

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE MOLA HIDATIFORME
EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “MARÍA AUXILIADORA” EN EL
PERIODO 2014 - 2018.

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

AGUILAR MIRANDA JACQUELINE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2021

ASESOR

Dr. Francisco Vallenás Pedemonte

AGRADECIMIENTO

A Dios por brindarme salud y haberme guiado para enfrentar las adversidades.

Al Dr. Francisco Vallenás Pedemonte, mi asesor de tesis, por los conocimientos brindados y su constante motivación para culminar la presente investigación.

DEDICATORIA

A mi madre que ha sido un pilar fundamental en mi formación como profesional, a mi padre por sus consejos, la oportunidad y recursos para lograr este gran sueño, y por último a esos verdaderos amigos con los que compartí estos largos, pero maravillosos años de carrera.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "María Auxiliadora" en el periodo 2014 - 2018.

Metodología: Investigación de tipo observacional, retrospectivo, transversal, analítico de casos y controles. La muestra estuvo conformada por 44 casos y 132 controles que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó la revisión de historias clínicas y registro de la información en una ficha de recolección de datos validada por expertos. Se analizaron los datos utilizando el programa SPSS v25.0, mediante las pruebas estadísticas Chi-cuadrado y Odds Ratio con intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Los factores asociados a la presencia de mola hidatiforme, se encontró una asociación estadística altamente significativa ($p=0,001$) en la edad materna mayor a 35 años, siendo un factor de riesgo (OR= 3,866 IC95%:1,741 – 8,585). En cuanto a la paridad, la primiparidad presentó asociación estadística significativa ($p=0,038$) siendo un factor de protección (OR=0,326 IC95%: 0,108 – 0,982). El aborto previo, con asociación estadística significativa ($p=0,032$) se consideró un factor de riesgo (OR=2,140 IC95%: 1,058 – 4,328). Así mismo, el embarazo molar previo con asociación estadística muy significativa ($p=0,004$) resultó un factor de riesgo para mola hidatiforme (OR=8,333 IC95%: 1,556 – 44,642).

Conclusión: Se concluyó que la edad materna mayor a 35 años, el aborto previo y el embarazo molar previo fueron factores asociados a la presencia de mola hidatiforme. Así mismo, la edad entre los 20 y 35 años y la primiparidad se consideraron un factor de protección para mola hidatiforme.

Palabras Claves: Factores asociados, Mola Hidatiforme.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with the presence of hydatidiform mole in patients treated in the obstetric gynecological service of the “María Auxiliadora” Hospital in the period 2014 - 2018.

Methodology: Observational, retrospective, cross-sectional, analytical research of cases and controls. The sample consisted of 44 cases and 132 controls that met the inclusion and exclusion criteria. The review of medical records and registration of the information was carried out on a data collection sheet validated by experts. The data was analyzed using the SPSS v25.0 program, using the Chi-square and Odds Ratio statistical tests with a 95% confidence interval.

Results: The factors associated with the presence of hydatidiform mole, a highly significant statistical association ($p = 0.001$) was found in maternal age over 35 years, being a risk factor (OR = 3.866 95% CI: 1.741 - 8.585). Regarding parity, primiparity presented a significant statistical association ($p = 0.038$), being a protection factor (OR = 0.326 95% CI: 0.108 - 0.982). Previous abortion, with a significant statistical association ($p = 0.032$), was considered a risk factor (OR = 2.140 95% CI: 1.058 - 4.328). Likewise, previous molar pregnancy with a highly significant statistical association ($p = 0.004$) was a risk factor for hydatidiform mole (OR = 8.333 95% CI: 1.556 - 44.642).

Conclusion: It was concluded that maternal age over 35 years, previous abortion and previous molar pregnancy were factors associated with the presence of hydatidiform mole. Likewise, age between 20 and 35 years and primiparity were considered a protective factor for hydatidiform mole.

Keywords: Associated factors, Hydatidiform mole.

INTRODUCCIÓN

La mola hidatiforme es una complicación relativamente frecuente del primer trimestre del embarazo que aparece en 1 de cada 1000 gestaciones a nivel mundial, siendo más frecuente en países subdesarrollados.² El Perú, un país en vías de desarrollo, con una gran concentración poblacional en edades jóvenes, que en su mayoría pertenecen al sexo femenino y de una cultura donde inician su vida reproductiva a los 15 años y la finalizan a una edad avanzada, sumado a antecedentes obstétricos de riesgo¹⁰ expone la realidad nacional y la importancia de estudiar los factores asociados a la presencia de mola hidatiforme.

La investigación cuenta con 5 capítulos desarrollados de la siguiente manera:

El Capítulo I, inicia con el planteamiento de la problemática, seguido de la formulación de los problemas y sus respectivos objetivos, así mismo, se justifica la importancia y propósito de la investigación.

En el Capítulo II, se muestran estudios previos a nivel internacional y nacional similares a nuestro tema de investigación, así como la revisión de la base teórica, la definición del marco conceptual, el planteamiento de las hipótesis de investigación y la definición operacional de las variables de estudio.

En el Capítulo III, se describe la metodología de la investigación indicando el tipo y diseño del estudio, la población y muestra, así como la técnica y el instrumento de recolección de datos, el procesamiento y análisis estadístico, y, por último, se menciona los principios éticos de la investigación.

En el Capítulo IV, se analizan los resultados obtenidos en base a los objetivos de la investigación, posteriormente realizando la discusión de estos con estudios previos relacionadas a nuestro tema de investigación.

En el Capítulo V, se presentan las conclusiones de acuerdo con nuestros resultados y se brindan recomendaciones sobre el tema investigado.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE ANEXOS	XI
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2.1 GENERAL	3
1.2.2 ESPECÍFICOS	3
1.3 JUSTIFICACIÓN	3
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	4
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6 OBJETIVOS	5
1.6.1 GENERAL	5
1.6.2 ESPECÍFICOS	5
1.7 PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2 BASE TEÓRICA	15
2.3 MARCO CONCEPTUAL	25
2.4 HIPÓTESIS	26
2.4.1 GENERAL	26

2.4.2 ESPECÍFICOS	26
2.5 VARIABLES	27
2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	28
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	29
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	29
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	29
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	30
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	34
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	34
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	35
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1 RESULTADOS	36
4.2 DISCUSIÓN	44
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 CONCLUSIONES	47
5.2 RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	55

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 01. FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE MOLA HIDATIFORME EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “MARÍA AUXILIADORA” EN EL PERIODO 2014 – 2018 36

TABLA N° 02. EDAD MATERNA ASOCIADO A LA PRESENCIA DE MOLA HIDATIFORME EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “MARÍA AUXILIADORA” EN EL PERIODO 2014 – 2018 38

TABLA N° 03. PARIDAD ASOCIADO A LA PRESENCIA DE MOLA HIDATIFORME EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “MARÍA AUXILIADORA” EN EL PERIODO 2014 – 2018 40

TABLA N° 04. ABORTO PREVIO ASOCIADO A LA PRESENCIA DE MOLA HIDATIFORME EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “MARÍA AUXILIADORA” EN EL PERIODO 2014 – 2018 42

TABLA N° 05. EMBARAZO MOLAR PREVIO ASOCIADO A LA PRESENCIA DE MOLA HIDATIFORME EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “MARÍA AUXILIADORA” EN EL PERIODO 2014 – 2018 43

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 01:	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	56
ANEXO N° 02:	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	57
ANEXO N° 03:	VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTO	58
ANEXO N° 04:	MATRIZ DE CONSISTENCIA	61
ANEXO N° 05:	CONSTANCIA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL "MARÍA AUXILIADORA"	65
ANEXO N° 06:	CONSTANCIA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUSTISTA	66

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mola hidatiforme (MH) es la presentación clínica más frecuente de la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG). Es una complicación relativamente frecuente durante el primer trimestre del embarazo que aparece en 1 de cada 1000 o 2000 gestaciones a nivel mundial.¹

La incidencia del embarazo molar es sumamente variable en las diferentes regiones del mundo, siendo más frecuente en países subdesarrollados. Se presenta con mayor frecuencia en países de Oriente, así como en algunas regiones de Asia, y menor frecuencia en los países occidentales. Es así como se presenta entre 0,5 – 1 por cada 1000 embarazos en Europa y América del Norte; 1,5 – 6 por cada 1000 embarazos en América del Sur y más de 12 por cada 1000 embarazos en Asia,² 2 de cada 1000 embarazos en Japón y en el sureste asiático.³

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente no se conoce con transparencia la realidad de las características epidemiológicas del embarazo molar, la mayoría de las investigaciones referentes a la incidencia en países de Tercermundistas se basan en estudios realizados en un solo hospital, donde con frecuencia se puede minimizar la población expuesta.⁴

En el año 2002, de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) reportó en el Perú la incidencia de mola hidatiforme de 1 por cada 1000 embarazos.⁷ Si bien nos encontramos ante una patología ginecológica de relativa frecuencia, ésta puede conllevar a consecuencias fatales si no es diagnosticada y tratada a tiempo, lo preocupante radica en el potencial que presenta para malignizarse.¹

Muchas de las investigaciones relacionan el desarrollo de mola hidatiforme a ciertos factores: el factor más estudiado ha sido la edad materna, se ha presentado la asociación entre el hecho de presentar mola hidatiforme y los extremos de la edad materna, con un riesgo elevado de 1.3 veces más en adolescentes y 10 veces más en mujeres mayores de 40 años.¹¹ Otros de los factores también asociados es la multiparidad, se ha asociado a un aumento del riesgo en aquellas mujeres con más de 3 gestaciones previas.¹⁷ También se ha reconocido que el antecedente de embarazo molar aumenta 10 veces más el riesgo de desarrollar mola hidatiforme en futuros embarazos,⁹ así como el antecedente de aborto espontáneo que aumenta el riesgo de 2 a 3 veces más.¹¹

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, siendo la incidencia de mola hidatiforme de 1 por cada 241 embarazos⁵ en el Hospital “María Auxiliadora” y un tema de investigación no abordado con anterioridad en esta población, la investigación pretende determinar los factores asociados a la presencia de mola hidatiforme en las pacientes atendidas en el servicio de gineco obstétrica del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014 – 2018.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 GENERAL

¿Cuáles son los factores asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014 - 2018?

1.2.2 ESPECÍFICOS

¿Es la edad materna un factor asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014 - 2018?

¿Es la paridad un factor asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014 - 2018?

¿Es el aborto previo un factor asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014 - 2018?

¿Es el embarazo molar previo un factor asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014 - 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Actualmente en el Perú existen pocos estudios que hayan abordado los factores que se asocian al desarrollo de esta patología, siendo el embarazo molar una de las causas de hemorragia del primer trimestre del embarazo. El reconocimiento de esta patología como problema de salud pública y de gran impacto poblacional, ha llevado al interés de realizar la investigación determinando los factores asociados a la presencia de mola hidatiforme.

Teniendo en cuenta la poca investigación a nivel nacional, es relevante el reconocimiento de los factores asociados a la presencia de mola hidatiforme y los datos estadísticos, que indirectamente, nos encaminará a una mayor comprensión de su etiología para un diagnóstico oportuno, un correcto abordaje y manejo, disminuyendo su recidiva y evitar sus posibles complicaciones.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Delimitación espacial: Servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” del distrito de San Juan de Miraflores, Lima - Perú.

Delimitación temporal: Enero del 2014 a Diciembre del 2018.

Delimitación social: Pacientes con diagnóstico clínico, ecográfico y/o anatomopatológico de mola hidatiforme en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora”.

Delimitación conceptual: Factores asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora”.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Acceso limitado y poca colaboración por parte del personal del Área de Archivo de historias clínicas. Durante la recolección de los datos, historias clínicas extraviadas.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 GENERAL

Determinar los factores asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "María Auxiliadora" en el periodo 2014 - 2018.

1.6.2 ESPECÍFICOS

Analizar si la edad materna es un factor asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "María Auxiliadora" en el periodo 2014 - 2018.

Establecer si la paridad es un factor asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "María Auxiliadora" en el periodo 2014 - 2018.

Demostrar si el aborto previo es un factor asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "María Auxiliadora" en el periodo 2014 - 2018.

Evidenciar si el embarazo molar previo es un factor asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "María Auxiliadora" en el periodo 2014 - 2018.

1.7 PROPÓSITO

La investigación busca identificar los factores asociados a la presencia de mola hidatiforme brindando datos estadísticos que permitirá ampliar el conocimiento sobre esta patología, y sobre todo servir como fuente de información para futuras investigaciones que permitan instaurar estrategias de prevención e intervención precoz en los casos diagnosticados.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Internacionales

Kitange B., Matovelo, D., Konje, E., Massinde A., Rambau, P. (2015). "MOLA HIDATIFORME ENTRE LOS PACIENTES CON ABORTO IMCOMPLETO EN LA CIUDAD DE MWANZA EN EL NORESTE DE TANZANIA". Mwanza, Tanzania.²³ Investigación de tipo retrospectivo, transversal, analítico tuvo como objetivo determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a mola hidatiforme en pacientes con aborto incompleto evacuado. Fue realizado en dos hospitales, el Centro Médico Bogando y el Hospital Regional Sekou Toure en la ciudad de Mwanza, Tanzania Occidental. Participaron 180 pacientes que ingresaron al servicio de ginecología por aborto incompleto evacuado entre febrero y abril del 2013, de los cuales según estudio anatomopatológico 157 resultaron con tejido normal y 23 con MH. Los resultados fueron que el 27.5% (11 casos) tenían menos de 20 años y la asociación con MH fue estadísticamente significativo ($p=0,01$ OR: 1,0 IC95%: 0.04 – 0.5). La mayoría de las pacientes con MH eran primíparas (15.8%), el 9.7% (7 casos) multíparas y no se encontraron gran multíparas; se determinó que el riesgo de MH disminuye con un aumento en el número de nacimientos, pero no fue estadísticamente significativo ($p=0,29$). Respecto al antecedente de aborto previo el 12% (14 casos) no lo presentaron y el 14.3% (9 casos) si lo presentó, sin embargo, no hubo asociación significativa entre MH y el antecedente de aborto previo ($p=0,66$ OR: 1,0 IC95%: 0,3 – 2,0). Se concluyó que la edad materna menor a 20 años fue el único factor de riesgo asociado significativamente con el diagnóstico de embarazo molar.

Guamán Mizhirumbay, A.L, Lazo Alvarez, J.A. (2016). "CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL EN PACIENTES DEL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENTRE ENERO DEL 2010 Y ENERO DEL 2015". Cuenca, Ecuador.³ Estudio de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo tuvo como objetivo identificar las características que se relacionan con la ETG. Las variables estudiadas fueron: la edad, la paridad, abortos previos, número de abortos, ETG previa y el uso de anticonceptivos orales. De un universo constituido por 35 382 gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso de Ecuador, la muestra obtenida fue de 50 casos (el 0,14% del total) con diagnóstico de ETG mediante ecografía y b-HCG. De acuerdo a los resultados que se obtuvieron, se observó que según la edad: el 48% (24 casos) estuvo en el rango entre 21 a 30 años, el 26% (13 casos) fueron mujeres ≤ 20 años, el 14% (7 casos) ≥ 41 años y el 12% (6 casos) estuvieron entre los 31 - 40 años; según la paridad: se presentó en mayor proporción en multíparas con el 46% (23 casos), seguido de un 38% (19 casos) en nulíparas y en menor porcentaje en primíparas con 12% (6 casos) y gran multípara con el 4% (2 casos); según el antecedente de abortos el 40% (20 casos) lo presentaron, de los cuales el 34% (17 casos) solo tuvieron 1 aborto y 6% (3 casos) tuvieron 2 o más abortos; respecto a ETG previa el 88% no presentó y el 12% (6 casos) si tuvo embarazo molar previo. Se concluyó que la mayoría de los casos estudiados se encuentra en las edades de 21 a 30 años (48%), eran multíparas (46%) y habían abortado una vez en su vida (40%), pero no presentaban antecedente de embarazo molar previo.

Gockley, A., et al (2016). "EL EFECTO DE LA ADOLESCENCIA Y LA EDAD MATERNA AVANZADA SOBRE LA INCIDENCIA DEL EMBARAZO MOLAR COMPLETO Y PARCIAL". Massachusetts, Estados Unidos.²⁶ Investigación de tipo retrospectivo, transversal, analítico tuvo como objetivo comparar la incidencia respecto a la edad en el embarazo molar completo y parcial utilizando la base de datos del Hospital Brigham and Women's entre los años 2000 y 2013. Se calculó la incidencia por edad para mujeres <20 años (gestante adolescente), 20 a 39 años (edad promedio) y >40 años (edad avanzada). La muestra constó de 255 casos de embarazo molar y 105 942 nacidos vivos. Se utilizó el RR para comparar el riesgo de mola hidatiforme entre las mujeres de edad promedio respecto a las adolescentes y a las de edad avanzada. La incidencia según el tipo de embarazo molar difirió significativamente entre los grupos de edad. Los resultados fueron que, en comparación con las mujeres con mola hidatiforme, las adolescentes tenían 7 veces más riesgo de tener embarazo molar completo (RR: 7.0 IC95%: 4.2 – 11.5 $p < 0.001$) pero no para mola parcial (RR: 0.4 IC95%: 0.1 – 2.7 $p = 0.33$). Las mujeres de edad avanzada tenían el 1.9 veces más riesgo de tener mola completa (RR: 1.9 IC95%: 1.2 – 3.1 $p = 0.006$) pero no para mola parcial (RR: 1.0 IC95%: 0.5 – 0.8 $p = 1.0$). Se concluyó que los extremos de la edad materna (menor a 20 años y mayor a 40 años) se asociaron con un mayor riesgo de mola completa, pero no para mola parcial.

Martínez Mercedes, L., Calero Castillo, S. (2017). "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MANEJO Y SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON MOLA HIDATIFORME INGRESADA EN EL SERVICIO DE ARO I, HEODRA EN EL PERIODO DE ENERO 2013 A MAYO 2016". León, Nicaragua.¹ Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo tuvo como objetivo determinar las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes atendidas con diagnóstico de mola hidatiforme en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) de Nicaragua durante enero del 2013 hasta mayo del 2016. Trabajaron con una población de 37 pacientes ingresadas por emergencia o consulta externa con diagnóstico de embarazo molar mediante cuadro clínico y hallazgo ultrasonográfico, en donde sólo el 78% (30 casos) fueron confirmados histológicamente. Se evaluaron Factores sociodemográficos como: edad materna, procedencia, escolaridad y estado civil; y Características gineco-obstétricas como: gestas, antecedente de enfermedad trofoblástica previa, antecedente de aborto espontáneo, y amenorrea. Los resultados fueron los siguientes: según la edad materna el 57,1% (20 casos) oscilaban entre las edades de 20 – 34 años, el 31,7%(11 casos) fueron mayores de 35 años y el 16,2% (6 casos) tenían menos de 20 años; según el número de gestaciones el 40,5% (15 casos) eran multigestas, el 32,4% (12 casos) primigestas, el 13,5% (5 casos) bigestas y 13,5% (5 casos) trigestas, según el antecedente de MH solo el 5,4% (2 casos) lo presentaron; según el antecedente de un aborto espontáneo el 10,8% (4 casos) presentaron 1 aborto y el 18,9% (7 casos) 2 o más abortos espontáneos. Se concluyó que la el 57.1% de las pacientes tenían entre 20 a 34 años, el 40,5% eran multigestas y el 64,8% no presentaron antecedentes obstétricos desfavorables.

Mulisya, O., et al. (2018). "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A MOLA HIDATIFORME ENTRE PACIENTES SOMETIDAS A EVACUACIÓN UTERINA EN EL HOSPITAL DE REFERENCIA REGIONAL DE MBARARA - UGANDA."²⁵ Estudio de tipo transversal realizado entre noviembre del 2016 y febrero del 2017 tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados a gestaciones molares hidatiformes en las pacientes sometidas a evacuación uterina por embarazo no viable en el Hospital de Referencia Regional de Mbarara. La población a estudiar consistió en 181 pacientes con abortos espontáneos y terapéuticos con diagnóstico de mola hidatiforme mediante ultrasonografía, estudio anatomopatológico e inmunohistoquímica. La prevalencia de mola hidatiforme fue del 6,1% (11/181), y todos tenían mola completa confirmada por inmunohistoquímica. Se evaluaron factores sociodemográficos, afecciones médicas, factores ginecológicos y obstétricos mediante un cuestionario estructurado. Los factores que tuvieron una relación significativa con mola hidatiforme completa fueron la edad materna de ≥ 35 años ($p= 0.00$ OR: 13.5 IC 95%: 1.46 - 125.31) con una frecuencia del 19,5% (8 casos) y el antecedente de aborto previo ($p= 0.05$ OR: 4.3 IC 95%: 1.00 - 18.57) con una frecuencia de 15,9% (7 casos). Se concluyó que presentar mola hidatiforme es 13.5 veces mayor en pacientes mayores de 35 años y 4.3 veces mayor en pacientes con antecedente de aborto previo. La paridad fue un factor no asociado significativamente con MH.

Nacionales

Sánchez Carranza, A. (2015). "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO MOLAR EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO ENTRE ENERO 2010 – DICIEMBRE 2014". Iquitos, Perú.⁸ Investigación de tipo retrospectivo, transversal, analítico de casos y controles, tuvo como objetivo identificar y determinar los factores de riesgo sociales y obstétricos asociados a las gestantes con mola hidatiforme. Los factores sociales evaluados fueron la edad materna, entre otros; y dentro de los factores de riesgo obstétricos fueron la edad gestacional, gestación gemelar previa, antecedente de abortos previos y antecedente de embarazo molar. Se trabajó por cada caso 2 controles, evaluándose a 77 pacientes con diagnóstico clínico y por ultrasonido de MH, y como controles 154 pacientes obstétricas sin la patología. Los resultados obtenidos fueron: según la edad materna el mayor porcentaje estuvo con 36,4% (28 casos) entre las mujeres de 21 - 30 años, seguido del 28,6% (22 casos) en ≤ 20 años al igual que en el intervalo de edad 31 a 45 años con 28,6% (22 casos) y en menor porcentaje en > 46 años con 6,5% (5 casos); según la paridad el 39% (30 casos) fueron multíparas, el 27,3% (21 casos) gran multíparas, el 24,7% (19 casos) nulíparas y el 9,1% (7 casos) primíparas; según el antecedente de abortos previos el 61% (47 casos) no presentaron y el 39% (30 casos) si lo presentaron; según el antecedente de embarazo molar el 96,1% (74 casos) y el 3,9% (3 casos) no lo tuvieron. Se concluyó que los factores que tienen mayor riesgo a que se desarrolle un embarazo molar fueron: el antecedente de aborto ($p < 0.05$ OR: 8.298, IC 95%: 3.860 – 17.840) representa 8.2 veces más riesgo para el desarrollo de ETG; y la gran multiparidad ($p = 0.001$ OR: 3.475, IC 95%: 1.672 – 7.223) y el antecedente de embarazo molar ($p = 0.014$ OR: 3.081, IC 95%: 2.555 – 3.716) representan 3 veces más riesgo para el desarrollo de ETG.

García LLique, L.P. (2016). "MULTIPARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL EN EL HOSPITAL DE BELEN DE TRUJILLO, 2009 – 2015". Trujillo, Perú.¹⁸ Estudio de tipo retrospectivo, transversal, analítico de casos y controles tuvo como objetivo determinar si la multiparidad es un factor de riesgo para el desarrollo de ETG. La población de estudio fueron 100 pacientes gestantes del servicio de obstetricia del Hospital de Belén de Trujillo. Se trabajaron con 3 controles por cada caso, resultado en 25 casos (pacientes con ETG) y 75 controles (pacientes sin ETG). Los resultados fue el siguiente: la frecuencia de multiparidad en gestantes con ETG fue del 32% (8 casos). Se concluyó que la multiparidad es un factor de riesgo estadísticamente significativo y representa 5.41 veces más riesgo para presentar ETG ($p < 0.05$ OR: 5.41 IC 95%: 1.92 – 9.68).

Rodríguez Sánchez, L.A. (2018). "CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO, 2005 – 2015". Lima, Perú.¹⁰ Investigación de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo, tuvo como objetivo determinar las características clínicas, epidemiológicas y factores de riesgo de la ETG. Se estudiaron 92 pacientes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Nacional 2 de Mayo con diagnóstico clínico y ecográfico. Se evaluaron las variables de edad materna, paridad, antecedente de ETG, grupo sanguíneo materno, entre otros. Los resultados fueron los siguientes: el rango de edad con mayor frecuencia fue de 20 a 25 años con 50%, la edad media fue de 29.7 años; con respecto a la paridad, la multiparidad fue mayor con el 50%; y las mujeres con antecedente de ETG fue poco frecuente presentándose en un 4.3%.

Huanca Llamo J.J. (2019). "FACTORES ASOCIADOS A ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL PERIODO DE ENERO DEL 2014 A DICIEMBRE DEL 2018". Lima, Perú.¹⁹ Estudio retrospectivo, transversal, analítico de tipo casos y control, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a ETG en las pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del HNHN. Se trabajó con 2 controles por cada caso, revisándose 120 historias clínicas como grupo control y un total de 60 casos. Se estudiaron la asociación de las variables sociales, obstétricas y clínicas para determinar el riesgo para desarrollar ETG. El riesgo social se evaluó a través de la edad materna y el nivel socioeconómico; el riesgo obstétrico por medio de la paridad, antecedente de gestación gemelar, antecedente de aborto, antecedente de embarazo molar, uso de anticonceptivos orales, inicio de la menarquia menor a 12 años y el grupo sanguíneo materno. El factor de riesgo más asociado fue el antecedente de aborto, presente en el 48.33% (29 casos) de las pacientes con ETG, además se evidenció que incrementa 6.54 veces el riesgo ($p=0.000$ OR: 6.543 IC 95%: 3.121 – 13.739) de presentar ETG; con respecto a la multiparidad se presentó en el 55% (33 casos) de las pacientes con ETG, así mismo se obtuvo que aumenta 3.35 veces más el riesgo ($p=0.000$ OR: 3.351 IC 95%: 1.467 – 7.652). Por otro lado, en la variable edad materna un 45% (27 casos) de las pacientes con ETG fueron mayores de 35 años y el 13.33% (8 casos) fueron menores de 20 años, siendo este último grupo un factor protector ($p=0.000$ OR: 0.136 IC 95%: 0.038 – 0.488) para el desarrollo ETG. No encontrándose asociación significativa con antecedente de embarazo molar ($p=0.156$ OR: 3.034 IC95%: 2.462 – 3.739). Se concluyó que la multiparidad y el antecedente de aborto es un factor de riesgo asociado significativamente, mientras la edad menor a 20 años fue un factor protector.

Sumire Yopez, I.G. (2019). "ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: FACTORES ASOCIADOS A SU PRESENTACIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2010 – 2018". Cusco, Perú.²⁴ Investigación de tipo retrospectivo, transversal, analítico de casos y control tuvo como objetivo determinar los factores asociados a ETG. La población estuvo constituida por 72 casos con diagnóstico anatómico-patológico de ETG y 144 controles atendidas en el Hospital Regional del Cusco. Las variables estudiadas fueron los factores sociodemográficos (edad, entre otros), factores ginecológicos, factores obstétricos (paridad, antecedente de ETG, antecedente de aborto) y factores hereditarios. Los resultados fueron que las mujeres con ETG según la edad, el 20.8% (15 casos) tenía <20 años, el 47.2% (34 casos) entre 20 -34 años y 31.9% (23 casos) fueron de 35 años a más; según la paridad, el 36.1% (26 casos) eran nulíparas, 9.7% (7 casos) primíparas, el 33.3% (24 casos) multíparas y el 20.8% (15 casos) eran gran multíparas; según el antecedente de aborto, el 27.8% (20 casos) si lo tenían y el 72.2% (52 casos) no lo tenían. Al analizar los extremos de las edades menor de 20 años ($p=0.071$ OR: 2.059 IC95%: 0.932 – 4.548) y mayor a 35 años ($p=0.358$ OR:1.353 IC95%: 0.709 – 2.581), ninguno estuvo asociado significativamente a ETG. La paridad fue un factor asociado a ETG (IC:95% $p=0.000<0.05$); las nulíparas tenían 4,766 veces más riesgo de ETG que las primíparas ($p=0.001<0.05$ OR: 4.776), las gran multíparas presentaban 8,71 veces más riesgo de ETG que las primíparas ($p=0.000$ OR: 8.714), y tiene 3 veces más riesgo de ETG que las multíparas ($p=0.000$ OR: 3,0 IC95%: 2,164 – 4.159), finalmente la nuliparidad es un factor protector con respecto a la gran multiparidad ($p=0.000$ OR:0.382 IC95%: 0.283 – 0.517). Según el antecedente de ETG no se encontró ningún caso y respecto al antecedente de aborto fue un factor asociado a ETG ($p=0.009$ OR:2.53 IC=95%: 1.249 – 5.128) las pacientes tienen 2.53 veces más riesgo de presentar ETG. Se concluyó que los factores de riesgo obstétrico asociados a ETG son la gran multiparidad ($p=0.000$ OR: 8.714 IC 95%) y el antecedente de aborto.

2.2 BASE TEÓRICA

La mola hidatiforme es una complicación que se presenta en el primer trimestre del embarazo y forma parte del grupo de las Enfermedades Trofoblásticas de la Gestación (ETG), siendo la presentación más frecuente.³ El 80% es de naturaleza benigna e involuciona espontáneamente, el 15 a 20% es persistente y sólo el 2 al 3% progresará a coriocarcinoma.¹⁴

También es conocida como mola hidatídica o vesicular, pues se caracteriza por tener muchas vesículas hidrópicas (su contenido es agua) y avasculares (no tiene vasos coriales) que derivan de las vellosidades coriales. En raros casos puede encontrarse el feto, por lo general se encuentra malformado (mola embrionaria).¹⁵

Esta patología consiste en una gestación anormal que se caracteriza por un aumento anormal del trofoblasto de la placenta. Presenta la degeneración hidrópica de las vellosidades coriales, la proliferación del citotrofoblasto y el sincitiotrofoblasto, ausencia de elementos fetales y vascularización.³

En mayor frecuencia, el embarazo molar se desarrolla a partir de un óvulo anormal fecundado que se convierte en una mola en lugar de desarrollar un feto. Sin embargo, la mola hidatiforme puede desarrollarse a partir de las células que permanecen en el útero después de un parto a término o de un aborto espontáneo. Rara vez se desarrolla una mola hidatiforme cuando existe un feto vivo. En estos casos, el feto normalmente muere, y a menudo se produce un aborto espontáneo.¹³

Es una lesión premaligna que surge a partir del epitelio trofoblástico de la placenta luego de una fecundación anormal. Las células trofoblásticas poseen la capacidad de proliferar, invadir el tejido del huésped evadiendo la respuesta inmune e incluso hacer metástasis.³¹

En condiciones normales las células del trofoblasto sano invaden agresivamente el endometrio desarrollando una rica vasculatura en el útero, generando una íntima conexión entre la madre y el feto, conocida como placenta. La invasión es el comportamiento característico de las neoplasias malignas, afortunadamente esta característica está controlada estrictamente por las células del tejido trofoblástico sano a través de la liberación de citocinas que inhiben la proliferación celular. Sin embargo, en el embarazo molar el mecanismo de regulación falla, lo que resulta en la proliferación e invasión del tejido trofoblástico, vascularización y en el caso no sea detectado a tiempo en metástasis.³¹

Se clasifica como Mola Hidatiforme Completa (MHC) y Mola Hidatiforme Incompleta o Parcial (MHP), de acuerdo a sus hallazgos citogenéticos. De los embarazos molares reconocidos clínicamente el 75% de los casos son MHC y el 25% como MHP.¹¹

Los casos de Mola Hidatiforme Completa, la mayoría son diploides androgenéticas, es decir, tienen 2 conjuntos de cromosomas de origen paterno; y no se presenta desarrollo del embrión. Se ha planteado que el 90% se manifiesta de la fecundación de 1 óvulo anucleado (sin ADN materno) y 1 espermatozoide con duplicación de su material genético (fecundación monospérmica), resultando en un cariotipo de 46XX. En el 10% de los casos restantes, se ha propuesto que existe la fecundación de 1 óvulo anucleado y 2 espermatozoides (fecundación dispérmica) con la probabilidad a que presenten un cariotipo 46XY.¹¹

Los casos de Mola Hidatiforme Parcial, la mayoría son triploides androgenéticas, es decir, tienen 3 conjuntos de cromosomas de origen paterno; con anormal desarrollo embrionario. Se han descrito dos mecanismos de formación: fecundación de 1 óvulo normal y 2 espermatozoides, o por la fecundación de 1 óvulo normal y 1 espermatozoide que se duplica, resultando en un cariotipo triploide (69XXX, 69XXY, 69XYY) de origen paterno y materno.¹¹

En este tipo de embarazo molar sí hay genes de la madre por lo que se formará el embrión, pero morirá tempranamente porque al haber una mayor cantidad de impronta paterna se producirá un gran trofoblasto, el cual tendrá una degeneración hidrópica, habrá vesículas llenas de agua, no habrá vasos coriales, entonces no tendrá nutrición el feto.⁹

La incidencia de mola hidatiforme es sumamente variable en las diferentes regiones del mundo, siendo más frecuente en los países subdesarrollados. Tiene una mayor incidencia en países de Oriente, como algunas regiones de Asia, y una menor frecuencia en los países occidentales. Es así como se presenta entre 0,5 – 1 por 1000 embarazos en Europa y América del Norte; 1,5 – 6 por 1000 embarazos en América del Sur y más de 12 por 1000 embarazos en Asia.²

EN el Perú, según el INEI en el 2010 la incidencia de mola hidatiforme en el Hospital Regional del Cuzco fue de 3,1 por cada mil embarazos, en el Hospital Regional de Loreto de 4 por mil embarazos, en el Hospital Regional de Arequipa fue de 4,3 por mil embarazos y en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima fue de 4,7 por mil embarazos.⁸ Si bien nos encontramos ante una patología ginecológica de relativa frecuencia, siendo la incidencia en el Hospital María Auxiliadora de 1 en cada 241 embarazos, lo preocupante de esta patología radica en el potencial para malignizarse.⁵

Se sospecha de embarazo molar, cuando en el curso del primer trimestre de gestación aparecen los siguientes signos y síntomas:

Metrorragia, el sangrado vaginal es el síntoma que más se presenta en la mayoría de las pacientes, ocurre en el 97% de los casos. Puede ser variable en frecuencia e intensidad, llegando a provocar en ocasiones anemia severa. En algunos casos se acompaña de dolor difuso en el hipogastrio.¹

Se produce por la ruptura de los vasos sanguíneos al separarse las vesículas de la decidua lo que podría interrumpir el paso de la circulación de los vasos sanguíneos maternos, por lo cual gran cantidad de sangre que se retuvo podría dilatar la cavidad uterina.¹⁶ Ya que los coágulos dentro del útero llevan a cabo procesos como la oxidación y licuefacción, se manifestarían por la vagina como un líquido de características de color marrón con aspecto de jugo de ciruela.⁴

Crecimiento uterino, es la segunda característica más frecuente. Como el útero crece mucho más rápido, el abdomen también aumentará de tamaño rápidamente a diferencia de en una gestación normal.¹³ El útero estará aumentado de tamaño no solo por el tejido trofoblástico sino también por la gran cantidad de sangre coagulada.²⁰ El 50% de los casos presentará un tamaño de útero más grande para la edad gestacional, el 30% correspondiente para la edad gestacional y el 20% de los casos un útero de menor tamaño. Las pacientes con úteros grandes tendrán una mayor cantidad de tejido trofoblástico y por consiguiente una mayor producción de concentración de hormona gonadotropina coriónica (HCG).²¹

Hiperémesis gravídica, es el conjunto de signos y síntomas donde hay vómitos que no se controlan y que llevará a alteraciones en la regulación de electrolitos, pérdida de peso, cetosis, daño al hígado o al riñón. Ocurre en el 30% de las pacientes, debido a la presencia de gran tejido trofoblástico con el consiguiente aumento de la secreción del trofoblasto de beta HCG responsable de que se produzcan las náuseas y los vómitos.¹

Quistes teco-luteínicos, la mayoría de las pacientes (en el 50% de los casos) presentan grandes quistes tecoluteínicos (mayores de 6cm), bilaterales y multiloculados.¹⁶ Se produce por respuesta exagerada de los ovarios a los niveles de concentración altos de beta HCG en sangre, por lo general regresionan espontáneamente en un tiempo de 2 a 4 meses, aunque también pueden complicarse igual que otros quistes de ovario⁵ y pueden ocasionar síntomas agudos en caso se rompan o hagan torsión, que puede obligar a un procedimiento quirúrgico preferentemente laparoscópico.¹⁶

Toxemia precoz, algunas de las pacientes podrían desarrollar preeclampsia. Ocurre en el 27% de los casos antes de las 24 semanas.²¹ El diagnóstico de embarazo molar se debería considerar en todas las pacientes que desarrollan preeclampsia a una temprana edad gestacional.¹⁶

Hipertiroidismo, asociado a taquicardia, temblores y sudoración se observa en una poca cantidad de las pacientes. Ocurre en el 7% de los casos. Se debe a la similitud de la TSH con la subunidad alfa de la HCG.¹ Si se sospecha es importante hacer un examen de dosaje de hormonas tiroideas. Si existe la sospecha de hipertiroidismo es necesario recetarle fármacos bloqueantes beta-adrenérgicos antes de que se realice la evacuación uterina para disminuir el riesgo de una Crisis Tirotóxica.¹⁶

Insuficiencia respiratoria aguda: Hay pocos casos que lo presentan, aparece en el 2%. Aparece por embolismo pulmonar de células trofoblásticas o por la preeclampsia e hipertiroidismo.¹ Se manifiesta un dolor en el tórax, dificultad respiratoria, aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria.¹⁶

Por la presencia de estos signos y síntomas se deben realizar dos exámenes principales para su diagnóstico: dosaje de beta HCG y ecografía pelviana.²¹

Las concentraciones de Hormona Gonadotrofina Coriónica fracción beta elevadas más a lo que correspondería a la edad gestacional son el reflejo de la proliferación de tejido trofoblástico.⁴ Un nivel sérico de subunidad beta de HCG mayor de 100,000 mUL/mL sugiere mola hidatiforme. Se debe considerar que un único valor elevado de bHCG también puede verse en una gestación simple o múltiple normal, por eso un valor aislado de bHCG no debe usarse como única prueba para el diagnóstico de embarazo molar.³

En la ecografía pelviana, es diagnóstico las imágenes en “panal de abejas” o “copos de nieve” producto de la dilatación quística de las vellosidades. Además, nos ayuda a obtener datos importantes como el tamaño del útero que se encuentra aumentado de tamaño en desproporción con la edad gestacional, la ausencia de estructuras embrionarias y por lo tanto de latido fetal, y quistes tecoluteínicos con múltiples tabiques en su interior.²¹

Si bien nos encontramos ante una patología ginecológica de relativa frecuencia, ésta puede conllevar a consecuencias fatales si no es diagnosticada y tratada a tiempo.¹

Las complicaciones se presentan en aproximadamente el 25% de las pacientes. Estas incluyen infección, anemia, hipertiroidismo, hipertensión inducida por el embarazo, hemorragia uterina grave y coagulopatía y. Y por acción del tratamiento de curetaje repetido podría llegar a provocar perforación uterina.¹

Además, existen reportes de Síndrome de Distrés Respiratorio se produce principalmente por el síndrome de embolización trofoblástica. La barrera materno – infantil tiene pequeñas aberturas que provoca la fuga de elementos hísticos y de células. Por eso, es muy común la migración de células del trofoblasto a los pulmones, provocando un conjunto de signos y síntomas de insuficiencia pulmonar aguda.¹

Muchas de las investigaciones han identificado múltiples factores asociados a la presencia de mola hidatiforme, algunos de ellos son:

Edad materna: es el riesgo que mejor se ha estudiado, se ha presentado la asociación entre el hecho de presentar mola hidatiforme y los extremos de la edad materna. Esta relación está presente en ambos tipos de embarazo molar tanto para completa y parcial.¹¹

La edad materna nos ayuda a identificar los grupos de riesgo de la población a ser estudiada, es decir, aquellos intervalos de edad que tienen una mayor posibilidad de daño (de Alto riesgo –menores de 19 años y mayores de 35 años) o los que tienen una menor posibilidad de daño (de Bajo riesgo – entre 20 y 35 años).¹²

Existe una edad comprendida entre 20 y 35 años ideal para el inicio de la reproductiva. Por encima (edad materna avanzada) o por debajo (embarazo adolescente) de estas referencias de edad es más frecuente la mortalidad neonatal y otras complicaciones en el niño como en la madre.¹²

La FIGO definió la edad materna avanzada, a aquella mujer mayor de 35 años. La OMS denomina el embarazo adolescente entre los 10 y 19 años considerándolo como embarazo de riesgo debido a las complicaciones relacionadas con el parto y los abortos mal practicados en malas condiciones.³²

Existe la hipótesis de que habría una mayor probabilidad de la fecundación de un ovocito anormal al comienzo y al final del periodo reproductivo de la mujer, que ha sido demostrada en estudios de asociación, aunque el mecanismo para esta anormalidad aún no es claro.²⁸

Una explicación respecto al mecanismo en las mujeres de mayor edad sería que los óvulos de aquellas mujeres tienen tasas altas de fecundación anormal.²⁷ La cantidad de ovocitos en los ovarios de forma progresiva y natural disminuye por un fenómeno que se denomina atresia. El número máximo de los ovocitos es de 6 - 7 millones a las 20 semanas de gestación en el feto femenino. El número de ovocitos decrece a aproximadamente 1 a 2 millones de ovocitos al nacer, 300 000 a 500 000 en la pubertad, 25 000 a los 37 años y 1 000 a los 51 años, resultando en la disminución de la calidad del ovocito además del aumento del FSH.³⁰

Debido al envejecimiento de la reserva ovárica esto resulta en un mayor riesgo de que los ovocitos realicen la repartición de los cromosomas (meiosis) a las células hijas incorrectamente, que se manifiesta en los embriones con pérdida o ganancia de cromosomas por el proceso ineficaz y errores en la meiosis, finalizando su desarrollo antes de la implantación o en el 1er trimestre del embarazo.²⁹

Por ello, se reconoce la asociación entre el aumento de la edad de la madre y la no disyunción cromosómica, y se presume que a través de un mecanismo parecido se producen ovocitos que son cromosómicamente deficientes y permiten la fecundación dispérmica o la fecundación monospérmica, resultando en una diploidía o triploidía androgenética paterna con mola completa o parcial respectivamente.²⁸

Respecto al mecanismo de asociación con la edad materna joven es complicado de explicar pues no existe estudios que lo relacionen con defectos cromosómicos. Sin embargo, se presume que puede darse si ha presentado múltiples pérdidas anteriores, o por defectos en el sistema endocrino en el periodo perimenarcal que predisponga a la ovulación de ovocitos que funcionen de manera anormal.²⁸

La mayoría de las investigaciones coinciden que el riesgo de MH aumenta fuertemente en mujeres mayores de 40 años. Existen publicaciones que también registran una relativa frecuencia de embarazo molar en mujeres jóvenes (menores de 20 años).²⁰

Es así como teniendo en cuenta lo antes mencionado, se han hallado cifras que evidencian que los extremos inferior y superior de la edad materna conllevan a un mayor riesgo de padecer mola hidatiforme, siendo 1.3 veces en adolescentes y 10 veces mayor en mujeres mayores de 40 años,¹¹ como también el riesgo a malignizarse a neoplasia trofoblástica gestacional es mayor en estas pacientes.³

Sin embargo, dado que la población de mujeres jóvenes se embaraza más debido al inicio temprano de la actividad sexual, los embarazos molares se dan en mayor proporción en mujeres menores de 35 años.⁸

Paridad: La asociación entre la paridad y la presencia de mola hidatiforme es tal vez una consecuencia indirecta del efecto de la edad materna.¹¹

En la mayoría de los casos, el embarazo molar se desarrolla a partir de la fecundación de un óvulo anormal, sin embargo, la mola hidatiforme puede desarrollarse a partir de células que pueden permanecer después de un parto a término.¹³

El mecanismo que explicaría la asociación es que el útero va perdiendo su normalidad fisiológica, disminuye su contractibilidad y elasticidad de las fibras musculares, por lo que en el momento del trabajo de parto y alumbramiento el útero se contrae con poca energía resultando complicaciones a nivel del cuello ofreciendo resistencia, lo cual es causa de la retención de restos placentarios.³³

Al estudiar el efecto de la paridad sobre la susceptibilidad de embarazo molar, la multiparidad se ha asociado a un aumento del riesgo solamente en aquellas mujeres con más de 5 gestaciones previas.¹⁷

Abortos previos: En la mayoría de los casos, el embarazo molar se desarrolla a partir de la fecundación de un ovulo anormal que se convierte en mola en lugar de desarrollar un feto de características normales. Sin embargo, la mola hidatiforme puede desarrollarse a partir de células que pueden permanecer después del legrado de un aborto espontáneo.¹³

Esta condición incrementa la probabilidad de tener un embarazo molar hasta el doble, siendo más común en el caso de pacientes con antecedente de abortos espontáneos, en el que el riesgo aumenta de 2 a 3 veces.¹¹

Las pacientes que han tenido 2 o más abortos existe un riesgo 32 veces mayor en relación con la población general.³

Embarazo molar previo: El antecedente de mola hidatiforme también constituye un riesgo asociado a desarrollar un nuevo embarazo molar en futuras gestaciones, tiene un riesgo 10 veces mayor a la población general.⁹ Según el XXX Congreso Argentino de Ginecología y Obstetricia en el año 2015, un embarazo molar previo aumenta el riesgo de 1 a 2%, mientras que luego de dos embarazos molares, el riesgo en una tercera gestación se incrementa en un 15 a 20%.⁴

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Factores asociados: Cualquier rasgo, atributo o característica cuya presencia se asocia con un aumento de la probabilidad de presentar una enfermedad.³⁴

Mola hidatiforme: Neoplasia benigna del trofoblasto gestacional del primer trimestre del embarazo.²²

Edad Materna: Periodo de tiempo que ha transcurrido a partir de la fecha de nacimiento de la madre.¹²

Paridad: En relación con el número total de embarazos que ha tenido la mujer por vía vaginal o cesárea, productos vivos o muertos, con peso de 500 gramos a más, con un tiempo gestacional > a 20 semanas.¹²

Aborto previo: Antecedente de interrupción de la gestación antes de las 20 semanas o de un producto con un peso < 500 gramos.³

Embarazo molar previo: Antecedente de diagnóstico de mola hidatiforme en gestaciones anteriores.³

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 GENERAL

Hi: Si existen factores asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "María Auxiliadora" en el periodo 2014 - 2018.

Ho: No existen factores asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "María Auxiliadora" en el periodo 2014 - 2018.

2.4.2 ESPECÍFICAS

Hi: Si existe asociación entre la edad materna y la presencia mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "María Auxiliadora" en el periodo 2014 - 2018.

Ho: No existe asociación entre la edad materna y la presencia mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "María Auxiliadora" en el periodo 2014 - 2018.

Hi: Si existe asociación entre la paridad y la presencia mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "María Auxiliadora" en el periodo 2014 - 2018.

Ho: No existe asociación entre la paridad y la presencia mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "María Auxiliadora" en el periodo 2014 - 2018.

Hi: Si existe asociación entre aborto previo y la presencia mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "María Auxiliadora" en el periodo 2014 - 2018.

Ho: No existe asociación entre aborto previo y la presencia mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "María Auxiliadora" en el periodo 2014 - 2018.

Hi: Si existe asociación entre embarazo molar previo y la presencia mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "María Auxiliadora" en el periodo 2014 - 2018.

Ho: No existe asociación entre embarazo molar previo y la presencia mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "María Auxiliadora" en el periodo 2014 - 2018.

2.5 VARIABLES

Variable dependiente

Mola hidatiforme

Variable independiente

Factores asociados

Edad Materna

Paridad

Aborto previo

Embarazo molar previo

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Factores asociados: Características en las gestantes asociadas con el aumento de la probabilidad de presentar mola hidatiforme.

Mola hidatiforme: Ecográficamente caracterizado por tejido intrauterino hiperecogénico con zonas hiperecogénicas en patrón de “panal de abejas”. Histológicamente caracterizado por la degeneración hidrópica de las vellosidades coriales e hiperplasia trofoblástica.²²

Edad materna: Número de años cumplidos al final del embarazo en estudio (control) o al momento del diagnóstico de mola hidatiforme (casos). Considerando tres grupos: menor a 20 años, 20 a 35 años y mayor a 35 años.

Paridad: En relación con el número de partos antes del embarazo en estudio (control) o del diagnóstico de mola hidatiforme (casos). Considerando cuatro grupos: Nulípara no tuvo ningún parto, Primípara solo tuvo un parto, Multípara ha presentado de 2 a 4 partos y Gran multípara que tuvo de 5 a más partos.²⁴

Aborto previo: Pérdida gestacional anterior al embarazo en estudio (control) o del diagnóstico de mola hidatiforme (casos).

Embarazo molar previo: Diagnóstico de mola hidatiforme anterior al embarazo en estudio (control) o del diagnóstico de mola hidatiforme (casos).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Cuantitativo: Se empleó métodos estadísticos para determinar los factores asociados a la presencia de mola hidatiforme.

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional: Se estudiaron las variables sin la intervención del investigador, no ejerce manipulación.

Retrospectivo: La información recolectada pertenece al pasado, cuando el evento estudiado ya ha tenido lugar al inicio de la investigación.

Transversal: Las variables fueron medidas en un determinado periodo de tiempo en una sola ocasión.

Analítico de casos y controles: Se estudió la asociación entre las variables, identificando a un grupo de pacientes con la enfermedad y un grupo control sin la enfermedad, comparando la exposición de cada grupo a los factores en estudio.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Correlacional: Dirigido a medir el grado de asociación causal que existe entre las dos variables.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN GENERAL

Pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014 - 2018.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CASOS: Pacientes con diagnóstico clínico, ecográfico y/o anatomopatológico de mola hidatiforme.

Criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico clínico de embarazo molar confirmado mediante ecografía y/o biopsia de legrado con informe anatomopatológico de mola hidatiforme.

Pacientes con historia clínica con datos completos.

Criterios de exclusión:

Pacientes con sintomatología parecida a embarazo molar y/o hallazgo ecográfico sospechoso, con informe anatomopatológico diferente a mola hidatiforme.

Pacientes con historia clínica con datos incompletos.

CONTROLES: Pacientes que completaron exitosamente la gestación, con el nacimiento del producto vivo.

Criterios de inclusión:

Pacientes hospitalizadas por parto eutócico, con 6 a más controles prenatales y un tiempo gestacional mayor a 37 semanas y menor de 42 semanas por FUR en las salas de puerperio del servicio.

Pacientes con historia clínica con datos completos.

Criterios de exclusión:

Pacientes que no hospitalizadas en las salas de puerperio del servicio.

Pacientes con diagnóstico clínico de embarazo molar confirmado mediante ecografía y/o biopsia de legrado con informe anatomopatológico de mola hidatiforme.

Pacientes con historia clínica con datos incompletos.

POBLACIÓN OBJETIVO

Pacientes con diagnóstico clínico, ecográfico y/o anatomopatológico de mola hidatiforme atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "María Auxiliadora" en el periodo 2014 - 2018.

N= 44

MUESTRA

Con un muestreo No probabilístico por conveniencia, la muestra estuvo conformada por 176 pacientes dividido en dos grupos:

CASOS

Se trabajó con el 100% de la población objetivo. No se aplicó fórmula estadística por ser los casos de mola hidatiforme no muy numeroso y por necesidad del estudio, así mismo fue lo suficientemente representativo por los 4 años que abarcó la investigación correspondiente al periodo 2014 – 2018, para obtener un análisis significativo. (N= 44)

CONTROLES

Por cada caso se trabajó con 3 controles para aumentar la potencia estadística de la investigación y obtener un análisis significativo en la investigación. Se tomaron en cuenta a las gestantes que completaron exitosamente la gestación con el nacimiento del producto vivo y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para controles. (N= 132)

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICA: Análisis documental

Se realizó la recolección de datos mediante fuentes de información secundaria, puesto que se obtuvo de las historias clínicas. Se estudiaron los datos de los casos previamente identificados con diagnóstico de mola hidatiforme del servicio de gineco obstetricia de la base de datos del Hospital “María Auxiliadora”.

INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos

Se elaboró una ficha de recolección validada por 3 expertos para el registro de la información de las historias clínicas, se ubicaron las notas médicas, el informe ecográfico y/o el informe anatomopatológico y demás información importante para el estudio de las variables.

En la ficha de recolección de datos no se registraron los nombres y apellidos de la paciente, fue de manera anónima donde sólo se tuvo en cuenta el número de la historia clínica, y se tomaron los datos necesarios para evaluar tanto la variable dependiente e independiente.

Para la variable independiente Factores asociados se evaluó mediante los siguientes indicadores:

Edad Materna, se tuvo en cuenta el número de años de la paciente, y se indicó en cuál de los siguientes de intervalo de edad pertenecía:

< 20 años, 20 – 35 años, > 35 años. Se consideró dos opciones Si o No, para aceptar o negar la opción.

Paridad, se tuvo en cuenta el número de partos de la paciente, y en referencia a lo registrado se indicó en cuál de las siguientes opciones pertenecía: nulípara, primípara, multípara, gran multípara. Se consideró dos opciones Si o No, para aceptar o negar la opción.

Aborto previo, se consideró dos opciones Si o No, para aceptar o negar dicho factor.

Embarazo molar previo, se consideró dos opciones indicar Si o No, para aceptar o negar dicho factor.

Para variable dependiente Mola hidatiforme se evaluó mediante el siguiente indicador:

Diagnóstico de Mola hidatiforme, se consideró solo dos opciones el Si o el No, para aceptar o negar dicha condición.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó una Carta de Autorización por parte del Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, y con la aceptación se procedió a solicitar a la Dirección General del Hospital “María Auxiliadora” el permiso para la ejecución del estudio, posteriormente con el permiso concedido (Anexo 5) se procedió a buscar los números de las historias clínicas con ayuda de la Oficina de Estadística con el fin de aplicar la ficha de recolección de datos (Anexo 2) previamente validada por 3 expertos.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

PROCESAMIENTO DE DATOS

A partir de la ficha de recolección de datos aplicada a las historias clínicas, la información de las variables evaluadas fue digitalizadas y tabuladas en una hoja de cálculo de Microsoft Excel versión 2016, se realizó una base de datos y se procesó mediante el programa IBM SPSS versión 25.0.

ANÁLISIS DE DATOS

Utilizando el paquete estadístico SPSS v25.0, se realizó el análisis descriptivo de las variables mediante tablas de frecuencias y porcentajes. El análisis inferencial determinando la asociación entre las variables mediante las pruebas no paramétricas de Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher (cuando el 20% de casillas o superior a este porcentaje presentaban frecuencias menores a 5, el resultado de Chi cuadrado no fue válido y se utilizó la prueba exacta de Fisher), considerando la asociación significativa si p valor es <0.05 . Así mismo, para estimar el riesgo se utilizó el cálculo de Odds Ratio (OR) con intervalo de confianza del 95% (se consideró un factor de riesgo si el valor del OR es >1 siendo los límites superior e inferior del IC95% >1).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo a los principios de beneficencia y no maleficencia del Código de Ética y Deontología del CMP y siguiendo el artículo 42 y 43 del Capítulo 6 y, el artículo 63 del Capítulo 2, la investigación respetando los principios establecidos en la Declaración de Helsinki decretada por la Asociación Médica Mundial en el año 1964, y contando con la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Privada San Juan Bautista y de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital “María Auxiliadora” para su ejecución, se garantizó que los datos obtenidos fueron exclusivamente utilizados para fines de la investigación, no estuvo en riesgo la integridad de las personas pues sólo se tomaron los datos registrados en las historias clínicas y se guardó la confidencialidad de la información e identidad del paciente empleando códigos que identificaron a la historia clínica.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

TABLA N° 01. FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE MOLA HIDATIFORME EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “MARÍA AUXILIADORA” EN EL PERIODO 2014 – 2018.

FACTORES ASOCIADOS		CASO (N= 44)		CONTROL (N= 132)		p VALOR	OR	IC 95%
		N	%	N	%			
Edad maternal								
< 20 años	Si	5	11,4%	21	11,9%	0,462 [^]	0,678	0,239 – 1,920
	No	39	88,6%	111	84,1%			
20 – 35 años	Si	23	52,3%	95	72,0%	0,016[^] *	0,427	0,211 – 0,862
	No	21	47,7%	37	28,0%			
> 35 años	Si	16	36,4%	17	12,9%	0,001[^] *	3,866	1,741 – 8,585
	No	28	63,6%	115	87,1%			
Paridad								
Nulípara	Si	15	34,1%	44	33,3%	0,927 [^]	1,034	0,503 – 2,127
	No	29	65,9%	88	66,7%			
Primípara	Si	4	9,1%	31	23,5%	0,038[^] *	0,326	0,108 – 0,982
	No	40	90,9%	101	76,5%			
Múltipara	Si	21	47,7%	49	37,1%	0,213 [^]	1,547	0,777 – 3,080
	No	23	52,3%	83	62,9%			
Gran Múltipara	Si	4	9,1%	8	6,1%	0,733 ⁺	1,550	0,443 – 5,421
	No	40	90,9%	124	93,9%			
Aborto previo								
Si		20	45,5%	37	28,0%	0,032[^] *	2,140	1,058 – 4,328
No		24	54,5%	95	72,0%			
Embarazo molar previo								
Si		5	11,4%	2	1,5%	0,011⁺ *	8,333	1,556 – 44,642
No		39	88,6%	130	98,5%			

[^]Chi cuadrado +Prueba exacta de Fisher

*p≤0.05 Significativo

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla N° 01, se presentan los factores asociados a la presencia de mola hidatiforme en el HMA, periodo 2014 - 2018. Se aprecia que del total de las pacientes:

Entre la edad materna y mola hidatiforme, se obtuvo asociación estadística significativa en el rango de edad de 20 a 35 años con un $p=0,016$ ($<0,05$), y presentando un $OR= 0,427$ con $IC95\%$ (0,211 – 0,862) siendo un factor de protección para mola hidatiforme. Así mismo, el rango de edad mayor a 35 años presentó asociación estadística significativa con un $p=0,001$ ($<0,05$), y presentando un $OR= 3,866$ con $IC95\%$ (1,741 – 8,585) siendo un factor de riesgo para mola hidatiforme.

Entre la paridad y mola hidatiforme, se encontró asociación estadística significativa entre la primiparidad y mola hidatiforme con un $p=0,038$ ($<0,05$), y presentando un $OR=0,326$ con $IC95\%$ (0,108 – 0,982) siendo un factor de protección para mola hidatiforme.

Entre el aborto previo y mola hidatiforme, resultó que existe asociación estadística significativa con un $p=0,032$ ($p<0,05$), y presentando un $OR=2,140$ con $IC95\%$ (1,058 – 4,328) siendo un factor de riesgo para mola hidatiforme.

Entre el embarazo molar previo y mola hidatiforme, se observó asociación estadística significativa con un $p=0,011$ ($<0,05$) y presentando un $OR=8,333$ con $IC95\%$ (1,556 – 44,642) siendo un factor de riesgo para mola hidatiforme.

TABLA N° 02. EDAD MATERNA ASOCIADO A LA PRESENCIA DE MOLA HIDATIFORME EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “MARÍA AUXILIADORA” EN EL PERIODO 2014 – 2018.

Edad materna	CASO (N= 44)		CONTROL (N= 132)		p VALOR	OR	IC 95%
	N	%	N	%			
< 20 años							
Si	5	11,4%	21	15,9%	0,462 [^]	0,678	0,239 – 1,920
No	39	88,6%	111	84,1%			
20 – 35 años							
Si	23	52,3%	95	72,0%	0,016[^] *	0,427	0,211 – 0,862
No	21	47,7%	37	28,0%			
> 35 años							
Si	16	36,4%	17	12,9%	0,001[^] *	3,866	1,741 – 8,585
No	28	63,6%	115	87,1%			

[^]Chi cuadrado

*p≤0.05 Significativo

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla N° 02, se presenta la edad materna como factor asociado a la presencia de mola hidatiforme en el HMA, periodo 2014 - 2018. Se aprecia que del total de las pacientes:

El 11,4% de los casos se encontraban en el rango de edad menor a 20 años, comparado con el 15,9% de los controles. Al realizar la prueba de Chi cuadrado se obtuvo un p valor de 0,462 (>0.05) no existiendo asociación estadística significativa. Presentando un OR=0,678 con un IC 95% (0,211 – 0,862), siendo un valor no significativo.

El 52,3% de los casos se encontraban en el rango de edad entre los 20 y 35 años comparado con el 72,0% de los controles. Al realizar la prueba de Chi cuadrado se obtuvo un p valor de 0,016 ($<0,05$) existiendo asociación estadística significativa. Presentando un OR= 0,427 con un IC 95% (0,211 – 0,862), se evidencia que la edad entre los 20 y 35 años es un factor de protección para mola hidatiforme.

El 36,4% a los casos se encontraban en el rango de edad mayor a 35 años, comparado al 12,9% de los controles. Al realizar la prueba de Chi cuadrado se obtuvo un p valor de 0,001 ($<0,05$) existiendo asociación estadística altamente significativa. Presentando un OR= 3,866 con IC 95% (1,741 – 8,585), se evidencia que la edad mayor a 35 años es un factor de riesgo para mola hidatiforme.

TABLA N° 03. PARIDAD ASOCIADO A LA PRESENCIA DE MOLA HIDATIFORME EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “MARÍA AUXILIADORA” EN EL PERIODO 2014 – 2018.

Paridad	CASO (N= 44)		CONTROL (N= 132)		P VALOR	OR	IC 95%
	N	%	N	%			
Nulípara							
Si	15	34,1%	44	33,3%	0,927 [^]	1,034	0,503 – 2,127
No	29	65,9%	88	66,7%			
Primípara							
Si	4	9,1%	31	23,5%	0,038[^] *	0,326	0,108 – 0,982
No	40	90,9%	101	76,5%			
Múltipara							
Si	21	47,7%	49	37,1%	0,213 [^]	1,547	0,777 – 3,080
No	23	52,3%	83	62,9%			
Gran Múltipara							
Si	4	9,1%	8	6,1%	0,733 ⁺	1,550	0,443 – 5,421
No	40	90,9%	124	93,9%			

[^]Chi cuadrado +Prueba exacta de Fisher

*p ≤ 0.05 Significativo

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla N° 03, se presenta la paridad como factor asociado a la presencia de mola hidatiforme en el HMA, periodo 2014 - 2018. Se identificó que del total de las pacientes:

El 34,1% los casos eran nulíparas, comparado con el 33,3% de los controles. No existiendo asociación estadística significativa entre la nuliparidad y la presencia de mola hidatiforme ($p=0,927$ OR=1,034 IC 95%:0,503 – 2,127)

El 9,1% de los casos fueron primíparas, comparado con el 23,3% de los controles. Al realizar la prueba de Chi cuadrado se obtuvo un p valor de 0,038 (<0.05) existiendo asociación estadística significativa. Presentando un OR=0,326 con un IC del 95% (0,108 – 0,982), se evidencia que la primiparidad es un factor de protección para mola hidatiforme.

El 47,7% de los casos fueron múltiparas, comparado con el 37,1% de los controles. No existiendo asociación estadística significativa entre la multiparidad y la presencia de mola hidatiforme ($p=0,213$ OR=1,547 IC 95%: 0,777 – 3,080)

El 9,1% de los casos fueron gran múltiparas, comparado con el 6,1% de los controles. No existiendo asociación estadística significativa entre la gran multiparidad y la presencia mola hidatiforme ($p=0,733$ OR=1,550 IC 95%:0,443 – 5,421).

TABLA N° 04. ABORTO PREVIO ASOCIADO A LA PRESENCIA DE MOLA HIDATIFORME EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “MARÍA AUXILIADORA” EN EL PERIODO 2014 – 2018.

Aborto previo	CASO (N= 44)		CONTROL (N= 132)		p VALOR	OR	IC 95%
	N	%	N	%			
Si	20	45,5%	37	28,0%	0,032 [^] *	2,140	1,058 – 4,328
No	24	54,5%	95	72,0%			

[^]Chi cuadrado

*p ≤ 0.05 Significativo

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla N°4, se presenta el aborto previo como factor asociado a la presencia de mola hidatiforme en el HMA, periodo 2014 - 2018. Se aprecia que del total de las pacientes:

El 45,5% de los casos si presentaron aborto previo, comparado con el 28,0% de los controles. Al realizar la prueba de Chi cuadrado se obtuvo un p valor de 0,032 (p<0.05) existiendo asociación estadística significativa entre el aborto previo y mola hidatiforme. Presentando un OR=2,140 con un IC del 95% (1,058 – 4,328), que conlleva a un riesgo de 2,14 veces más de presentar mola hidatiforme en comparación con las que no presentaron este factor.

TABLA N° 05. EMBARAZO MOLAR PREVIO ASOCIADO A LA PRESENCIA DE MOLA HIDATIFORME EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “MARÍA AUXILIADORA” EN EL PERIODO 2014 – 2018.

Embarazo molar previo	CASO (N= 44)		CONTROL (N= 132)		p VALOR	OR	IC 95%
	N	%	N	%			
Si	5	11,4%	2	1,5%	0,011+ *	8,333	1,556 – 44,642
No	39	88,6%	130	98,5%			

+Prueba exacta de Fisher

*p ≤ 0.05 Significativo

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla N° 04, se presenta el embarazo molar como factor asociado a la presencia de mola hidatiforme en el HMA, periodo 2014 - 2018. Se observa que del total de las pacientes:

El 11,4% de los casos presentaban embarazo molar previo, comparado con el 1,5% de los controles. Al realizar la prueba de Chi cuadrado se obtuvo un p valor de 0,011 (<0.05) existiendo asociación estadística significativa entre el embarazo molar previo y mola hidatiforme. Presentando un OR=8,333 con un intervalo de confianza del 95% (1,556 – 44,642), que conlleva a un riesgo de 8,333 veces más de presentar mola hidatiforme en comparación con las que no presentaron este factor.

4.2 DISCUSIÓN

Se identificaron los factores asociados a la presencia de mola hidatiforme en las pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” durante el periodo 2014 – 2018. A continuación, se discuten los principales hallazgos con investigaciones previas:

Respecto a la edad materna, se evidenció que existe asociación estadística significativa en el rango de edad entre 20 a 35 años ($p=0,016$) y presentando un $OR= 0,427$ con $IC95\%$ ($0,211 - 0,862$) siendo un factor de protección para mola hidatiforme, en controversia con **Huanca Llamo J.** que demostró que la edad menor a 20 años fue un factor protector ($p=0.000$ $OR: 0.136$ $IC 95\%: 0.038 - 0.488$) para el desarrollo ETG.

Así mismo, en nuestros resultados se observó que la edad mayor a 35 años con asociación estadística significativa ($p=0,001$ $OR= 3,866$ $IC95\%: 1,741 - 8,585$) fue un factor de riesgo, que conlleva que las mujeres mayores de 35 años tienen 3,866 veces más de presentar mola hidatiforme en comparación con las que no presentaron este factor. Lo encontrado coincide a lo encontrado por **Mulisya O. et al.** que demostró que presentar mola hidatiforme es 13.5 veces mayor en pacientes con edad materna de 35 años a más ($p= 0.00$ $OR: 13.5$ $IC 95\%: 1.46 - 125.31$), en controversia con **Sumire Yopez, I.G.** que al analizar los extremos de edad, las edades menores de 20 años ($p=0.071$ $OR: 2.059$ $IC95\%: 0.932 - 4.548$) y mayor a 35 años ($p=0.358$ $OR:1.353$ $IC95\%: 0.709 - 2.581$), ninguno estuvo asociado significativamente y no fue un factor de riesgo para ETG.

Referente a la paridad, se estableció que existe asociación estadística significativa entre la primiparidad ($p=0,038$) y mola hidatiforme, presentando un $OR=0,326$ con $IC95\%$ ($0,108 - 0,982$) siendo un factor de protección. Por otro lado, no se encontró asociación estadística significativa respecto a la multiparidad ($p=0,213$ $OR=1,547$ $IC95\%$: $0,777 - 3,080$) y la gran multiparidad ($p=0,733$ $OR=1,550$ $IC95\%$: $0,443 - 5,421$). Los resultados difieren con lo encontrado por **Sumire Yopez, I.G.** que observó que la nuliparidad es un factor protector con respecto a la gran multiparidad ($p=0.000$ $OR:0.382$ $IC95\%$: $0.283 - 0.517$), las gran múltiparas presentaban 8,714 veces más riesgo de ETG ($p=0.000$ $OR: 8.714$). Así mismo **Sánchez Carranza, A.** que demostró que la gran multiparidad fue un factor de riesgo estadísticamente significativo y representó 3,475 veces más riesgo para desarrollar de ETG. ($p=0.001$ $OR: 3.475$, $IC 95\%$: $1.672 - 7.223$). Mientras **García LLique, L.P.** concluyó que la multiparidad fue un factor de riesgo estadísticamente significativo y representa 5.41 veces más riesgo para el desarrollo de ETG ($p<0.05$ $OR: 5.41$ $IC95\%$: $1.92 - 9.68$), como también lo evidenció **Huanca Llamo J.** que concluyó que la multiparidad aumenta 3.35 veces más el riesgo para desarrollar ETG ($p=0.000$ $OR: 3.351$ $IC95\%$: $1.467 - 7.652$).

Respecto a el aborto previo como factor de riesgo de mola hidatiforme, se encontró que existe asociación estadística significativa ($p=0,032$ $OR=2,140$ $IC95\%$: $1,058 - 4,328$) siendo un factor de riesgo, que conlleva a un riesgo de 2,14 veces más de presentar mola hidatiforme. En concordancia por lo encontrado por **Mulisya, O et al.** que observó que las pacientes con antecedente de aborto previo tienen 4.3 veces más riesgo de presentar mola hidatiforme ($p= 0.05$ $OR: 4,3$ $IC95\%$: $1,00 - 18,57$). Al igual que **Sánchez Carranza A.** que determinó que el antecedente de aborto representa 8.298 veces más riesgo para el desarrollo de ETG ($p<0.05$ $OR: 8.298$, $IC 95\%$: $3,860 - 17,840$).

Así mismo, **Huanca Llamo J.J** que concluyó que el antecedente de aborto incrementa 6.543 veces el riesgo de presentar ETG. ($p=0.000$ OR: 6.543 IC 95%: 3,121 – 13,739), como también evidenció **Sumire Yopez, I.G.** en su investigación que las pacientes con antecedente de aborto tienen 2.53 veces más riesgo de presentar ETG ($p=0.009$ OR: 2.53 IC95%: 1,249 – 5,128). En contraparte por lo señalado por **Kitange B. et al.** que no encontró asociación significativa entre el antecedente de aborto previo y mola hidatiforme ($p= 0,66$ OR:1,0 IC95%: 0,3 – 2,0).

Por último, la investigación concluyó que entre el embarazo molar previo y mola hidatiforme existe asociación estadística significativa siendo un factor de riesgo ($p=0,011$ OR=8,333 IC95%:1,556 – 44,642), que conlleva a un riesgo de 8,333 veces más de presentar mola hidatiforme en comparación con los que no presentaron este factor. Este resultado coincidió con lo encontrado por **Sánchez Carranza, A** que determinó que el antecedente de embarazo molar representó 3 veces más riesgo para el desarrollo de ETG ($p=0.014$ OR: 3.081, IC 95%: 2,555 – 3,716). Sin embargo, **Huanca Llamo J.J.** no estableció asociación significativa entre el antecedente de embarazo molar y ETG ($p=0.156$ OR:3.034 IC95%: 2,462 – 3,739).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Los factores asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014-2018 fueron: la edad materna mayor a 35 años, el aborto previo y el embarazo molar previo.

Respecto a la edad materna se analizó que la edad mayor a 35 años con asociación estadística significativa conlleva a un riesgo de 3,866 veces más de presentar mola hidatiforme.

En cuanto a la paridad se estableció que existe asociación estadística significativa respecto a la primiparidad siendo un factor protector para mola hidatiforme.

Se demostró que existe asociación estadística significativa entre el aborto previo y la presencia de mola hidatiforme que conlleva a un riesgo de 2,14 veces más de presentar mola hidatiforme en comparación con las que no presentaron este factor.

Se evidenció que existe asociación estadística significativa entre el embarazo molar previo y mola hidatiforme que conlleva a un riesgo de 8,333 veces más de presentar mola hidatiforme en comparación con las que no presentaron este factor.

5.2 RECOMENDACIONES

Efectivizar el Protocolo de Atención Preconcepcional que es parte del paquete de Atención Integral de Salud de la Madre del Ministerio de Salud, que con el fin de planificar un embarazo y/o preparar la una mujer para la gestación prioriza la evaluación del riesgo gestacional. Asu vez se sugiere la actualización de la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas reforzando el manejo del embarazo molar con énfasis en identificar los factores de riesgo asociados a la presencia de mola hidatiforme que evidenció la investigación (edad materna mayor a 35 años, aborto previo y embarazo molar previo).

Fomentar una maternidad saludable y segura, garantizando una adecuada Atención Preconcepcional captando en forma temprana a las mujeres mayores de 35 años con intención de un embarazo con el objetivo de informar los riesgos que conlleva y tomar una decisión informada. Y en aquellas mujeres mayores de 35 años embarazadas brindar una efectiva Atención Prenatal Reenfocada para la vigilancia, evaluación y prevención de complicaciones que puedan condicionar la morbimortalidad materna y perinatal.

Aunque la investigación no evidenció que la paridad sea un factor de riesgo asociado a la presencia de mola hidatiforme, se recomienda promover la Estrategia Sanitaria de Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y el fortalecimiento de la consejería de métodos de planificación familiar, permitiendo reducir el número de embarazos y partos riesgosos.

Reforzar el criterio médico de establecer como examen complementario el estudio anatomopatológico de los productos evacuados post legrado, como estrategia principal para mejorar la epidemiología de mola hidatiforme. Así mismo, se sugiere orientar a estas pacientes del riesgo a desarrollar mola hidatiforme en futuros embarazos, realizar la consejería de métodos anticonceptivos post legrado y el seguimiento por parte del servicio de gineco obstetricia antes de que vuelva buscar un embarazo.

Realizar el seguimiento por parte del servicio de gineco obstetricia con apoyo del servicio de oncología en aquellas pacientes con antecedente de embarazo molar previo por el potencial maligno que presenta esta patología. Así mismo se sugiere llevar a cabo estudios prospectivos dirigidos a investigar el uso de metotrexato como tratamiento profiláctico en pacientes con mola hidatiforme por el alto riesgo de malignidad y de hacer recurrencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Mercedes, L., Calero Castillo, S.N. Características clínicas, manejo y seguimiento en pacientes con mola hidatiforme ingresada en el servicio de ARO I, HEODRA en el periodo de enero 2013 a mayo 2016. [tesis doctoral]. León, Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017.
2. Moncayo Pionce, F. A. Incidencia y factores de riesgo asociados a la enfermedad trofoblástica gestacional en los años 2013 – 2016 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. [tesis de pregrado]. Guayaquil, Ecuador. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017.
3. Guamán Mizhirumbay A. L., Lazo Alvarez J. A. 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. [tesis de pregrado]. Cuenca, Ecuador. Universidad de Cuenca; 2016.
4. Albinagoria O., Saona U. Enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Aspectos epidemiológicos y clínicos. Rev. méd. hered. 1994; 5(4): 180-6.
5. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas, Hospital María Auxiliadora – Departamento de Gineco Obstetricia. Lima: Ministerio de Salud; 2012.
6. Ministerio de Salud. Módulos de Capacitación en Emergencias Obstétricas y Neonatales, Biblioteca Virtual en Salud. Lima: Ministerio de Salud; 1997.
7. Tse K.Y., Ngan H.Y. Gestational trophoblastic disease. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology. 2012; 26(3): 357 – 70.

8. Sánchez Carranza, A. Factores de riesgo asociados a embarazo molar en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre enero 2010 – diciembre 2014. [tesis de pregrado]. Iquitos, Perú. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2015.
9. De León Fajardo, J.P. Incidencia de enfermedad del trofoblasto gestacional: Estudio histopatológico del primer y segundo trimestre del embarazo. [tesis de postgrado]. Guatemala, Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015.
10. Rodríguez Sánchez, L.A. Características clínico-epidemiológicas y factores de riesgo de enfermedades trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2005 – 2015. [tesis de pregrado]. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
11. Galaz Montoya, C.I., Razo Aguilera G., Grether González P., Aguinaga Ríos M. Aspectos genéticos de la mola hidatiforme. Rev. Perinatol Reprod Hum, 2015; 29(3):113-117.
12. Tipula Arpasi, E.I. Factores maternos asociados a la macrosomía fetal en las gestantes que acuden al Hospital Hipólito Unanue de Tacna, enero a junio del 2011. [tesis de pregrado]. Tacna, Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013.
13. Ramírez, P.T., Gershenson, D.M. Enfermedad trofoblástica gestacional, embarazo molar. Manual MSD. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/cánceres-del-aparato-reproductor-femenino/mola-hidatiforme> (citado: 10 agosto del 2019)
14. Soria Céspedes, D., Lazos Ochoa, M., Ventura Molina, V. Coriocarcinoma gestacional: Estudio clínico patológico de 22 casos registrados en el Hospital General de México. Rev Med Hosp Gen Mex. 2006; 69(3):138-143.

15. DeCherney, A.H., Nathan, L., Laufer, N., Roman, A.S. Enfermedades Trofoblásticas Gestacionales. 11a. Edición. México: McGraw Hill; 2014.
16. Consenso de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Congreso Argentino de Ginecología y Obstetricia; 2015.
17. Agustín, A., Saviron R., Lerma, D., Herrero, A., Campillos, J. Casos clínicos: Coriocarcinoma postgestacional. Rev Chil Obstet Ginecol. 2015; 80(5): 405 – 411.
18. Llique, G., Paul, L. Multiparidad como factor de riesgo para la enfermedad trofoblástica en el Hospital de Belén de Trujillo. [tesis de pregrado]. Trujillo, Perú. Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
19. Llano Huanca, J.J. Factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Hipólito Unanue durante el periodo de Enero del 2014 a Diciembre del 2018. [tesis de pregrado]. Lima, Perú. Universidad Ricardo Palma; 2019.
20. Malagón Londoño, G. Manejo Integral de Urgencias. 3ª Edición. Bogotá: Editorial Medica Panamericana; 2004.
21. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica del Servicio de Ginecología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Departamento de Ginecología y Obstetricia. Lima, Ministerio de Salud; 2011.
22. Cabero Roura, L., Saldívar Rodríguez, D. Operatoria Obstétrica. Una visión actual. México: Editorial Medica Panamericana; 2009.
23. Kitange, B., Matovelo, D., Konje, E., Massinde, A., Rambau, P. Hydatidiform moles among patients with incomplete abortion in Mwanza City, North western Tanzania. Afr Health Sci. 2015;15(4):1081-1086.

24. Sumire Yopez, I.G. Enfermedad trofoblástica gestacional: Factores asociados a su presentación en el Hospital Regional del Cusco, 2010 – 2018. [tesis de pregrado]. Cusco, Perú. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2019.
25. Mulisya, O., Roberts, D. J., Sengupta, E. S., Agaba, E., Laffita, D., Tobias, T. Prevalence and Factors Associated with Hydatidiform Mole among Patients Undergoing Uterine Evacuation at Mbarara Regional Referral Hospital. *Obstetrics and Gynecology International*. 2018.
26. Gockley, A., Melamed, A., Joseph, N., Clapp, M., Sun, S., Goldstein, A., et al. The effect of adolescence and advanced maternal age on the incidence of complete and partial molar pregnancy. *Gynecologic oncology*. 2016; 140(3): 470-473.
27. Hoffman, B., Schorge, J., Schaffer, J., Halvorson, L., Bradshaw, K., Cunningham, F. *Williams Ginecología*. 2da Edición. México: McGraw Hill; 2014.
28. Snijders, R.J., Sebire, N.J., Nicolaides, K.H. Maternal age and gestational age-specific risk for chromosomal defects. *Fetal diagnosis and therapy*. 1995;10(6): 356-367.
29. Instituto Marques. Edad materna avanzada. Disponible en: <https://institutomarques.com/glosario/edad-materna-avanzada/> (citado: 23 agosto del 2019).
30. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Age-related fertility decline: a committee opinion. *Fertility and sterility*. 2008; 90(5): S154-S155.
31. Durón González, R., Bolaños Morera, P. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. *Asociación Costarricense de Medicina Legal*. Edición virtual. 2018; Vol.35, 1 – 14.

32. Reyes, O.F., Coello, A.E., Medrano, J.C., Gonzales, D., Mendoza, A. F., Rodríguez, M.E., García, A.M. iMedPub Journals. Archivos de medicina. 2016;12(4): 4.
33. Yupanqui Chiriboga, E.M. Riesgo de mortalidad materna en embarazadas en el cantón Saquisilí 2004-2008. [tesis para optar el grado de Magister]. Guayaquil, Ecuador. Universidad de Guayaquil; 2011.
34. Organización Mundial la Salud. Factores de riesgo. Disponible en: <https://www.who.int/topics/risk factors/es/> (citado: 29 de agosto del 2019).

ANEXOS

ANEXO N° 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: Jacqueline Aguilar Miranda

ASESOR: Francisco Vallenos Pedemonte

LOCAL: Chorrillos

TEMA: Factores asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "María Auxiliadora" en el periodo 2014 - 2018

VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES ASOCIADOS			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Edad materna			
< 20 años	SI, NO	Ordinal	Ficha de recolección de datos
20 – 35 años	SI, NO		
> 35 años	SI, NO		
Paridad			
Nulípara	SI, NO	Ordinal	Ficha de recolección de datos
Primípara	SI, NO		
Múltipara	SI, NO		
Gran Múltipara	SI, NO		
Abortos previos	SI, NO	Nominal	Ficha de recolección de datos
Embarazo molar previo	SI, NO	Nominal	Ficha de recolección de datos
VARIABLE DEPENDIENTE: MOLA HIDATIFORME			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Diagnóstico de Mola Hidatiforme	SI, NO	Nominal	Ficha de recolección de datos

ANEXO N° 03: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTO

INFORME DE OPINION DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *VALLINAS PEDEMONTE FRANCISCO*
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Docente UPSTB*
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.5 Autor(a) del instrumento: Jacqueline Aguilar Miranda

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.				80%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Factores asociados, Mola Hidatiforme.				80%	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los Factores asociados a la presencia de Mola Hidatiforme.				80%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Observacional, Retrospectivo, Transversal, Analítico de Casos y Controles.				80%	

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

80%

Lugar y Fecha: Lima 31 Octubre de 2019

SERVICIO MEDICO "MI SALUD"
 MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
 DR. EN SALUD PUBLICA - DR. EN EDUCACION

Firma del Experto: *[Firma]*
 D.N.I N° *DR. FRANCISCO VALLINAS PEDEMONTE*
 C.M.P. 20528 R.N.E. 032191

Teléfono:

INFORME DE OPINION DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: ELSI BAZÁN RODRIGUEZ
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente UPSJB
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.5 Autor(a) del instrumento: Jacqueline Aguilar Miranda

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Factores asociados, Mola Hidatiforme.					85%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los Factores asociados a la presencia de Mola Hidatiforme.					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Observacional, Retrospectivo, Transversal, Analítico de Casos y Controles.					85%

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

..... Aplica

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

85%

Lugar y Fecha: Lima 31 Octubre de 2019


ELSI BAZÁN RODRIGUEZ
 Firmante
 D.N.I N° 1728778
 Teléfono: 929414899

INFORME DE OPINION DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: CALUPE NAVARRETE JESSICA PILAR
 1.2 Cargo e institución donde labora: Médico Ginecóloga - HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.5 Autor(a) del instrumento: Jacqueline Aguilar Miranda

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				70%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.				70%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Factores asociados, Mola Hidatiforme.				70%	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				70%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				70%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los Factores asociados a la presencia de Mola Hidatiforme.				70%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				70%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				70%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Observacional, Retrospectivo, Transversal, Analítico de Casos y Controles.				70%	

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

70%

Lugar y Fecha: Lima 31 Octubre de 2019

Jessica Pilar Calupe Navarrete
 DRA. Jessica Pilar Calupe Navarrete
 Médico Ginecóloga

Experto
 D.N.I. N°

Teléfono:

ANEXO N° 04: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: Jacqueline Aguilar Miranda

ASESOR: Francisco Vallenias Pedemonte

LOCAL: Chorrillos

TEMA: Factores asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014- 2018.

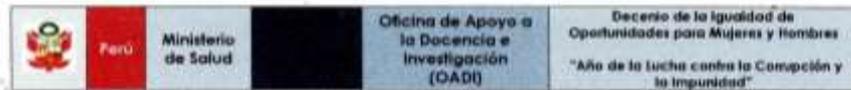
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: PG: ¿Cuáles son los factores asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014 - 2018?</p> <p>Específicos: PE 1: ¿Es la edad materna un factor asociado a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014 - 2018?</p>	<p>General: OG: Determinar los factores asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014 - 2018.</p> <p>Específicos: OE 1: Analizar si la edad materna es un factor asociado a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014 - 2018.</p>	<p>General: HG: Si existen factores asociados a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el 2014 - 2018.</p> <p>Específicos: HE 1: Si existe asociación entre la edad materna y la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el 2014 - 2018.</p>	<p>Variable Independiente: FACTORES ASOCIADOS</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Edad materna. Paridad. Abortos previos. Embarazo molar previo <p>Variable Dependiente: MOLA HIDATIFORME</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de Mola Hidatiforme

<p>PE 2: ¿Es la paridad un factor asociado a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014 - 2018?</p>	<p>OE 2: Establecer si la paridad es un factor asociado a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014 - 2018.</p>	<p>HE 2: Si existe asociación entre la paridad y la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el 2014 - 2018.</p>	
<p>PE 3: ¿Es el aborto previo un factor asociado a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014 - 2018?</p>	<p>OE 3: Demostrar si el aborto previo es un factor asociado a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014 - 2018.</p>	<p>HE 3: Si existe asociación entre el aborto previo y la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el 2014 - 2018.</p>	
<p>PE 4: ¿Es el embarazo molar previo un factor asociado a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014 - 2018?</p>	<p>OE 4: Evidenciar si el aborto previo es un factor asociado a la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014 - 2018.</p>	<p>HE 4: Si existe asociación entre el embarazo molar previo y la presencia de mola hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el 2014 - 2018.</p>	

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Nivel: Correlacional</p> <p>Tipo de Investigación: Estudio Observacional, Retrospectivo, Transversal, Analítico de Casos y Controles.</p>	<p>Población: Pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital “María Auxiliadora” en el periodo 2014 - 2018.</p> <p>CASOS Criterios de inclusión: - Pacientes con diagnóstico clínico de embarazo molar confirmado mediante ecografía y/o biopsia de legrado con informe anatomopatológico de mola hidatiforme. - Pacientes con historia clínica con datos completos.</p> <p>Criterio de exclusión: - Pacientes con sintomatología parecida a embarazo molar y/o hallazgo ecográfico sospechoso, con informe anatomopatológico diferente a mola hidatiforme. - Pacientes con historia clínica con datos incompletos.</p> <p>CONTROL Criterios de inclusión: - Pacientes hospitalizadas por parto eutócico, con 6 a más controles prenatales y un tiempo gestacional mayor a 37 semanas y menor de 42 semanas por FUR en las salas de puerperio del servicio. - Pacientes con historia clínica con datos completos.</p> <p>Criterios de exclusión: - Pacientes que no hospitalizadas en las salas de puerperio del servicio. - Pacientes con diagnóstico clínico de embarazo molar confirmado mediante ecografía y/o biopsia de legrado con informe anatomopatológico de mola hidatiforme. - Pacientes con historia clínica con datos incompletos.</p>	<p>Técnica: Análisis documental</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos</p>

	<p>Población Objetivo: Pacientes con diagnóstico clínico, ecográfico y/o anatomopatológico de mola hidatiforme atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital María Auxiliadora en el periodo 2014 - 2018. (N= 44)</p> <p>Tamaño de muestra: CASOS No se tomará muestra, se trabajará con el 100% de la población objetivo.</p> <p>CONTROL Por cada caso se trabajará con 3 controles de la población general que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. (N=132)</p> <p>Muestreo: No Probabilístico por conveniencia.</p>	
--	---	--

ANEXO N° 05: CONSTANCIA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL “MARÍA AUXILIADORA”



CONSTANCIA

El que suscribe, el **Presidente del Comité Institucional de Ética en la Investigación del Hospital María Auxiliadora**, **CERTIFICA** que el **PROYECTO DE TESIS**, Versión del **26 de agosto del presente**; **Titulado: "FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE MOLA HIDATIFORME EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN EL PERÍODO 2014 - 2018"**; con Código Único de Inscripción: **HMA/CIEI/043/19**, presentado por la Investigadora: **Jacqueline AGUILAR MIRANDA**; ha sido **REVISADA**.

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el **Comité Institucional de Ética en Investigación**. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **24 de setiembre del 2020**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 25 de Setiembre de 2019.

Atentamente,


M.C. Alberto Emilio Zolezzi Francis,
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación
Hospital María Auxiliadora

AEZF/mags.
c.c. Investigadora,
c.c. Archivo.
1 de 1

www.hma.gob.pe

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
Av. Miguel Iglesias N° 968
Telf. (511) (01) 217 1818 - 3112
Fax.: (511) (01) 217 1828

ANEXO N° 06: CONSTANCIA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUSTISTA



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSTANCIA N° CEPB-FCS 503-2019

Vista la Solicitud N°01-00288958 de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA, para la revisión por el Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada San Juan Bautista S.A.C., del Proyecto de Investigación:

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE MOLA HIDATIFORME EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL "MARIA AUXILIADORA" EN EL PERIODO 2014 - 2018

Código de Registro del Proyecto: **CEPB-FCS503**

Investigador(a) Principal: AGUILAR MIRANDA JACQUELINE

El Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud considera el presente proyecto de investigación debido a que **SI CUMPLE**, los estándares de protección de los derechos, la vida, la salud, la intimidad, la dignidad y el bienestar de la (s) persona (s) que participan o van a participar del proyecto de investigación, ciñéndose a los principios éticos acogidos por la normativa nacional e internacional, y los acuerdos suscritos por nuestro país en la materia.

El investigador principal se compromete a respetar las normas éticas y a reportar en un plazo no mayor a 12 meses posterior a la fecha de expedición de esta constancia, la finalización del estudio.

Lima, 23 de noviembre de 2019

Dra. Lida Campomanes Moran
Presidente del Comité de Ética Profesional y Bioética

www.upqb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lovatá s/n
(Ex-Mercado Vía)
T: (01) 294-5312
(01) 294-7601

SAN BORJA
Av. San Luis 1923 - 1925
T: (01) 344-4822
(01) 344-4823

ICA
Carretera Panamericana Sur km 300
La Angostura, Sotocajal
T: (054) 256-444
(054) 257-282

CHINCHA
Jr. 28013 N° 108 y Av. Luis Masiara
N° 425 Chivche Alto
T: (054) 740-229
(054) 740-402