiology (DeCS)

PRESENTACIÓN

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO:

de conformidad con las disposiciones legales vigentes en el reglamento de grados y títulos de la facultad de ciencias de la salud de la universidad privada Antenor Orrego, presentamos a su consideración la tesis titulada: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS DE LA MOLA HIDATIFORME DURANTE LOS AÑOS 2005 – 2019. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO con el fin de optar el TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRIZ. trabajo apoyado en conocimientos y prácticas obtenidas durante nuestra vida pre profesional en nuestra alma mater y en nuestro internado. sometemos la presente tesis a su criterio y respectiva evaluación.

Trujillo, julio del 2021



Vicente Puestas Delia Ysabel

000139882



Talledo León Betania Amaresh

000140567

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	vi
Resumen.....	iii
Abstract.....	iv
PRESENTACIÓN.....	v
ÍNDICE.....	x
Índice de tablas.....	xi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO DE REFERENCIA.....	5
2.1. Marco teórico.....	5
2.2. Antecedentes del estudio.....	10
2.3. Marco conceptual.....	12
2.4. Sistema de hipótesis.....	12
2.5. Variables e indicadores.....	14
III. METODOLOGÍA.....	16
3.1. Tipo y Nivel de Investigación.....	16
3.2. Población y Muestra de estudio.....	16
3.3. Diseño de Investigación.....	17
3.5. Procesamiento y análisis de datos.....	18
3.6. Consideraciones éticas.....	18
IV. RESULTADOS.....	20
4.1. Análisis e interpretación de resultados.....	20
V. DISCUSIÓN.....	23
VI. CONCLUSIONES.....	27
VII. RECOMENDACIONES.....	28
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
IX. ANEXOS.....	36

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Distribución de las gestantes, según la presencia de Mola Hidatiforme atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo, durante el periodo 2005 – 2019	19
Tabla 2:	Características epidemiológicas (edad materna, estado civil, grado de instrucción, lugar de procedencia) de las gestantes que desarrollan embarazo molar durante los años 2005 - 2019 en el Hospital Regional Docente de Trujillo.	20
Tabla 3:	Características obstétricas (paridad, edad gestacional, antecedentes de embarazo molar y abortos previos, uso de anticonceptivos) en las gestantes que desarrollan embarazo molar durante los años 2005 - 2019 en el Hospital Regional Docente de Trujillo.	21

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Problema de investigación

Descripción de la Realidad Problemática:

La mola hidatiforme es un embarazo anormal, caracterizado por la tumefacción quística de las vellosidades placentarias y una proliferación trofoblástica variable, que se complica con hemorragia e hipertensión arterial antes de las 20 semanas de gestación. Los estudios demuestran que la influencia de esta enfermedad varía según la región geográfica del mundo y parece estar relacionado con la etnicidad.¹⁻²

Uno de los principales factores de riesgo para el embarazo molar según las investigaciones es la edad materna; el riesgo de embarazo molar aumenta en los extremos de las edades, diez veces más en mujeres mayores de 40 años y 1.3 veces en adolescentes; el aborto espontáneo aumenta el riesgo de 2 a 3. Los factores como el embarazo molar previo y los métodos anticonceptivos hormonales también pueden predisponer para esta enfermedad.³⁻⁶

A nivel mundial, la mola hidatiforme ocurre en uno de cada 15,000 embarazos, esta enfermedad tiene una incidencia en Europa y en Norteamérica (2017) de 1 a 3 por 1,500 embarazos, aumentando su frecuencia en países del Medio Oriente, África y América Latina, en algunas regiones de Asia, la frecuencia es diez veces más que en Estados Unidos. La incidencia en Japón y China es de 1 en 500, y de hasta 1 en 80 embarazos en Indonesia.⁴⁻⁶

En el Perú (2011), según el Ministerio de Salud, la incidencia general del embarazo Molar es de 0.5 a 2.5 por cada 1000 gestaciones; de estos el 20% de las pacientes desarrollan un tumor trofoblástico de la gestación metastásico o no metastásico, sin embargo, el riesgo de que se produzca una coriocarcinoma es menor, y alcanza el 3 a 5%⁶⁻⁷. En la región La

Libertad sólo existen datos a nivel hospitalario de los casos de mola hidatiforme; en las pacientes que han acudido para atención y sus datos han sido ingresados en el sistema informático perinatal; por tanto, no se tiene una estadística poblacional de esta complicación en la región.

La mayor parte de las pacientes que presentan clínicamente mola hidatiforme son gestantes que se encuentran en el II trimestre. El síntoma principal que en diversas investigaciones se menciona es la hemorragia que se encuentra en el 90 a 97% de los casos. El hallazgo de un útero de mayor tamaño que no guarda relación con amenorrea fue encontrado en el 38 a 51% de los casos. La hiperémesis puede ocurrir de 20 a 26% de los casos.⁶

La mola puede presentar complicaciones durante el embarazo y posterior al tratamiento, ya que inciden diferentes factores a una complicación catastrófica desde la pérdida del útero, hemorragias, infecciones, Sepsis, shock hipovolémico hasta la muerte de la paciente. Entre 80 – 90% de estas molas después de su evacuación, son benignas y no vuelven a dar problemas. Un 10% evoluciona hacia mola invasora y alrededor del 2.5% a coriocarcinoma.⁷

En el Perú, La Región la Libertad, se cuenta con el Hospital Regional Docente de Trujillo de nivel III que brinda atención a la macro región norte, y en particular a la madre y al niño por lo que se atiende casos de mola hidatiforme, lo que nos motivó a plantearnos el presente trabajo de investigación, que nos permitirá conocer la proporción de las características epidemiológicas y obstétricas de la mola hidatiforme para prevenir los casos y brindar una atención oportuna a las pacientes.

Formulación del problema

¿Cuáles son las características epidemiológicas y obstétricas de la mola hidatiforme durante los años 2005 - 2019 en el Hospital Regional Docente de Trujillo?

Justificación de la investigación

La mola hidatiforme es una complicación clínica, sumamente grave que puede aparecer en el embarazo, esta patología es relativamente frecuente a nivel mundial, varía según la región geográfica, el grupo etario, etnicidad, nivel nutricional, nivel sociocultural y calidad de los servicios de salud.

El presente estudio busca identificar la proporción, características epidemiológicas y obstétricas de los últimos 14 años, lo que permitirá identificar los factores de riesgo presentes en el embarazo y en mujeres en edad fértil, ya que el conjunto de atributos sociales, biológicos y patológicos independientemente o relacionados, contribuyen a desarrollar esta patología.

La relevancia social de la investigación radica en que los resultados sirvan de referencia a las distintas instituciones regionales y nacionales, pues con el manejo de la información clínica y epidemiológica se proporcionará mayor especificidad y precisión para la identificación de esta enfermedad. En la práctica aportará información importante a la comunidad académica y que los profesionales de la salud conozcan sobre la prevalencia en que se produce y puedan incrementar estrategias de salud incorporando medidas preventivas para disminuir el número de casos de mola hidatiforme, pudiendo realizar actualizaciones de las guías clínicas prácticas con las últimas tendencias

Debemos fortalecer los consultorios preconceptionales, hacer una vigilancia permanente de las características que pueda tener una población y que puedan estar relacionado con mola hidatiforme, en estos consultorios tomar en cuenta estas características para poder realizar medidas de prevención, de control, educar a las pacientes con sus derechos uno de ellos es a una vida reproductiva segura ya que también es parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y somos las Obstetras parte del equipo de

salud en velar por estos derechos y capacitar al personal en función de esta patología y así mejorar procesos de atención.

Las razones que motivaron la investigación sobre esta patología han sido de índole personal y desenvolvimiento profesional en nuestro internado, dado que es relativamente fuera de lo común, según las literaturas se dan en menores de 15 años y mayores de 40, en un contexto de problemas socio económicos y cultural que puedan condicionar o predisponer a estas anomalías.

1.2. Objetivos

1.2.1. Generales

Determinar las características epidemiológicas y obstétricas de la mola hidatiforme durante los años 2005 - 2019 en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

1.2.2. Específicos

- Determinar la proporción de embarazo molar durante los años 2005 - 2019 en el Hospital Regional Docente de Trujillo.
- Identificar las características epidemiológicas (edad materna, estado civil, grado de instrucción, lugar de procedencia) de las gestantes que desarrollan embarazo molar durante los años 2005 - 2019 en el Hospital Regional Docente de Trujillo.
- Identificar características obstétricas (paridad, edad gestacional, antecedentes de embarazo molar y abortos previos, uso de anticonceptivos) en las gestantes que desarrollan embarazo molar durante los años 2005 - 2019 en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Marco teórico

La mola hidatiforme es una proliferación del trofoblasto de la placenta humana, tiene influencia genética del padre y ocasionalmente de la madre. Se puede clasificar, en: completa y parcial.⁸⁻⁹

Las manifestaciones clínicas están relacionadas con la hipersecreción de la hormona Gonadotropina coriónica humana (B-GCH) es un marcador sensible que se relaciona con la persistencia de esta enfermedad, está hiperplasia trofoblástica se identifica adquiriendo la morfología de bandas y cúmulos de vesículas, con degeneración hidrópica de las vellosidades coriales que confieren el tipo de aspecto de “racimos de uvas”, (proliferación del cito- y sincitiotrofoblasto) ausencia de vascularización y de elementos fetales.¹⁰⁻¹¹

Una de las principales formas para detectar la hormona Gonadotropina coriónica humana en la mola hidatiforme es a través de los exámenes en sangre y orina, siendo el principal marcador biológico para el diagnóstico, control y seguimiento. ¹⁰

La mola hidatiforme es sensible a la quimioterapia, pudiendo reducir la posibilidad de que se desarrolle una neoplasia posterior. Otras de las recomendaciones que refiere la literatura médica para el manejo es la extirpación del útero y hacer una observación constante de los niveles séricos de gonadotropina ¹⁰⁻¹⁴

La anatomía patológica, de las siguientes alteraciones se encuentran en ambos tipos de mola, pero son más intensos en la mola completa. Degeneración hidrópica, de las vellosidades coriales que adquieren la forma de vesículas redondeadas (2-20 mm de diámetros), aisladas unas de otras y llenas de un líquido albuminoso, hiperplasia o proliferación del epitelio coriónico (sincitio y citotrofoblasto) con mayor o menor grado de displasia, pero sin signos de anaplasia (se conserva el patrón histológico de las vellosidades). Escasez o ausencia de vascularización en las vellosidades^{13, 15}.

Dentro de la clasificación del embarazo molar, el tipo de mola que se identifica de manera rápida es la completa o clásica, se origina de la fertilización de un óvulo por

un espermatozoide haploide que posteriormente duplica sus propios cromosomas; lo que ocasiona que todo el contenido genético sea paterno.^{15,16} El núcleo del óvulo puede o no estar desactivado y el cariotipo usualmente es 46XX, o también puede deberse a un óvulo vacío (sin material genético) fecundado por dos espermatozoides (dispermia).^{8,11-14}

Esta mola completa en sus primeras semanas presenta una apariencia desordenada, semejante a un racimo de uvas y sin la presencia de embrión, pero transcurridas las 12 semanas de gestación se evidencia una trombosis y una regular área de necrosis hemorrágica, que hace cambiar su aspecto al microscopio. Se ha constatado que en otros escenarios la cavidad uterina presenta vellosidades hidrópicas en abundancia. La característica histológica más evidente es la hiperplasia bimorfa del trofoblasto (cito y sincitiotrofoblasto). Ocurre en todo el contorno de la vellosidad hidrópica, el edema del estroma es de intensidad variable¹⁵⁻¹⁷.

La gradación de la atipia celular puede variar. Lo recomendado y lo que manda la bibliografía es la extirpación del útero y hacer una observación constante de los niveles séricos de gonadotropina. Se debe tener en cuenta una mola invasora o el crecimiento subsiguiente de una coriocarcinoma. Evidencia características morfológicas: no se observan tejidos embrionarios o fetales, alteraciones de forma (borrosa o “completa”), proliferación excesiva del cito y sincitiotrofoblasto (hiperplasia del trofoblasto), vellosidades coriales dilatadas con formación de cisternas, pleomorfismo nuclear aumentado y vasos sanguíneos en las vellosidades están ausentes o colapsados y siempre vacíos, lo que sugiere la ausencia de feto y circulación fetal¹⁴.

La segunda presentación de esta patología es la mola hidatiforme parcial que tiene un conjunto de cromosomas unicelular (69 cromosomas) por contribución del padre. Cuando se evidencia un feto con mola parcial presenta retardo del crecimiento tipo I y usualmente múltiples malformaciones congénitas¹⁴, asociado a una placenta de desarrollo normal. En los casos de la mola hidatiforme parcial existe feto, pero su evolución es casi siempre anormal.¹⁷

Se ha comprobado que las molas completas son diploides y las parciales, generalmente triploides, confirmado más adelante en otras investigaciones.¹⁶

Entre los determinantes o factores de riesgo relacionados a la mola hidatiforme se encuentran, antecedentes obstétricos y factores nutricionales. Los embarazos en mujeres añosas mayores de 35 años tienen mayor riesgo de producir una mola hidatiforme;¹⁸⁻¹⁹ los antecedentes de aborto tienen un riesgo 32 veces más de quienes no han tenido²⁰. La Nuliparidad; paciente con dietas bajas en vitaminas A y grasa animal. ^{16,19-21}

Uno de los principales factores de riesgo para el embarazo molar según las investigaciones es la edad materna; el riesgo de embarazo molar aumenta en los extremos de las edades, diez veces más en mujeres mayores de 40 años y 1.3 veces en adolescentes; el aborto espontáneo aumenta el riesgo de 2 a 3. Los factores como el embarazo molar previo y los métodos anticonceptivos hormonales también pueden predisponer para esta enfermedad.^{3-5,27}

El factor principal de riesgo para el desarrollo de mola Hidatiforme es la edad materna, en especial para mola completa. Se dice que mujeres se encuentran en los extremos de edad reproductiva son más propensas a esta enfermedad. Mujeres en edades menores a 15 años tienen seis veces más riesgo de mola hidatiforme que aquellas que se encuentran entre el rango de 15 y 40 años, las mujeres mayores de 40 años tienen de 5-10 veces mayor riesgo, y aquellas mayores de 50 años tienen una posibilidad de 1 en 3 de tener un embarazo molar. El antecedente de un embarazo molar previo es un factor de riesgo, aumenta el riesgo 20 veces más que en la población general.¹⁷

Trabajos previos han demuestran que el riesgo de padecer la mola hidatiforme recurrente es mayor después de haber presentado un embarazo molar previo, siendo de 1,5% para una mola completa y 2,7% para una parcial.²²

También se evidencian factores genéticos, localizados en locus específicos, que parecen determinar cierta predisposición a padecer la enfermedad (cromosoma).²³

Clínicamente, se sospecha de mola hidatiforme cuando en la primera mitad de la gestación se detecta: Sangrado vaginal (ginecorragia), es el signo más frecuente

(97%). Se presenta en forma irregular, intermitente o continuo, usualmente en cantidad moderada y sin dolor, de aspecto achocolatado, con o sin coágulo, útero blando, de volumen mayor al correspondiente para la edad estacional (en algunos casos el útero puede ser acorde o de menor volumen con la edad gestacional). En los controles sucesivos puede encontrarse que la altura uterina varía de un control a otro, aumentando o disminuyendo debido a la alternancia entre la formación de coágulos (que rellenan la cavidad uterina) y su posterior expulsión; hiperémesis gravídica; preeclampsia de aparición precoz (antes de las 20 semanas); ausencia de signos fetales; ovarios aumentados de tamaño por la presencia de quistes tecaluteínicos, que se originan por estimulación ovárica de la gran cantidad de HCG que secreta la mola hidatiforme; expulsión de vesículas semejantes a uvas (signo patognomónico, pero infrecuente, tardío y excepcional); e hipertiroidismo, por similitud entre las subunidades alfa de la HCG y TSH.²⁴

Pruebas diagnósticas con ecografía, es el método de elección, sobre todo a partir de las 12 semanas. Se evidencia los siguientes signos: ausencia de estructuras embrionarias (en las molas completas), no así en las molas parciales, presencia de vellosidades coriales vesiculares (imagen en copos de nieve) y en la mola parcial hay espacios quísticos en la placenta. La HCG es el marcador bioquímico más importante, útil para el diagnóstico y el seguimiento. Sus niveles se hallan y mantienen elevados en casos de mola hidatiforme, tanto en suero como en orina. No obstante, cifras altas son anormales en casos de gestación múltiple. Sin embargo, cifras normales no descartan la Enfermedad trofoblástica gestacional dado que algunas molas cursan con valores normales de HCG.^{3,25}

El primer tratamiento en una mola hidatiforme para conservar la posibilidad de fertilidad es la evacuación uterina mediante succión y curetaje, sin importar el tamaño uterino; en caso la mujer ya tenga una paridad satisfecha, la histerectomía es un procedimiento alternativo, ya que disminuye la necesidad de quimioterapia subsecuente al eliminar el riesgo de invasión miometrial en caso de enfermedad trofoblástica. Si es un embarazo mayor a las 16 semanas, se debe contar con unidades de sangre por el riesgo de hemorragias severas. Se le debe administrar inmunoglobulina anti-D a las mujeres Rh negativas a la hora del procedimiento, debido a que el factor RhD se expresa en el trofoblasto.²⁶

En el control posterior a la evacuación molar se debe realizar una radiografía torácica, pues la zona predilecta de metástasis pos-evacuación son los pulmones; anticoncepción hormonal oral durante un año. En pacientes con alto riesgo de presentar enfermedad trofoblástica gestacional maligna, por lo que deben recibir quimioterapia profiláctica, es necesario determinar el estadio clínico y clasificar la enfermedad trofoblástica gestacional. En caso no sea posible un seguimiento adecuado de la paciente, se puede administrar metotrexato o actinomicina D los 2 primeros meses de control en los siguientes casos: Curva de regresión anormal de HCG, estabilización durante 3 o más semanas consecutivas, aumentando del título durante 2 semanas consecutivas y descenso lento que no llega a lo normal.²⁵⁻²⁶

2.2. Antecedentes del estudio

Internacionales:

Flórez C, Sandoval D, Álvarez O, y cols (Chile-2016)¹². Realizaron un estudio de caso clínicos; acerca de, “Embarazo molar de 25 semanas con feto vivo. Reporte de autopsia”. La investigación se basó en una paciente primigesta de 21 años, gestación de 25 semanas con diagnóstico de preeclampsia y óbito fetal de sexo masculino de 615gr, al realizarse la autopsia demostró malformaciones múltiples con agenesia del cuerpo calloso, hidrocefalia supratentorial, hipoplasia cerebelosa, meningocele sacro, micropene, hipospadias y retardo del crecimiento intrauterino, la placenta de 750 g demostró hallazgos de enfermedad trofoblástica gestacional de tipo mola parcial, la conclusión de este estudio histopatológico de la placenta y del producto de la gestación permiten el diagnóstico definitivo para poder determinar el seguimiento de la paciente y disminuir así las complicaciones. Este estudio aporta a nuestro trabajo evidencias de la evolución de una mola hidatiforme parcial.

Ávila V, (México-2017)²⁷ en su estudio de casos clínicos; acerca de, “mola hidatiforme coexistente con feto vivo después de las 20 semanas de gestación: reporte de dos casos” realizado en hospitales de segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. En su informe realiza el reporte de dos casos clínicos que desarrolla la evolución clínica presentada en estas dos pacientes con mola hidatiforme, en el primer caso era un embarazo gemelar, con existencia de un solo feto vivo atendido por cesárea a las 33 semanas, con sobrevivencia del feto. En el Caso 2: de mola hidatiforme terminado en cesárea, donde el producto no sobrevivió. Este trabajo de investigación nos brinda las bases teóricas de la evolución de la mola hidatiforme.

Castro V, (Ecuador-2018).²⁸ “Realizaron un estudio de tipo retrospectivo, no experimental, longitudinal; sobre el “Factor de riesgo del embarazo molar en el Hospital Liborio Panchana”. La Tesis determinó factores asociados al embarazo molar en pacientes asistidas en dicho hospital, que ingresaban por emergencia, luego de ser evaluadas con los exámenes complementarios, resultó que las complicaciones más registradas fue la hemorragia, anemia e infecciones; el

tratamiento en la mayoría de estas pacientes fue Aspiración Manual Endouterina (AMEU); aportando a nuestra investigación los signos más frecuentes que ocasiona una mola hidatiforme.

Tenorio P, Avelar T, Barros E (Brasil-2019)³⁰. Realizaron un estudio cualitativo acerca de, “Embarazo molar: del sueño al duelo”. Este estudio buscó la respuesta emocional de las mujeres que experimentaron la pérdida del embarazo por causa de esta enfermedad, este estudio se realizó en 15 pacientes, donde el resultado fue un proceso de duelo, un duelo no reconocido por las mujeres y sus familiares, debido al desconocimiento de la enfermedad, el estigma de cáncer y pérdidas secundarias derivadas del tratamiento; aporta a nuestra investigación la importancia emocional por el desconocimiento de la prevalencia y de las consecuencias de morbilidad de una mola hidatiforme.

Nacional:

Las investigaciones realizadas a nivel nacional son de más de 5 años y tratan sobre la clínica de la mola hidatiforme, que se describe en investigaciones a nivel internacional, que por tanto en las revisiones que en estudios nacionales no se ha encontrado una bibliografía más actualizada para citar.

Local:

García L, (Trujillo-2016).³¹ Realizó un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles; acerca de, “Multiparidad como factor de riesgo para enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Belén de Trujillo”. Se encontró que la multiparidad está presente en el 32% de estos embarazos y la nuliparidad de 8%. La multiparidad es un factor de riesgo asociado a enfermedad trofoblástica con un odds ratio de 5.41 Para nuestro trabajo, el aporte de esta investigación nos permite tomar en cuenta la visión de la importancia no solo de un embarazo molar sino los factores de riesgo relacionados a este embarazo.

2.3. Marco conceptual

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: Es cualquier aspecto o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas, que se asocia con un aumento de riesgo de padecer, desarrollar o estar expuesto a un proceso mórbido.³²

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS: Es toda característica o circunstancia detectable en la embarazada que se asocia con un incremento en la probabilidad de que ocurre un daño a la salud para ella o su hijo durante el embarazo, el parto o puerperio.³³

MOLA HIDATIFORME: Es un problema degenerativo del trofoblasto que se complica con hipertensión arterial antes de las 20 semanas de gestación³³

2.4. Sistema de hipótesis

Por el tipo de investigación la hipótesis no será desarrollada

2.5 Variables e indicadores (Cuadro de operacionalización de variables)

Variables	Definición Operacional	Escala de medición	Indicador	categoría	Índice
Características Epidemiológicas	Son elementos o factores de riesgo que determinan la aparición de un evento o enfermedad, para ciertos grupos de población.	Cuantitativa ordinal	Edad materna	Edad en años 12-19 20 - 29 30 - 49	12 - 49
		Cualitativa nominal	Estado civil	Casada Conviviente Soltera Otro	Si / No
		Cualitativa nominal	Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior universitario Superior no Universitario	Si / No
		Cualitativa nominal	Lugar de procedencia	Urbano Rural	Si / No
Características Obstétricas	Son aspectos observables y medibles en una gestante, que pueden predisponer a un determinado comportamiento o cambio materno.	Cualitativa nominal	Paridad	Nulíparas No nulíparas	Si / No
		Cualitativa ordinal	Edad gestacional	De 0 a 12 semanas De 13 a 26 semanas	De 0 - 26 semanas
		Cualitativa nominal	Antecedente de embarazo molar	Embarazo previo molar	Si / No

		Cualitativa nominal	Abortos previos	Aborto previo	Si / No
		Cualitativa nominal	Uso de anticonceptivos	Uso de MAC	Si / No

2.5.1. Tipos de variables

2.5.1.1. Variable dependiente

Características epidemiológicas y obstétricas

2.5.1.2. Variable independiente.

Mola hidatiforme

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Nivel de Investigación

Básica - Descriptiva

3.2. Población y Muestra de estudio

3.2.1. Población:

La población escogida como objeto de estudio, fue conformado por 55239 gestantes que se atendieron en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante los años 2005 – 2019.

3.2.2. Muestra:

La muestra de estudio estuvo conformada por el 100% de la población que al aplicar los criterios de inclusión y exclusión quedo en 172 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de mola hidatiforme atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2005 – 2019.

Criterios de inclusión:

-Gestantes sin límite de edad, que presenten diagnóstico médico de enfermedad trofoblástica gestacional, durante el período de 01 enero de 2005 hasta 31 diciembre de 2019.

-Historias clínicas con todos los datos necesarios para la medición de las variables de estudio.

Criterios de exclusión:

-Historias clínicas incompletas.

Unidad de Análisis

Historias Clínicas de las pacientes

3.3. Diseño de Investigación

Estudio Descriptivo Retrospectivo



M = Muestra

O = Observación de las muestras

3.4. Técnica e instrumento de investigación

Técnica: Se utilizó para la investigación una ficha de recolección de datos, a través de la revisión de la historia clínica.

Instrumento: Se recolectó datos de las historias clínicas de mola hidatiforme del Hospital Regional Docente de Trujillo. En la primera parte se obtuvieron las características epidemiológicas (edad, historia clínica, estado civil, grado de instrucción, lugar de procedencia), en la segunda parte se recolectó datos de las características obstétricas (paridad, edad gestacional, antecedente de aborto, uso de anticonceptivo).

Procedimiento:

Se ingresó 172 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de mola hidatiforme, atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo, durante los años 2005 hasta el 2019 y que cumplieran con los siguientes criterios de selección, para ellos se solicitó autorización a dicho hospital para la realización de la investigación.

- Se solicitó Permiso a la Oficina de docencia e Investigación del HRDT.

- Se realizó la revisión de las historias clínicas perinatales de las pacientes que entran en nuestra muestra que son 172 pacientes que presentaron mola hidatiforme del Hospital Regional Docente de Trujillo.
- Se recogió los datos necesarios que correspondan a las variables de estudio, las cuales se incorporó a la ficha de recolección de datos.
- Luego se continuó con el llenado de la ficha de recolección de datos hasta completar los ítems establecidos para nuestra investigación.
- Filtramos los datos para proceder a realizar el análisis de la información.
- Finalmente se tabuló los datos extraídos para procesarlo y obtener resultados.

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados fueron procesados y analizados de manera automatizada haciendo uso de la hoja de cálculo en Microsoft Excel realizándose una depuración de los datos. Los datos fueron posteriormente exportados en una matriz del programa SPSS 26 para el procesamiento de los datos para obtener el número y a partir de allí tabular los resultados para así presentar los resultados en tablas y/o gráficos con los resultados de acuerdo a los nuestros objetivos planteados.

3.6. Consideraciones éticas

En la realización de la presente investigación se tomó en cuenta la Declaración de Helsinki³⁴ y el código del Colegio de Obstetras del Perú, considerando en todo momento salvaguardar en el anonimato los nombres de las historias clínica, con los siguientes criterios: procesos del consentimiento informado, no pago a los participantes, veracidad de los datos e inocuidad.

Limitaciones:

Los datos presentados fueron obtenidos en el mes de febrero del 2020; en la revisión de las historias clínicas no se encontró registro de antecedentes de mola

hidatiforme. Con respecto al uso anterior a la mola hidatiforme, de métodos anticonceptivos no se encontró registro en la mayoría de historias clínicas. Por lo cual los datos de antecedentes de embarazo molar no fueron considerados en la tabla de resultado.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación de resultados

Tabla 1

Distribución de las gestantes, según la presencia de Mola Hidatiforme atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo, durante el periodo 2005 - 2019

Presencia de Mola Hidatiforme	Frecuencia	Porcentaje
NO	55053	99.7%
SI	186*	0.3%
Total	55239	100%

Fuente: Ficha recolección de datos de historias clínicas del SIP realizada por las autoras. Hospital Regional Docente de Trujillo

- Se consideró todas las pacientes que tuvieron mola hidatiforme durante los años 2005 a 2019; pero en nuestra población sólo se analizaron 172 que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 2:

Características epidemiológicas (edad materna, estado civil, grado de instrucción, lugar de procedencia) de las gestantes que desarrollan embarazo molar durante los años 2005 - 2019 en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

Características epidemiológicas	N°	%
Edad		
De 12 a 19 años	48	27.9
De 20 a 29 años	73	42.4
De 30 a 49 años	51	29.7
Estado civil		
Casada	19	11.1
Conviviente	121	70.4
Soltera	31	18.0
Grado de Instrucción		
Analfabeta	8	4.7
Primaria	51	29.7
Secundaria	90	52.3
Superior No Universitaria	16	9.3
Superior Universitaria	7	4.1
Lugar de Procedencia		
Urbano	149	86.6
Rural	23	13.4
Total	172	100

Fuente: Ficha recolección de datos de historias clínicas del SIP realizada

por las autoras. Hospital Regional Docente de Trujillo

Tabla N°3:

Características obstétricas (paridad, edad gestacional, antecedentes de embarazo molar y abortos previos, uso de anticonceptivos) en las gestantes que desarrollan embarazo molar durante los años 2005 - 2019 en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

Características Obstétricas	N°	%
Paridad		
Nulípara	56	32.6
No Nulípara	116	67.4
Edad Gestacional		
De 01 a 12 semanas	106	61
De 13 a 26 semanas	66	38.4
Antecedente de aborto		
No	119	69.2
Si	53	30.8
Uso de Anticonceptivo		
No	79	45.9
si	93	54.1
Total	172	100

Fuente: Ficha recolección de datos de historias clínicas del SIP realizada por las autoras. Hospital Regional Docente de Trujillo

V. DISCUSIÓN

En el presente estudio realizado en el Hospital Regional Docente de Trujillo, en la tabla 1, se observa la distribución de las gestantes, según la presencia de Mola Hidatiforme durante el periodo 2005 – 2019 fueron atendidos 55239 pacientes gestantes de la cuales 186 presentaron diagnóstico de Mola Hidatiforme, sin embargo, de acuerdo a nuestros criterios de inclusión y exclusión solo 172 son nuestra población, el cual representa el 0.3% para el periodo de estudio.

Al comparar nuestros datos con los de Sánchez (2015)²⁷ los datos son similares con nuestra incidencia de embarazo molar que fue de 4,031 por 1000 embarazos. Nos muestra que la incidencia de esta enfermedad es relativamente baja.

A nivel mundial la mola hidatiforme ocurre en uno de cada 15,000 embarazos, en Europa y Norteamérica 1 a 3 por 1,500 embarazos mientras que Asia Medio Oriente y África la frecuencia es diez veces más hasta 1 en 500 y 1 en 80 en Indonesia.⁴⁻⁶ Los datos a nivel mundial nos muestran que la incidencia puede influir la raza, ya que la mayor frecuencia es en países del medio oriente. La incidencia en el Perú sobre el embarazo molar es de 6.6 por cada 1000 embarazos⁶⁻⁷; actualmente no se han encontrado datos sobre incidencia en la región la libertad sobre Mola Hidatiforme.

En la tabla 2 se observa las características epidemiológicas (edad materna, estado civil, grado de instrucción, lugar de procedencia) de las gestantes que desarrollaron embarazo molar durante los años 2005 - 2019 en el Hospital Regional Docente de Trujillo; el mayor rango de edad fue de 20 a 29 años con un 42.4%, estado civil conviviente 70.4%, grado de instrucción secundaria 54.3%, lugar de procedencia urbano 86.6%.

En las investigaciones de Guamán. A y Lazo. J en el 2016³⁵ y Hernández S, Vega M, Niebla D y Cols (México 2016)³⁶,

presentan una similitud con nuestra variable de edad, sus resultados mostraron mayor frecuencia en los rangos de 21 a 30 años y de promedio de 23 años en pacientes con embarazo molar.

La literatura afirma que el principal factor de riesgo asociado con la mola hidatiforme completa es la edad, se presenta en mujeres menores de 20 años o mayores de 40. Las mujeres mayores tienen un riesgo de 5 a 10 veces más que en mujeres jóvenes: dado que las jóvenes suelen quedar embarazadas con más frecuencia, es por eso que el número de embarazos molares completos se da en mujeres menores de 35 años.²⁷

Cruz H el 2019³⁷ es similar al estudio con respecto a la variable de estado civil, mostró que la mayor frecuencia fue en mujeres que tenían condición civil de conviviente con un 20%.

El estado Civil se denomina a la situación que se encuentra una persona en relación con otra con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin ser parientes en unión familiar con derechos y deberes al respecto. Su importancia como factor de embarazo molar se debe a que influyen en el tamaño y la estructura del hogar y la familia es patente. Se planifican los embarazos en el estado de casada, a comparación del estado conviviente.³⁸

El grado de instrucción es un factor primordial a analizar ya que tiene mucha influencia en la comprensión y seguimiento de un signo de alarma en el embarazo.

Cruz H el 2019³⁷ en su estudio mostró que el 60% de las mujeres estudiaron hasta el nivel secundario. Datos similares a la nuestra investigación.

El grado de instrucción es el nivel de estudio de una persona; y es un factor para un embarazo molar, las mujeres de mayor nivel educativo tienen una menor fecundidad, tienen mayor educación sobre planificación familiar por lo cual así se puede evitar un embarazo no deseado.³⁷

El estudio de Huamán. D 2019²¹ en el Hospital de Huancayo encontró un mayor porcentaje en procedencia urbana (72.1%) coincidiendo con nuestro estudio.

El lugar de procedencia es una característica social aplica poder saber la situación económica de la cual las pacientes provienen; no obstante, se observa que las mujeres de las zonas urbanas tienen mayor accesibilidad a servicios de salud y mejores condiciones de vida que las mujeres de las zonas rurales, pero sin embargo tienen un porcentaje más alto de riesgo.³⁸

En la tabla N°3 se observa las características obstétricas (paridad, edad gestacional, antecedente de aborto, uso de anticonceptivos) de las gestantes que desarrollan embarazo molar durante los años 2005 – 2019 en el Hospital Regional Docente de Trujillo; en donde la paridad las no nulíparas con el 67.4%, edad gestacional de 01 – 12 semanas 61%, no presentaron antecedente de aborto el 69.2 % y usaron método anticonceptivo posparto el 54.1%.

García L, (Trujillo-2016)³¹ encontró que la multiparidad fue del 32% de estos embarazos y la Nuliparidad de 8%, datos similares con nuestra investigación.

Fletcher (Panama-2002) demostró que la nuliparidad está asociada al desarrollo de embarazo molar en el 60% de pacientes durante su primera gestación,³⁹ datos que no coinciden con nuestra investigación.

La multiparidad constituye un factor de riesgo muy importante en el embarazo, parto o puerperio relacionándose estrechamente con la morbi-mortalidad materna y otras complicaciones a las que predispone en la gestación entre ellos en estudios realizados se ha encontrado vinculado con desarrollo de enfermedad trofoblástica gestacional.¹¹

Se estima que la frecuencia de edad gestacional en las primeras semanas de gestación fue de 80% a 90% de los casos, y es poco probable que lleguen a segundo o tercer trimestre de gestación.

Guaman, A y Lazo, J (2016)³⁵ muestra similitud con nuestro trabajo respecto a la variable edad gestacional, mostrando mayor frecuencia de embarazo molar entre las 9 a 13 semanas, con un porcentaje del 50%.

El estudio de Cruz H (2019) ³⁷ no presenta similitud con lo encontrado con nuestra variable de aborto previo, se aprecia que la mayoría tuvo esta característica,

aunque un buen porcentaje de las mujeres no la tuvieron. Este autor confirma que es un factor de riesgo para la enfermedad trofoblástica gestacional, especialmente el aborto espontáneo aproximadamente en un 60%. Shamshiri H. (2017)⁴⁰ en su estudio presenta similitud con el nuestro respecto a la variable de aborto previo con un porcentaje de 75.6%.

El aborto previo duplica el riesgo de padecer un embarazo molar, siendo más común en el caso de abortos espontáneos, en pacientes que han presentado dos o más abortos existe un riesgo 32 veces mayor de padecer la enfermedad trofoblástica gestacional en relación a la población general.³⁶

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos Huanca; J, Aranzabal, G y Chanduvi W ⁴¹, en su estudio demostró que el 92.8% no usa métodos anticonceptivos, teniendo diferencia con lo encontrado en nuestro estudio, esto puede deberse a que en el servicio de Gineco Obstetricia se realiza la consejería y administración de métodos anticonceptivos post aborto y post parto inmediato; garantizando la prevención del embarazo y el espaciamiento óptimo de las pacientes.

VI. CONCLUSIONES

La proporción de embarazo molar fue de 0.3% en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante periodo 2005 – 2019.

Las características epidemiológicas de los casos son: edad entre 20 a 29 años el 42.4%, estado civil conviviente el 70.4% grado de instrucción secundaria el 52.3%, y el lugar de procedencia de las pacientes fue urbano con 86.6%.

Las características obstétricas de los casos son: no nulíparas el 67.4%, edad gestacional entre una y doce semanas el 61%, sin antecedentes de aborto el 69.2% y con uso de método anticonceptivo después del embarazo molar el 54.1%.

VII. RECOMENDACIONES

1. El sector salud debe concientizar a la población de zonas urbanas y rurales a través de talleres educativos, orientación y consejería acerca de los riesgos de la multiparidad e impulsar más los beneficios de la planificación familiar.
2. Al ministerio de Salud y servicios de salud, que realicen capacitaciones constantes a todo el equipo de salud, para así poder mejorar, reforzar conocimientos, habilidades y destrezas en el manejo de emergencias obstétricas desde el primer hasta el tercer nivel de atención.
3. Al equipo de salud, en especial a las obstetras, debemos hacer el correcto seguimiento a las pacientes que han sufrido alguna patología en especial la mola hidatiforme, verificar si realizan sus controles respectivos, en cuanto al control de β hcg, ecográfico y su método anticonceptivo para evitar un próximo embarazo durante el periodo de 6 meses.
4. Al Hospital Regional Docente de Trujillo, departamento de Gineco-Obstetricia, que se encarga en la atención de la mujer en edad fértil, se sugiere implementar campañas de información y concientización acerca de los factores de riesgos epidemiológicos y obstétricos relacionados a la mola hidatiforme, y los beneficios de un control prenatal temprana y oportuna para limitar las complicaciones y tener conocimiento sobre mola hidatiforme.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tovar JM, Medel I, Acosta G, Vargas V. Características clínicas de paciente con enfermedad trofoblástica gestacional complicada con enfermedad hipertensiva. *Ginecol Obstet Mex* 2013; 81:578-586. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom1310c.pdf>
2. Pacheco J, Alegre J, Paniagua G. Características clínicas anatomopatológicas en mola hidatiforme. Perú- 2002. Vol. 63 n°4. pp 275.280. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/anales/v63_n4/pdf/caracteristicas_clinicas.pdf
3. Huanca J, Aranzabal G, Chanduví W. Factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en un Hospital de Referencia Peruano. *Rev. Fac. Med. Hum.* vol.20 no.1 Lima ene./mar. 2020. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n1/2308-0531-rfmh-20-01-64.pdf>
4. Arriagada R, Novoa R, Urrutia P. mola hidatiforme completa con preeclampsia e hipertiroidismo: presentación clásica. Chile 2017. *Rev. obstet. ginecol.* vol.82 no.1 Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v82n1/art11.pdf>
5. Rodríguez H, Monsanto K, Colón J. Enfermedad trofoblástica gestacional en restos ovulares obtenidos de pacientes con abortos espontáneos. Venezuela 2016. *Rev Obstet Ginecol.* Vol.76 N° 2 Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/og/v76n2/art02.pdf>
6. Ministerio de Salud. Guía práctica clínica del servicio de Ginecología Lima Perú:Hospital Nacional Aezobispo Loyza; 2011. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1889.pdf>
7. Suárez A, Santana R, Pantoja C, Pérez C, Vázquez H. Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional detectada por el estudio histopatológico rutinario de los especímenes obtenidos de abortos Artículo original *Ginecol Obstet Mex*

2008;76(2):81-87.

Disponible

en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom082c.pdf>

8. Sheik. S. Al-Riyami. N. Mathew. N. Al-Sukaiti. R. Qureshi. A. Mariam Mathew. M. Twin Pregnancy with a Complete Hydatidiform Mole and a Coexisting Live Fetus. SQUMJ [Internet]. 2015 nov. 15(4): 550–553. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4664104/>
9. Ezpeleta J, López A. Enfermedad trofoblástica gestacional, aspectos clínicos y morfológicos. España 2002. Rev. vol. 35, N° 2. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen35/vol35-num2/pdf%20patologia%2035-2/35-2-07.pdf>
10. López L, Oliva J, Pérez J, Hernández E, Hernández T. Mola parcial. Rev cubana Obstet Ginecol vol.38 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2012. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin16312.pdf>
11. De Agustín P, Ruiz A, López F, Contreras F. Patología de la enfermedad trofoblástica. Simposio Enfermedad Trofoblástica. Nicaragua 2011Pág 79-98. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/patrevlat/rlp-2009/rlp092d.pdf>
12. Flórez C, Sandoval D, Álvarez O, García E. Embarazo molar de 25 semanas con feto vivo. Reporte de autopsia. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.81 no.6 Santiago dic. 2016. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v81n6/art08.pdf>
13. Martínez C, mola hidatiforme. Argentina- 2016. REV INT SALUD MATERNO FETAL – YO OBSTETRA. 2016. Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/59/61>
14. Sebire NJ, Foskett M, Fisher RA, Rees H, Seckl M, Newlands E. Risk of partial and complete hydatidiform molar pregnancy in relation to maternal age. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2002; 109:99–10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3237206/>

15. Carrillo L, Alonso Y, Gutiérrez M, Couret M, Festary A, Pino G. Mola hidatiforme parcial del segundo trimestre. Rev cubana Obstet Ginecol vol.44. n°.2 Ciudad de la Habana abr.-jun.2018. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v44n2/gin14218.pdf>
16. Nguyen NM, Slim R. Genetics and Epigenetics of Recurrent Hydatidiform Moles: Basic Science and Genetic Counselling. Curr Obstet Gynecol Rep. 2014; 3:55-64. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13669-013-0076-1>
17. Juárez A, Dominguez L, Durán M. mola hidatiforme parcial con feto vivo del segundo trimestre. Chile 2010. Rev. chil. obstet. ginecol. v.75 n.2. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n2/art11.pdf>
18. Szulman AE, Surti U The syndromes of hydatiform mole II. Morphologic evolution of the complete and partial mole. Am J Obstet Gynecol.2010; 132: 20-7. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/0002-9378\(78\)90792-5/pdf](https://www.ajog.org/article/0002-9378(78)90792-5/pdf)
19. Zhou Xi, Chen Y, Li Y, Duan Z. Progresión parcial de la mola hidatiforme a mola invasiva con metástasis pulmonar después de la fertilización in vitro. China 2012; 1: 259. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262010000200011&lng=n&nrm=iso
20. Jacobs PA, Wilson CM, Sprenkle JA, Rosenshein NB, Migeon BR. Mechanism of origin of complete hydatidiform moles. Nature 2013; 286: 714-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/286714a0>
21. Huamán D. Características de la enfermedad Trofoblástica gestacional en pacientes del Hospital El Carmen Huancayo 2015-2018. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Huancayo -Perú 2019. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2174915>
22. Espinoza, Fernández R, Solar T. Actualización en patología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias. Costa Rica 2019 Rev Med. Vol. 4 N° 5 p. 44-59. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/193/513>

23. Mancebo B, Valenzuela C, Tavarez D, Valenzuela J, Medrano L, Lerebours M. Frecuencia y factores asociados de la enfermedad trofoblástica gestacional, en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. Rev Med Dom [Internet] 2010 [citado 12 abr. 2015]; 71(3): 37-39. Disponible en: <http://www.bvs.org.do/revistas/Rmd/2010/71/03/RMD-2010-71-03-037-039.pdf>
24. Ngan HY, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, Lurain JR, Massuger L. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2018 Oct;143(S2):79-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12615>.
25. Guía de práctica clínica y de procedimientos en Ginecología. Ministerio de salud Instituto Nacional Materno Perinatal. N° 054-2018. DG. inmp/minsa. Disponible en: file:///C:/Users/GUIA_GINECOLOGIA_INMP.pdf
26. Coronado J; Marquina G; Diestro M ; Sonsoles A ; Sánchez A; Hardisson D ; Montoliu G ; Santaballa A ; Casado A ; Domingo S Y cols. Enfermedad Trofoblástica Gestacional-Manual de asistencia a la Patología Obstétrica; 2009. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n3/05-GAP-enfermedad-trofoblastica-gestacional.pdf>
27. Ávila V, Cardona O, Guzmán G, Espínola M, Caballero R, Di Castro S, Vadillo O. Mola hidatiforme coexistente con feto vivo después de las 20 semanas de gestación: reporte de dos casos. Ginecol.obstet.Méx.vol.85 n°.12Ciudad de México dic 2017. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n12/0300-9041-gom-85-12-853.pdf>
28. Castro V. Factores de riesgo del embarazo molar en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Ecuador-2018. Tesis para optar el Título de médico. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30537/1/CD%202255-%20CASTRO%20VASQUEZ%20VANESSA%20PIEDAD.pdf>
29. Sánchez A. Factores de riesgos asociados a embarazo molar en gestantes atendidas en el servicio de Gineco–Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre enero 2010- diciembre 2014. Disponible en:

https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/3771/Alfredo_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

30. Tenorio P, Avelar T, Barros E. Embarazo molar: del sueño al duelo. Boletín Academia Paulista de Psicología, São Paulo, Brasil - V. 39, nº97, p. 193 - 206 193. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v39n97/a05v39n97.pdf>
31. García L, Multiparidad como factor de riesgo para enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Belén de Trujillo. 2016. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2207>.
32. Moreno A, López S, Corcho A. Principales medidas en epidemiología. Salud Pública de México. vol 42. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2232/223219928011.pdf>
33. Delgado R. Características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el hospital Santa Rosa, 2000 – 2015 [tesis para optar por el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Lima (PER): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4686/Delgado_er.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Gonzales T. Investigación que involucra seres humanos: análisis de las modificaciones de la Declaración de Helsinki. BIOMEDICINA, 2012, 7 (2) |15 – 21. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>
35. Guamán A, Lazo J. Características de la enfermedad trofoblástica en pacientes del área de gineco - obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo comprendido entre enero del 2010 y enero del 2015. Proyecto de investigación previa a la obtención del título de médico. Cuenca - Ecuador 2016. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24575/1/Tesis.pdf>
36. Hernández S, Vega M, Niebla D, Audifred D, Hal W. V Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional en un hospital general. Ginecol Obstet Mex. 2016

jun;84(6):377-382. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom166g.pdf>

37. Cruz H. Factores socio culturales y Gineco obstétricos asociados a la Mola Hidatiforme en mujeres atendidas en el Hospital III Essalud Puno 2016 al 2018. Monografía para optar por el título de segunda especialidad en Enfermería en Gineco Obstetricia. Puno- Perú 2019. Disponible en:
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/10753/Cruz_Marca_Hilda.pdf?sequence=1&isAllowed=y
38. Rodriguez L. Características Clínico - epidemiológicos y factores de riesgo de enfermedad trofoblásticas gestacional en el Hospital Nacional Dos de Mayo ; 2005-2015. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2018. Disponible en:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7595/Rodriguez_sl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
39. Fletcher J, Guillén J, Romero JC, Sandoval J. Factores Asociados al Desarrollo de Mola Hidatidiforme. Hospital Santo Tomás. Panamá. 1994-2001. Rev Méd Cient [Internet]. 10 de agosto de 2010 [citado 10 de agosto de 2021];15(2). Disponible en:
<https://revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/194>
40. Shamshiri Milani H, Abdollahi M, Torbati S, Asbaghi T, Azargashb E. Risk Factors for Hydatidiform Mole: Is Husband's Job a Major Risk Factor? Asian Pac J Cancer Prev APJCP 2017;18:2657-62. Disponible en:
<https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.10.2657>.
41. Huanca-Llamo Johana, Aranzabal-Alegria German, Chanduvil Willer. Factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en un Hospital De Referencia Peruano. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2020 Ene [citado 2021 Ago 10] ; 20(1): 64-69. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000100064&lng=es. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i1.2547>

IX. ANEXOS

9.1. Anexo N°1

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS DE LA MOLA
HIDATIFORME DURANTE LOS AÑOS 2005 - 2019 HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE TRUJILLO

Estos formularios serán llenados con datos estadísticos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia teniendo en cuenta los criterios de inclusión en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo comprendido 2005 - 2019.

Fecha ingreso :

Número de Historia Clínica:

1. Edad materna : 12-19 años ()
20-29 años ()
30-49 años ()

2. Estado civil:

Soltera () casada () conviviente () otro ()

3. Grado de Instrucción:

Analfabeto () Primaria ()
Secundaria () Superior Universitario ()
superior no universitario ()

4. Lugar de procedencia:

Urbano () Rural ()

5. Paridad:

Nulíparas () No Nulípara ()

6. Edad gestacional:

01 a 12 Semanas () 13 a 26 semanas ()

7. Antecedentes de Embarazo Molar:

Si () No ()

8.- Abortos Previos:

Si () No ()

9. Uso de Anticonceptivos:

Si () No ()

9.2. Anexo N°2

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



9.3. Anexo N°3

RESOLUCION DEL DECANATO



UNIVERSIDAD PERUANA ANTONIO CRISTÓBAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 0374-2021-D-F-CCSS-UPAO

Trujillo, 02 de agosto del 2021

VISTO: el Oficio N° 0458-2021-EPO-UPAO presentado por la señora Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, solicitando designación de Jurado de la Tesis de las bachilleres **TALLEDO LEÓN AMARESH BETANIA** y **VICENTE PUESCAS DELIA YSABEL**, y;

CONSIDERANDO:

Que, la señora Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, ha remitido el Oficio N° 0458-2021-EPO-UPAO, declarando su conformidad con el cumplimiento de los requisitos académicos y administrativos;

Que, para efectos de dictaminar la tesis es necesaria la designación del jurado con docentes de la Facultad.

Que, en el Oficio referido en el primer considerando de la presente Resolución, la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia propone designar el Jurado de la Tesis titulada **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS DE LA MOLA HIDATIFORME DURANTE LOS AÑOS 2005 – 2019. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**, conducente al Título de Profesional de Obstetriz, proponiendo como Jurado a las docentes:

Ms. NANCY ANGELICA IGLESIAS OBANDO	PRESIDENTA
Ms. CRISTINA RAQUEL BENDEZÚ GAMBOA	SECRETARIA
Ms. RUTH ARACELI VARGAS GONZALES	VOCAL

Estando a lo dispuesto en el Reglamento de Grados y Títulos y a las consideraciones conferidas a este Despacho.

SE RESUELVE:

PRIMERO: DESIGNAR, al Jurado Evaluador que dictaminará la Tesis titulada: **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS DE LA MOLA HIDATIFORME DURANTE LOS AÑOS 2005 – 2019. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**, realizada por las bachilleres **TALLEDO LEÓN AMARESH BETANIA** y **VICENTE PUESCAS DELIA YSABEL**, el mismo que queda conformado por las docentes:

• Ms. NANCY ANGELICA IGLESIAS OBANDO	PRESIDENTA
• Ms. CRISTINA RAQUEL BENDEZÚ GAMBOA	SECRETARIA
• Ms. RUTH ARACELI VARGAS GONZALES	VOCAL

SEGUNDO: ESTABLECER que el jurado está obligado a presentar en forma consensuada y en el lapso de diez (10) días calendarios el dictamen correspondiente, contados a partir del día siguiente a la emisión de la presente Resolución.

TERCERO: REMITIR la presente Resolución a la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, para los fines consiguientes.

REGISTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHIVASE




Dra. Antonieta Tresierra de Venegas
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

C.C.-EPO,
AIDINA


Angela




Ms. Pablo Chuna Mogollón
SECRETARIO ACADÉMICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

9.4 Anexo N°4

CONSTANCIA DE LA INSTITUCIÓN

 **UPAO** | Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Obstetricia

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

REGION LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Regional Docente de Trujillo
RECIBIDO
Trujillo: 24 JUN. 2021
TRAMITE DOCUMENTARIO
Sigs.: Hora: 11:10
Folios: Firma:

Trujillo, 18 de junio del 2021

OFICIO No 0368-2021-EPO-UPAO

Señor Dr.:
CESAR FERNÁNDEZ SANCHEZ
Director del Hospital Regional Docente de Trujillo
PRESENTE. –


ASUNTO: PRESENTA BACHILLERES ESCUELA OBSTETRICIA UPAO
REF.: Solicitud S/N

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo, y a la vez, en atención al asunto de la referencia, presentar a **las Br. VICENTE PUESCAS DELIA YSABEL, ID 000139882** y **Br. TALLEDO LEÓN BETANIA AMARESH, ID 000140567**, egresadas de nuestra Escuela Profesional de Obstetricia; quienes vienen desarrollando su Informe de Tesis Titulado: **“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS DE LA MOLA HIDATIFORME DURANTE LOS AÑOS 2005 – 2019. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO”**, por lo que solicito que a través de vuestra Dirección se le pueda brindar la autorización y facilidades para que puedan recabar y recolectar datos e información del Hospital Regional, la cual permitirá culminar con éxito su Informe de Tesis.

Agradezco anticipadamente por la atención que se sirva brindar al presente. Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

 *B. Parroclul*
Era. Bethy Nelly Golcocha Lecca
DIRECTORA,
CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

cc.
Archivo
Charly A.

9.5 Anexo N° 5

CONSTANCIA DEL ASESOR.



UPAO

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Obstetricia

Trujillo, 18 de junio del 2021

Señora Doctora:

Betty Nelly Goicochea Lecca

Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia

Presente. –

Quien suscribe, Dra./ Mg Yvonne Graciela Manta Carrillo por medio de la presente comunico a usted mi decisión de aceptar formalmente la asesoría del Proyecto de Tesis titulado: Características epidemiológicas y obstétricas de la mola hidatiforme durante los años 2005 – 2019. Hospital regional docente de Trujillo, así como su inscripción para su ejecución.,

con el cual las Bachiller(es):

Apellidos y Nombres:
1.- Vicente Puestas Delia Ysabel
2.- Talledo León Amaresh Betania

espera(n) obtener el Título Profesional de _Obstetricia_.

Me comprometo a asesorar durante el desarrollo y la culminación del Programa de Apoyo al Desarrollo de la Tesis, cumpliendo con los avances de acuerdo al calendario de actividades. Asimismo, evaluaré los avances del trabajo, los mismos que remitiré en la fecha que se establezca.

Firma

Nombre del Asesor: Yvonne Graciela Manta Carrillo