

**UNIVERSIDAD DE HUANUCO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO  
RIESGO OBSTÉTRICO**



**UDH**  
UNIVERSIDAD DE HUANUCO  
<http://www.udh.edu.pe>

**TESIS**

---

**“FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO MOLAR HOSPITAL  
REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO, AÑOS  
2017 HASTA EL 2020”**

---

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

**AUTORA: Pozo Pérez, Martha Alejandrina**

**ASESORA: Luyo Marcellini, Delci Fiorella**

**HUÁNUCO – PERÚ**

**2022**



# U

### TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis ( X )
- Trabajo de Suficiencia Profesional ( )
- Trabajo de Investigación ( )
- Trabajo Académico ( )

**LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:** Salud Materno y Perinatal

**AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)**

### CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

**Área:** Ciencias médicas, Ciencias de la salud

**Sub área:** Medicina clínica

**Disciplina:** Obstetricia, Ginecología

### DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: segunda especialidad en alto riesgo obstétrico

Código del Programa: P39

Tipo de Financiamiento:

- Propio ( X )
- UDH ( )
- Fondos Concursables ( )

### DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22408219

### DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 40408901

Grado/Título: Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria

Código ORCID: 0000-0001-5641-3099

### DATOS DE LOS JURADOS:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Bernuy Pimentel, Jhimmy Jesus	Doctor en ciencias de la salud	42150583	0000-0002-0246-2618
2	Ballarte Baylon, Natalia	Magister en ciencias de la educación docencia en educación superior e investigación	22486754	0000-0002-0795-9324
3	Quiroz Tucto, Mariella Mariyu	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	41168800	0000-0002-4216-1553

# D

# H



## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

### ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco siendo las 16:00 horas del día 25 del mes de marzo del año 2022, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Títulos de la Segunda Especialidad, de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, se reunió mediante la plataforma virtual Google meet el jurado calificador integrado por los siguientes docentes:

- DR. JHIMMY JESUS BERNUY PIMENTEL, **presidente.**
- MG. NATALIA BALLARTE BAYLON, **secretaria.**
- MG. MARIELLA MARIYU QUIROZ TUCTO, **Vocal.**

Nombrados mediante RESOLUCIONES Nº 374-2022-D-FCS-UDH de fecha 22 de marzo del 2022, para evaluar la Tesis intitulada “**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO MOLAR HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO, AÑOS 2017 HASTA EL 2020**”, presentado por doña: **Martha Alejandrina, POZO PEREZ**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención en Alto Riesgo Obstétrico.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: Exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las interrogantes formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) **Aprobada Por Unanimidad** con el calificativo cuantitativo de **16** y cualitativo de **Bueno**.

Siendo las 17:00 horas del día 25 de marzo del año 2022, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

Dr. Jhimmy Jesus Bernuy Pimentel  
**PRESIDENTE**

Dr. Jhimmy Jesus Bernuy Pimentel

**SECRETARIA**

Mg. Natalia Ballarte Baylon

**VOCAL**

Mg. Mariella Mariyu Quiroz Tucto

## **AGRADECIMIENTO**

A:

Mis amados hijos: Anthony y Karina por ser mi motivación de perseverancia en mi superación personal y profesional.

Martha

## **DEDICATORIA**

A:

Dios padre Jehová, mi señor Jesús, por el bienestar y salud, para el logro de mis aspiraciones.

Universidad de Huánuco, casa superior de estudios de toda mi formación profesional.

Martha

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTO .....	ii
DEDICATORIA .....	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS .....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
ÍNDICE DE ESTADÍGRAFOS.....	viii
RESUMEN.....	ix
SUMARY .....	x
INTRODUCCIÓN.....	xi
CAPÍTULO I.....	12
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN .....	12
1.1. Descripción del problema .....	12
1.2. Formulación del Problema.....	14
1.2.1. Problemas Específicos.....	14
1.3. Objetivo General.....	14
1.4. Objetivos Específicos.....	14
1.5. Justificación de la Investigación.....	14
1.6. Limitaciones de la Investigación .....	15
1.7. Viabilidad de la Investigación.....	15
CAPÍTULO I.....	16
2. MARCO TEÓRICO .....	16
2.1. Antecedentes de la Investigación .....	16
2.1.1. Internacionales.....	16
2.1.2. Nacionales .....	17
2.1.3. Locales.....	19
2.2. Bases Teóricas .....	20
2.2.1. Factores .....	20
2.2.2. Embarazo Molar.....	21
2.3. Definiciones Conceptuales .....	25
2.3.1. Factores relacionados.....	25
2.3.2. Mola Hidatiforme .....	25

2.4.	Sistema de Hipótesis .....	26
2.4.1.	Hipótesis de Investigación.....	26
2.4.2.	Hipótesis Nula .....	26
2.4.3.	Hipótesis estadística de correlación: .....	26
2.5.	Operacionalización de Variables .....	26
2.5.1.	Variable Dependiente 1:.....	26
2.5.2.	Variable Independiente 2: .....	26
2.5.3.	Operacionalización.....	26
CAPITULO III.....		27
3.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
3.1.	Tipo de Investigación .....	27
3.1.1.	Método, .....	27
3.1.2.	Enfoque:.....	27
3.1.3.	Nivel: .....	27
3.1.4.	Tipo: .....	27
3.1.5.	Diseño: .....	27
3.1.6.	Diagrama:.....	27
3.2.	Población y Muestra .....	28
3.2.1.	Población .....	28
3.2.2.	Muestra .....	28
3.3.	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos .....	29
3.3.1.	Recolección de Datos .....	29
3.3.2.	Interpretación de Datos y Resultados: .....	30
3.3.3.	Técnicas para el Procesamiento y Análisis de la Información..	30
CAPÍTULO.....		31
4.	RESULTADOS .....	31
4.1.	Descripción de Realidad Observada .....	31
DISCUSIÓN .....		43
CONCLUSIONES .....		45
RECOMENDACIONES.....		46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		47
ANEXOS.....		52

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad y Clasificación.....	31
Tabla 2. Nivel Educativo y Clasificado .....	33
Tabla 3. Procedencia y Clasificación .....	35
Tabla 4 . Factores Obstétricos y clasificación .....	37
Tabla 5. Anemia y Clasificación .....	39
Tabla 6. Clasificación según edad Gestacional de EM .....	41
Tabla 7. Clasificación según contenido del EM.....	42



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad y clasificación .....	31
Figura 2. Nivel Educativo .....	33
Figura 3. Procedencia.....	35
Figura 4. Factores Obstétricos clasificación EM .....	37
Figura 5. Anomia y clasificación EM .....	39
Figura 6. clasificación según Edad gestacional del EM. ....	41
Figura 7. Clasificación según contenido del EM. ....	42

## ÍNDICE DE ESTADÍGRAFOS

Estadígrafo 1. Intervalo.....	32
Estadígrafo 2. Intervalo.....	34
Estadígrafo 3. Intervalo.....	36
Estadígrafo 4. Prueba de chi-cuadrado .....	38
Estadígrafo 5 Original por original.....	40

## RESUMEN

Estudio sobre la relación entre las variables factoriales y el embarazo molar, con el objetivo de determinar la relación entre las dimensiones, hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano" Huánuco, 2017 hasta el 2020, objetivo de trabajo específico factores sociales, obstétricos, nutricionales y clasificación; Los métodos se resumieron mediante enfoque cuantitativo, tipo transversal, retrospectivo, no experimental, nivel correlacional, diseño epidemiológico descriptivo, muestra de 30 casos, método no probabilístico en un modelo intencionado. Resultando: 1. Los factores sociales se relacionaron significativamente por edad (25 a 29 años 33%) [ $r = 0,766$  y  $p = 0,000$ ]. 2. Los factores obstétricos se relacionaron significativamente el antecedente de aborto (33%) [ $\chi^2 = 13,349$  y  $p = 0,020$ ]. 3. Los factores nutricionales se asociaron significativamente con la presencia de anemia (67%) [ $r = 0,996$  y  $p = 0,030$ ]. 4. Clasificación: embarazo temprano (63,3%), clasificación EM parcial (90%). Se encontró que la edad, la presencia de antecedente de aborto y la anemia estaban asociadas con el embarazo molar según lo indicado por las pruebas estadísticas.

**Palabras Clave:** Embarazo molar, Factores asociados.

## SUMMARY

Study on the relationship between factorial variables and molar pregnancy, with the aim of determining the relationship between dimensions, Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano" Huánuco, 2017 to 2020, specific work objective social, obstetric, nutritional factors and classification ; The methods were summarized using a quantitative approach, cross-sectional, retrospective, non-experimental, correlational level, descriptive epidemiological design, sample of 30 cases, non-probabilistic method in an intentional model. Resulting: 1. Social factors were significantly related by age (25 to 29 years 33%) [ $r = 0.766$  and  $p = 0.000$ ]. 2. Obstetric factors were significantly related to history of abortion (33%) [ $\chi^2 = 13.349$  and  $p = 0.020$ ]. 3. Nutritional factors were significantly associated with the presence of anemia (67%) [ $r = 0.996$  and  $p = 0.030$ ]. 4. Classification: early pregnancy (63.3%), partial EM classification (90%). Age, history of miscarriage, and anemia were found to be associated with molar pregnancy as indicated by statistical tests.

**Keywords:** Molar pregnancy, associated factors.

## INTRODUCCIÓN

El Embarazo Molar es una de las patologías más complejas que siempre existió en nuestro medio, es mínima la frecuencia al año, sin embargo la sintomatología es capaz de producir daños mórbidos a la mujer en proceso de gestación; la presencia de sangrado sin control linda con la posibilidad de pasar rápidamente a shock hipovolémico, ahí la importancia de que todo profesional que atienda a la mujer en esta etapa conozca acertadamente el diagnóstico temprano, la estabilización del caso con las primeras acciones o conductas obstétricas y pueda ser transferida a un establecimiento de salud con capacidad resolutive para salvaguardar la vida de la paciente y evitar la morbilidad extrema; en la presente investigación determinamos la asociación del embarazo molar con los factores sociales resultando la edad rango de 25 a 29 años; en los factores obstétricos estuvieron presentes el antecedente de aborto, embarazo molar previo personal y de un familiar, menarquia tardía, la multiparidad, y el uso de anticonceptivos orales; la presencia de anemia; también clasificarlos en tempranos antes de la semana doce y tardíos a partir de la semana trece. Concluyendo que si existen asociación demostrado mediante la prueba estadística de Rho Spearman.

Se presenta en los siguientes capítulos: I Planteamiento de la investigación. II Marco Teórico. III Metodología de la investigación. IV Resultados. Discusión. Conclusiones. Recomendaciones. Referencias Bibliográficas. Apéndice y Anexos y Matriz de Consistencia.

# CAPÍTULO I

## 1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1. Descripción del problema

La enfermedad molar ocurre como consecuencia de una fecundación anómala, se conoce así desde épocas antiguas, donde Hipócrates refiere la teoría de los humores, entre ellos la retención de agua que hoy en día denomina así, a la ascitis abdominal y a la presencia de agua en el útero que en su momento se declararon insalubre, lo que hoy conocemos como Embarazo Molar<sup>1</sup>.

La incidencia varía según la región, con 1 en 200 embarazos en Asia, 1 en 1500 embarazos en Occidente y 4,6 en América Latina<sup>2 -3</sup>.

La tasa de incidencia en el Perú oscila entre 2,33 y 4,77 por 1.000 embarazos. De manera similar, el Departamento de Salud informa que la tasa general de embarazo molar es de 0,5 a 2,5 por cada 1000 embarazos<sup>4</sup>, además, en cuanto a la edad, aquellas que bordean las cinco décadas presentan mayor posibilidad de presentar patologías en comparación con aquellas consideradas en edad joven. La incidencia fue alta de los últimos años, tasa fue 2,33 casos por 1000 embarazos registrados en un hospital en la zona norte de Lima.<sup>5</sup>; en nuestra Región se muestra incidencia de 4,031 por 1 000 embarazos<sup>6</sup>.

Se cree que se debe a una dieta baja en proteínas y desprovista de vitamina A, lo que explica su presencia mayoritaria en los países más pobres del Este, lo que también postula como posible causa son los genotipos de algunas etnias, la inmunidad específica y variable de las madres<sup>7</sup>.

En una mola completa, la composición del cromosoma es 46 XX y el genoma paterno juega un papel importante. Por lo general, esto se debe a que fertiliza un óvulo con el espermatozoide vacío. A veces se debe a la inseminación con dos espermatozoides; La mayoría de las

molas son homocigóticas y se derivan de un óvulo con núcleo, fertilizado por un espermatozoide haploide (23X) que se reproduce en el óvulo. Aunque la mola completa se deriva del padre, el ADN mitocondrial se deriva de la madre.<sup>8</sup>

Por el contrario, cuando son parciales se evidencia un óvulo haploide, lo que conduce a la formación de un genoma triploide; este embarazo anormal se caracteriza por presencia de cambios hidrológicos que afectan a las vellosidades coriónicas (total o parcialmente), acompañados de un crecimiento excesivo de trofoblastos. El aborto por gotitas es muy raro, y es clínicamente importante distinguir un embarazo molar de cambios cervicales, ya que esto puede causar persistencia trofoblástica, causando una importante morbilidad y mortalidad materna<sup>9</sup>.

Las molas se clasifican en parciales y completos. Se caracteriza en parte por la presencia de vellosidades coriónicas de varios tamaños, hiperplasia trofoblástica focal, pérdida de somatoblastos localizados en el sitio de implantación y la expresión de somatoblastos prominentes en tejido embrionario o embrionario, y la fertilización de un aparentemente óvulo en condiciones normales con dos espermatozoides; Al determinar el embarazo en molas parciales, a menudo hay defectos de nacimiento asociados con la triploidía, como labio leporino, labio leporino y paladar hendido. Si bien generalmente se diagnostica por completo en el segundo trimestre del embarazo, algunos signos y síntomas comunes aparecen en el momento de la presentación, incluida una altura uterina mayor que la altura correspondiente con amenorrea, anemia, septicemia, vómitos, hipertiroidismo e insuficiencia respiratoria<sup>10</sup>.

En la actual investigación, sugerimos vincular la enfermedad a la patología obstétrica y registrarla como una prioridad en la investigación en salud materna, ya que es un tema de poco debate. Con la siguiente pregunta:

## **1.2. Formulación del Problema**

¿Cómo es la asociación entre los factores y el embarazo molar, Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, ¿años 2017 hasta el 2020?

### **1.2.1. Problemas Específicos**

1. ¿Cómo es la relación entre los factores sociales y el embarazo molar?
2. ¿Cómo es la relación entre los factores obstétricos y el embarazo molar?
3. ¿Cómo es la asociación entre el factor nutricional dimensión anemia y el embarazo molar?
4. ¿Cuál es la clasificación del tipo de embarazo molar presentado en el hospital cuatro años sucesivos

## **1.3. Objetivo General**

Determinar la asociación entre los factores y el embarazo molar, Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, años 2017 hasta el 2020.

## **1.4. Objetivos Específicos**

1. Relacionar los factores sociales y el embarazo molar.
2. Relacionar los factores obstétricos y el embarazo molar.
3. Asociar el factor nutricional dimensión anemia y el embarazo molar.
4. Clasificar el tipo de embarazo molar presentado en el hospital cuatro años sucesivos.

## **1.5. Justificación de la Investigación**

En teoría, el problema es claro, porque se trata de un incidente relacionado con el sangrado obstétrico y la salud materna, y por tanto el



beneficiario directo es la madre, pues el personal médico debe estar pendiente de la patología, evitando errores en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Técnicamente, con esta investigación, conociendo las cifras existentes de cómo sucedió, cómo fue la patología, porque hay evidencia de una enfermedad que no está bien estudiada en nuestro entorno, y esto beneficiará al programa perinatal de todo el hospital.

El hecho de que la información recopilada a través de la revisión de la literatura en los registros médicos del embarazo para identificar factores relacionados e influir en la salud de una mujer embarazada es importante para el propósito de una prevención similar durante el embarazo.

#### **1.6. Limitaciones de la Investigación**

Como limitante fue la pandemia, superamos gracias a la información que existe en el sistema informático.

#### **1.7. Viabilidad de la Investigación**

Se realizó en el hospital, ya que tiene información y registros correspondientes, entre ellos información sobre el embarazo molar.

# CAPÍTULO I

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la Investigación

#### 2.1.1. Internacionales

Oliveira Galindo, Larisa; De Macedo Souza, Edson; Montes Riveiro, Ana Carolina; et al. Autores que investigaron en Brasil el año 2019 “Mola Hidatiforme Parcial y Completa: características clínicas e histológicas”. El objetivo de los investigadores era evaluar los factores clínicos y epidemiológicos asociados con los hallazgos histopatológicos. El estudio fue descriptivo en una muestra de 203 pacientes. Resultado: 49,7% parcial. 78% de las personas entre 16 y 34 años. HCG menos de 50.000 UI 67%. Sangrado leve 47%. El 15% del sangrado tiene ampollas. Conclusión: No hubo diferencia estadística entre las variables anteriores y los recursos hídricos completos o parciales.<sup>11</sup>

Espinoza Artavia A; Fernández Vaglio R; Solar del Valle T. Costa Rica el año 2019, investigaron el tema: “Actualización en patología trofoblástica gestacional: Mola hidatiforme y neoplasias”, su objetivo es descubrir nuevas evidencias que provoquen un embarazo molar; Un estudio cualitativo en el que los hallazgos más relevantes se centran en un embarazo añoso y precoz, y tardíamente la aparición de la menarquía por insuficiencia ovárica<sup>12</sup>.

López Navarro, Juan Manuel; Carletti Diego, Ruben; Martínez Martínez, Fátima; et al. Investigaron en México el año 2017; “Embarazo molar parcial llevado a término: Reporte de un caso” Con el fin de conocer el comportamiento del embarazo molar. RESULTADOS: La sintomatología más frecuente fue sangrado vaginal y sangre en orina. Clasificación de los molares según diferentes tipos fueron: parcial en porcentajes altos 80%, placentas con estructura vesicular compatible con el diagnóstico histopatológico de mola hidatiforme parcial<sup>13</sup>.

Huilca García, Tatiana; Lara Saldo, Erica; Criollo Criollo, Anabela del Rosario; Investigación realizada en Ecuador, el año 2018; titulada: “Embarazo molar en el Hospital Provincial General Docente Riobamba”, considerando que el objetivo fue caracterizar esta enfermedad durante el embarazo, un estudio con un enfoque mixto, observacional y transversal, un diseño descriptivo y epidemiológico, y una muestra de 53 historias clínicas de gestantes tailandesas. RESULTADOS: El 66% de la edad gestacional varió de 10 a 19,6 semanas. Frecuencia 64%. Sangrado vaginal y dolor abdominal 92,45%. Calificación benigna 81,13%. El principal riesgo es tener antecedentes de aborto espontáneo previo<sup>14</sup>.

Durón González, Rodrigo; Bolaños Morera, Pamela. Costa Rica, 2018, investiga sobre la “Enfermedad Trofoblástica Gestacional”, con el propósito de caracterizar las entidades clínicas, se utilizó un diseño descriptivo donde los resultados son los siguientes: 1. Consiste en seis entidades patológicas clínicas derivadas del epitelio del trofoblasto placentario debido a su clasificación. 2. La edad en la madre fueron dentro de vida reproductiva 35% y antecedente de EM estaba dentro de los factores de riesgo más resaltantes. 3. EL sangrado vaginal anormal se relaciona estrechamente con el incremento exagerado de las cifras de la gonadotropina coriónica humana. Concluyendo que la etiología, fisiopatología, la clínica, factores pronósticos y tratamiento son importantes en el desarrollo de la patología<sup>15</sup>.

### **2.1.2. Nacionales**

Huanca Llamo, Johana; Aranzabal Alegría, German; Chanduví, Willer. Lima, 2020, investiga el tema: “Factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en un hospital de referencia peruano”, con el propósito de determinar los factores mediante estudios analíticos de la enfermedad que ya sucedió, 60 casos y 120 como grupo control, se registra: una historia de más de seis abortos con más de seis veces el riesgo<sup>16</sup>.

Cruz Marca, Hilda; Puno, 2019; investiga los “Factores socioculturales y Gineco Obstétricos asociados a la mola hidatiforme en mujeres atendidas en el Hospital III Essalud Puno”, estudio descriptivo, retrospectivo, no experimental que presenta 15 historias clínicas para las que se realizó una revisión de la literatura. Los resultados más relevantes fueron: Edad 25 a 35 años, condición civil viviendo juntos, vivienda en zona cercana a la ciudad, con estudios no universitarios o superior y ocupación comerciante. Ginecología relacionada - factores obstétricos: menorragia de 10 a 12 años, antecedente de aborto. CONCLUSIÓN: Los factores más relevantes fueron el período menstrual, el primer embarazo y el parto<sup>17</sup>.

Rodríguez Sánchez, Luis Alexander; Lima, 2018, investiga sobre: “Características clínico-epidemiológicas y factores de riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Dos de Mayo”; su objetivo es determinar las propiedades de las variables; Estudio con especificación descriptiva, conjunto de conversión; Dónde: 92 personas tuvieron la edad promedio 29 años (50%). La media del tiempo de gestación fue de once semanas, (35%). 75% no recibe atención prenatal. Manifestaciones clínicas: sangrado uterino (77,2%), dolor abdominal bajo o pélvico (59,8%), náuseas y vómitos (31,5%). Diagnóstico presuntivo por clínica (67,4%) y ecografía (88%). La complicación reportada con mayor frecuencia fue la anemia (51,1%). Conclusión: Media 2,99: 1.000 embarazos<sup>18</sup>.

Calcina Usca, Yessenia Victoria; Arequipa, investigó sobre: “Asociación entre el primer dosaje de b-HCG post evacuación uterina y la evolución clínica posterior en pacientes con mola hidatidiforme completa del hospital Honorio Delgado Espinoza”; el objetivo es combinar la primera dosis de aspiración uterina con el curso clínico posterior; Fue un estudio observacional, retrospectivo y transversal. El resultado es: la imperfección entre el antes y el después. La disminución fue mayor con la resolución de la imagen patológica y menor en pacientes con estabilidad de la enfermedad. 44% tuvo niveles altos de HCG la cual

estuvo correlacionada con la presencia de aborto. La mayoría de los pacientes resolvieron curarse (78,6%) y 25 evolucionaron a coriocarcinoma (13,7%). El 56% de la edad gestacional es mayor de 10 semanas, el 73,6% es menor de 40 años, el 26,4% restante incluye pacientes de 40 años o más. 34,6% muchas veces, 24,7% grandes y muchas veces, no desovan y por primera vez 20,3%. La mayoría de los pacientes egresó de la enseñanza media (31,9%), no completó la enseñanza primaria (25,8%) y (17,6%) no completó la enseñanza. CONCLUSIÓN: Hubo asociación entre los porcentajes altos de HCG y el EM, así mismo se mantuvo elevado la hormona por unas semanas más<sup>19</sup>.

Talledo León, Amaresh; Vicente Puescas, Delia; Trujillo, 2019, investigaron las “Características epidemiológicas y obstétricas de la mola hidatiforme en el Hospital Regional Docente”, el objetivo fue identificar las características propuestas, para observar y realizar la descripción simple de las variables en el análisis de 172 historias clínicas de hechos que ya ocurrieron. Observación: 0,3% diagnosticados con EM; encontraron lo siguiente: edad con rango entre 20 a 29 años (42,4%), convivencia estuvo presente en el 70,4%, educación secundaria inferior 52,3%, origen urbano 86,6%. Conclusión: Tiempo de embarazo de 1 a 12 semanas hicieron el 61%, no antecedentes de aborto espontáneo 69,2% y anticoncepción después del parto 54,1%<sup>20</sup>.

### **2.1.3. Locales**

García Ponce, Mari Luz; Huánuco, 2017, investiga las “Patologías más frecuentes diagnosticadas por ecografías obstétrica en la primera mitad del embarazo en el hospital regional Hermilio Valdizán Medrano”, donde estudiaron a 136 gestantes, en un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, entre los hallazgos patológicos más comunes están las molas hidatiformes entre 1 y 12 semanas (63,2%) son frecuente. 2,13 a 21 semanas (4,7%). Total 5 casos<sup>21</sup>.

## 2.2. Bases Teóricas

### 2.2.1. Factores

Agente que tiene un actuar en particular al referirse a un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que establecen el estado de salud de un individuo o población<sup>22</sup>.

Los factores demográficos a tener en cuenta, son los siguientes:

La edad en que ocurre el embarazo: cuando se trata de edades extremas aquellas que son antes de los 16 años y después de los 45 años, establecen y colindan una posibilidad de desarrollo de la enfermedad. Cuando sobre pasa los 35 años, se evidencia un marcado aumento entre 5 a 10 veces el evento, en pacientes que se embarazan a los 40 años se hace más evidente, porque con la edad se producen alteraciones genéticas en las células germinales de la madre<sup>23</sup>.

**Factores sociales**, los factores considerados en relación al grupo social de su entorno como el nivel educativo se consideraron primaria, secundaria, técnica o superior. El origen a considerar de donde vienen o viven es rural, semiurbano, pero ubicado en zonas urbanas y urbanas. El estado de sus hábitos de fumar pasados o actuales.

**Factores obstétricos**, entre ellos, considerar la historia médica del parto como antecedentes y embarazo actual: antecedentes de aborto espontáneo, embarazo molar, antecedentes de embarazo molar consanguíneos, año de inicio de la menstruación, número de niños que fallecieron en el parto y uso de anticonceptivos orales antes del embarazo. Del mismo modo, la historia reproductiva, la historia de embarazos molares conlleva a riesgos significativos, incrementando 5 a 40 veces en embarazos posteriores, aumentando la probabilidad de un nuevo embarazo molar, características malignas. Riesgos no afectados al cambiar de pareja<sup>24</sup>.

Genéticamente, se asocia con alteraciones en el cromosoma 19q conocida como 'mola hidatiforme recurrente en un familiar'<sup>25</sup>.

En los casos de ser de clasificación completa, un familiar está involucrado, se ha observado que cada par de progenitores aporta material genético (mola hidatiforme diploide completa) a diferencia de otras especies esporádicas, cuyo origen es puramente androgénico.<sup>26</sup>.

**Los factores dietéticos**, lo que se considera dieta y el efecto de la dieta sobre la incidencia son controvertidos. Investigaciones con ensayos controlados sugieren la existencia de relación causal entre una mola hidatiforme completa y un bajo consumo de lípidos y betacaroteno.<sup>27</sup>.

### **Otros factores**

Antecedentes de uso de anticonceptivos, recepción de radiación, tipo de sangre ABO o padre fumador, embarazo múltiple, antecedentes de aborto espontáneo, sin evidencia científica a largo plazo.

### **2.2.2. Embarazo Molar**

Formación en la denominada enfermedad trofoblástica gestacional, que constituye un amplio espectro de trastornos neoplásicos debido a la etapa anormal del trofoblasto posterior a la fecundación, en la que se produce una proliferación descontrolada, dominancia e invasión de trofoblasto, con tendencia a estimular la metástasis plasmática. La patogenia de esta enfermedad es única, se trata de un grupo de tumores del sistema reproductor femenino que se derivan de material genético del padre.<sup>28</sup>.

En el siglo XIX, Velpeau y Boivin notaron un agrandamiento de las vellosidades coriónicas con tendencia a formar quistes y lo llamaron mola. Hacia finales de siglo, Marchand demostró que las molas y los embarazos normales podían predecir el desarrollo de coriocarcinoma y, a principios del siglo XX, Phils informó altas concentraciones de la hormona gonadotropina coriónica, en la orina de mujeres con esta

enfermedad. Durante la primera mitad del siglo, el pronóstico de los pacientes que acudían era malo porque no existía un tratamiento eficaz. No fue sino hasta 1956 que Lee anunció la primera cura completa del coriocarcinoma después de tomar metotrexato.<sup>29</sup>

Estos trastornos pueden clasificarse en precancerosos, que incluyen molas completas e incompletas, y neoplasias fetales, que incluyen grupales, hidatídicos invasivos y neoplasias trofoblásticas<sup>30</sup>.

Desde la publicación del autor Li, la enfermedad gestacional ha sido considerada una de las neoplasias ginecológicas más curables, debido a: 1) el desarrollo de métodos que permiten cuantificar las gonadotropinas coriónicas, que son los marcadores biológicos más importantes de la enfermedad; 2) sensibilidad excepcional de los tejidos a los agentes quimioterapéuticos, y 3) opciones de tratamiento personalizadas que combinan quimioterapia con cirugía o radiación<sup>31</sup>.

**Clasificación**, GTG se clasifica por características histopatológicas, citogenéticas y clínicas, utilizando la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud, que incluye: fracción benigna y todas. Malignidad: mola invasiva, colangio carcinoma, sitio del tumor<sup>32</sup>.

**Epidemiológicamente**, se ha estimado una incidencia de 1 de cada 500-1000 embarazos en América del Norte y del Sur. La tasa en el este de Asia parece ser de 5 a 15 veces mayor, hasta 1 de cada 120 embarazos en algunas regiones. Aunque esta información subraya la importancia de la raza en la determinación de la morbilidad, otros factores como la dieta, mejores sistemas de entrada de datos estadísticos y mejores técnicas de diagnóstico pueden estar más directamente relacionados con la enfermedad<sup>33</sup>.

Se han observado proporciones similares en Kuala Lumpur y Kuala Lumpur, grupos étnicos de Malasia, India y China, con mujeres de nivel socioeconómico más bajo con compromiso alimenticio en Asia Oriental, Oriente Medio, Estados Unidos y Estados Unidos. Brasil tiene hasta 10



veces más riesgo de contraer esta enfermedad que las personas con mayor potencial económico<sup>34</sup>.

La relación entre la incidencia, la región geográfica, la cultura y el nivel socioeconómico sugiere que la dieta y el estado nutricional son una parte importante de la etiología de la GTD<sup>35</sup>.

Las revisiones más recientes confirman que la mayoría (80%) de los casos de TSG son nuevas en sus variantes, el 15% son invasores y solo el 5% son corio carcinomas. La mortalidad más alta es atribuible a neoplasias localizadas en el sitio de la placenta, que ocurren en solo 0,2-2% de todos los casos de GTD.<sup>36</sup>

La incidencia de neoplasia varía del 2,5% al 7,5% después de la evacuación parcial, en comparación con una incidencia de aproximadamente el 6,5% a más del 20% después de la eliminación de la mola primaria, mola completamente disuelta.<sup>37</sup>

### **Citogenética y patología**

Es el resultado de un embarazo anormal con un cariotipo anormal debido a una fertilización inadecuada y, finalmente, a una reproducción anormal de las vellosidades coriónicas. En la mayoría de los casos, la fertilización de un óvulo sin material genético (perdido antes de la concepción o poco después de la concepción) por un espermatozoide haploide da como resultado mola completa que contiene una copia del cigoto. Origen paterno, además, la dificultad de fertilización (con un espermatozoide) con un óvulo, aunque esto es poco común, puede ocurrir en aproximadamente el 5% de todos los casos. Por el contrario, una mola parcial consta de los genomas de ambos padres. El óvulo haploide es fertilizado por dos espermatozoides haploides para producir el triploide completo. El cariotipo más común es 69XXX, aunque a veces está presente 69XXY, lo que indica fertilización percutánea.<sup>38</sup>

Existen diferentes características histopatológicas entre las parciales y totales. Se muestra en animales un edema difuso de las vellosidades, a menudo con la formación de un reservorio central con una proliferación general de células vegetativas difusas, aunque en grados variables. No hay evidencia histológica de un feto. En contraste, la mola parcial mostró grados variables de vellosidades focales, con márgenes e inclusiones en el trofoblasto. La proliferación focal de células vegetativas suele ser más precisa que los completos. En este caso, se pueden identificar eritrocitos fetales en los vasos de las vellosidades y, en otros casos, se puede identificar el feto o sus partes. Todos los tumores gestacionales son de origen colesteatoma, mientras que las neoplasias del sitio placentario son de origen trofoblástico intersticial. Aunque hay muchas características morfológicas que distinguen los parciales de los completos, pueden ser difíciles de distinguir al comienzo del embarazo, lo que requiere un examen histopatológico para su confirmación. El completo muestra una estructura glandular resultante de un agrandamiento anormal del trofoblasto, aumento de las células estromales y colapso de los vasos en las vellosidades. Por el contrario, los parciales aparecen inicialmente con placas hipertróficas trofoblásticas con pseudo inclusiones con vellosidades dispersas inestables. La mola invasora se presenta histológicamente como una completamente infiltrante del músculo uterino y, a diferencia del corio carcinoma, se presenta con las vellosidades coriónicas.<sup>39</sup>.

**Las manifestaciones clínicas** están asociadas con una gran cantidad de signos y síntomas; Sin embargo, estos eventos se vuelven menos frecuentes debido a la ecografía de rutina al comienzo del embarazo, combinada con la determinación de hCG y los resultados del diagnóstico temprano del embarazo<sup>40</sup>.

La edad media de diagnóstico actual es de 9,6 semanas, lo que es alentador dado que en la década de 1960 la edad media de diagnóstico era de 17 semanas. El embarazo, especialmente una mola completa, se

presenta como sangrado en el primer trimestre, con o sin secreción vaginal de la ampolla<sup>41</sup>.

Otros posibles síntomas son náuseas y vómitos, que son secundarios a los altos niveles de hCG presentes durante el embarazo<sup>42</sup>.

El inicio de la pre eclampsia durante el primer trimestre es en gran parte indicativo de embarazo molar, que ocurre en el 25% de las pacientes. Se cree que es causada por una intensa liberación de sustancias activas de los tejidos vegetativos necróticos. Es importante señalar que la eclampsia es rara en este caso. El embarazo molar también se asocia con otras afecciones médicas, como taquicardia e hipertensión, secundarias al hipertiroidismo causado por grandes cantidades de la hormona gonadotropina coriónica, que tiene una estructura similar en la orina. La unidad alfa se une con la TSH a los receptores tiroideos, provocando hipertiroidismo. Estos síntomas generalmente desaparecen una vez realizada la evacuación<sup>43</sup>. El diagnóstico generalmente se basa en características ecográficas y niveles elevados de hCG. En cambio, la mayoría de los parciales se diagnostican erróneamente como un aborto espontáneo. La combinación de niveles de gonadotropina superiores a 100.000 UI / L, un útero agrandado sin latidos cardíacos fetales y sangrado vaginal sugiere su diagnóstico<sup>44</sup>.

### **2.3. Definiciones Conceptuales**

#### **2.3.1. Factores relacionados**

Estos son los considerados en relación a la patogénesis.

#### **2.3.2. Mola Hidatiforme**

Tumor de crecimiento lento formado por células trofoblásticas después de la fecundación.

## **2.4. Sistema de Hipótesis**

### **2.4.1. Hipótesis de Investigación**

**H<sup>a</sup>.** Los factores se asocian significativamente con el embarazo molar, Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, años 2017 hasta el 2020.

### **2.4.2. Hipótesis Nula**

**H<sup>0</sup>.** Los factores no se asocian significativamente con el embarazo molar, Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, años 2017 hasta el 2020.

### **2.4.3. Hipótesis estadística de correlación:**

**H<sub>i</sub>:**  $r_{XY} \neq 0$  (ambas variables están correlacionadas).

**H<sub>i</sub>:**  $r_{XY} = 0$  (“las dos variables no están correlacionadas”)

## **2.5. Operacionalización de Variables**

### **2.5.1. Variable Dependiente 1:**

Factores

### **2.5.2. Variable Independiente 2:**

Embarazo Molar

### **2.5.3. Operacionalización**

(Anexo 1).

## CAPITULO III

### 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Tipo de Investigación

##### 3.1.1. Método,

Deductivo porque parte del todo a lo específico.

##### 3.1.2. Enfoque:

Cuantitativo porque los datos se expresan en números.

##### 3.1.3. Nivel:<sup>45</sup>

Correlación porque vincula eventos pasados (comorbilidades) con eventos presentes (embarazo molar).

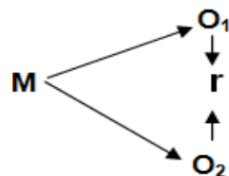
##### 3.1.4. Tipo:

Transversal donde los datos se recopilarán una sola vez y retrospectivo ya que los datos se recopilaron de archivos.

##### 3.1.5. Diseño:

Descriptivo.

##### 3.1.6. Diagrama:



Donde:

M = Muestra

O<sub>1</sub> = Observación de la V. 1.

O<sub>2</sub> = Observación de la V.2.

r = Correlación entre dichas variables.

## 3.2. Población y Muestra

### 3.2.1. Población

Incluye todos los embarazos que cursaron con hemorragias de la primera mitad del embarazo sin laparotomía sucedidos en los años 2017, 2018, 2019, 2020:

N°	Hemorragias de la primera mitad del embarazo sin laparotomía	Año
1	37 casos	2017
2	26 casos	2018
3	08 casos	2019
4	09 casos	2020
	<b>Total</b>	<b>80 casos</b>

Fuente: Gobierno Regional de Huánuco: DIRESA \_ Estrategia Sanitaria Materno Perinatal

### 3.2.2. Muestra

Fueron todos los casos de embarazo molar encontrado en los años 2017, 2018, 2019, 2020. Haciendo un total de **30 casos** luego de seleccionarlos según criterio.

**Muestreo**, No probabilístico Intencionalmente, ya que se seleccionaron los casos que cumplían con los criterios de inclusión.

#### **Criterios de selección**

#### **Criterios inclusión:**

Embarazos molares completos.

Embarazos molares incompletos.

Embarazos molares con análisis de HCG.

Historias clínicas completas de embarazos molares.

Historias clínicas legibles de embarazos molares.

**Criterios exclusión:**

Embarazos molares complejos.

Embarazos molares sin análisis de HCG.

Historias clínicas incompletas de embarazos molares.

Historias clínicas ilegibles de embarazos molares.

**Unidad de Análisis:** embarazo molar confirmado.

**Unidad de Muestreo:** lista de hemorragias de la primera mitad de embarazo sin laparotomía.

**Marco Muestral:** relación de embarazadas con diagnóstico.

**Delimitación geográfica, temporal y temática:** Llevado a cabo en el Hospital de la Región "Hermilio Valdizán Medrano", ubicado en la ciudad de Huánuco.

**3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos****3.3.1. Recolección de Datos**

**Técnica.** – Estudio de documentos: registros de emergencia, historia obstétrica, examen complementario, informe ecográfico obstétrico, registro perinatal.

**Instrumento.** – Ficha de recopilación de datos para describir los

hechos detrás de los datos (Anexo 2):

- Artículos para factores: 3 con 22 propiedades.
- Lecciones para EM: 2 con 04 características.

La validez del contenido, sus normas y su formulación según dictamen pericial de tres expertos para el formulario de recolección de datos (Anexo 3).

### **3.3.2. Interpretación de Datos y Resultados:**

se utilizarán medidas de distribución de frecuencias y porcentajes.

### **3.3.3. Técnicas para el Procesamiento y Análisis de la Información**

Permiso, las licencias correspondientes fueron administradas por la unidad de archivo del hospital. Seleccionando el caso, se escogió el expediente correspondiente. Los aspectos éticos se pueden categorizar como 'sin riesgo'. Cuando se aplica la ficha, los datos fueron recopilados por el investigador que utiliza la herramienta. La digitalización, luego de obtener la información, se ingresaba a la base de datos en el programa SPSS 25, y esta base de datos se ingresaba diariamente para luego ser analizada. Archivos, todos los documentos son conservados por el investigador. Interpretación de datos y resultados: los datos tuvieron control de calidad, codificación y clasificación según las variables de estudio. Análisis y datos, prueba de hipótesis, análisis descriptivo, según la caracterización operativa. Se considera la prueba de correlación estadística de Rho Spearman, y Chi cuadrado de asociación con un p-valor  $< 0,05$ .



# CAPÍTULO

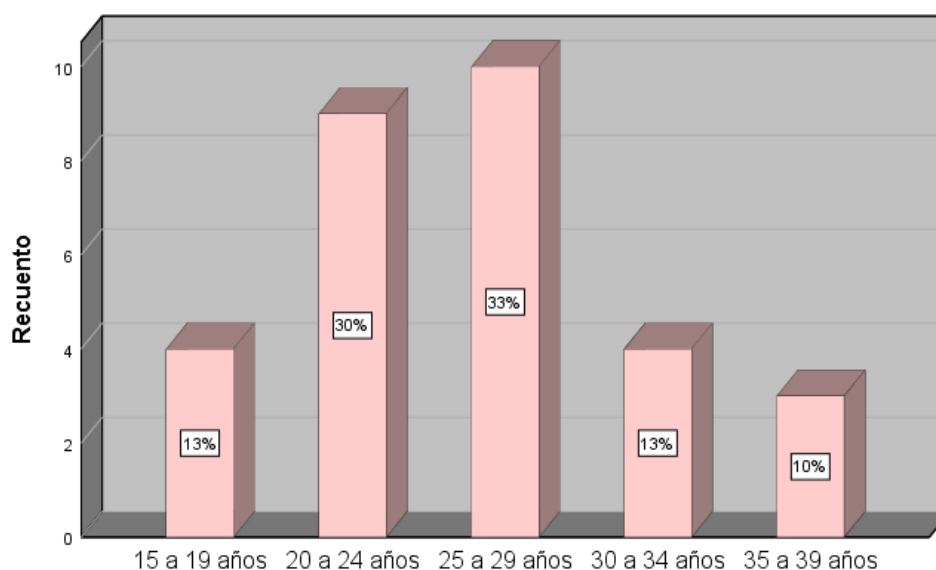
## 4. RESULTADOS

### 4.1. Descripción de Realidad Observada

**Tabla 1.** Edad y Clasificación

Recuento		CLASIFICACIÓN		Total
		Temprano	Tardío	
EDAD	15 a 19 años	4	0	4
	20 a 24 años	9	0	9
	25 a 29 años	6	4	10
	30 a 34 años	0	4	4
	35 a 39 años	0	3	3
Total		19	11	30

Fuente: Ficha de recolección de datos



**Figura 1.** Edad y clasificación

**Interpretación:** La tabla y figura 1, presenta la representación de los Factores Sociales y el Embarazo Molar en la dimensión edad y clasificación, se observa que el rango de edad entre 25 a 29 años representa la cifra más alta, llegando

10 casos de los cuales 6 corresponden a la clasificación temprana (antes de las 12 semana) y 4 casos a la clasificación tardía (13 a 21 semanas).

**Estadígrafo 1. Intervalo**

		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,759	,055	6,165	,000 <sup>c</sup>
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,766	,057	6,306	,000 <sup>c</sup>
N de casos válidos		30			

En el presente, se observa la cercanía a la unidad y  $p = ,000 < ,05$ ; motivo de correlación entre ambas variables

- a. No se presupone la hipótesis nula.
- b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.
- c. Se basa en aproximación normal.

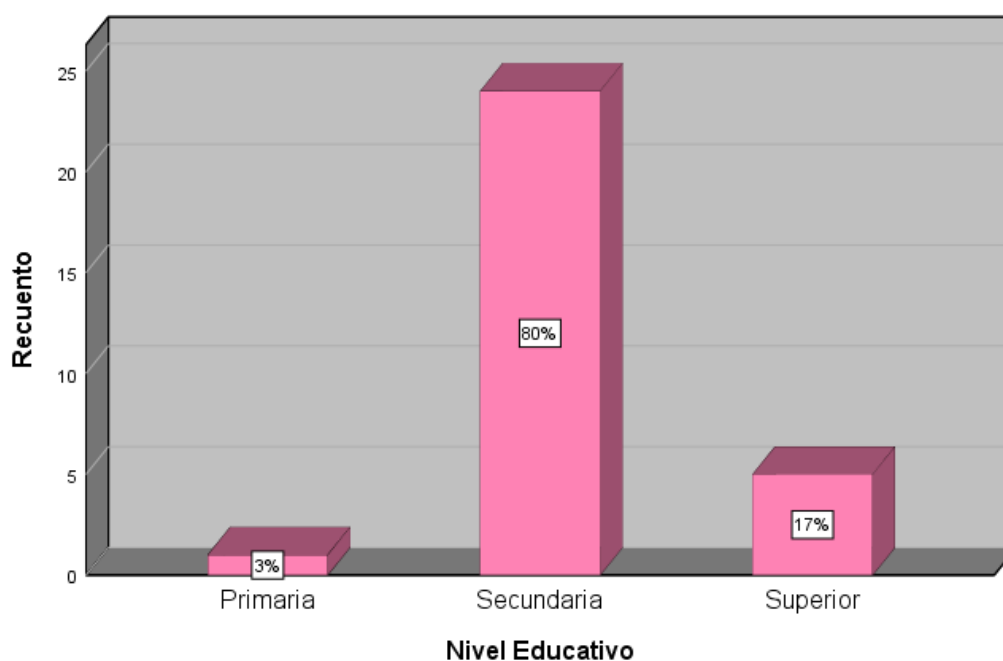
## FACTORES SOCIALES Y EMBARAZO MOLAR

**Tabla 2.** Nivel Educativo y Clasificado

Recuento

		Tipo		Total
		Temprano	Tardío	
Nivel Educativo	Primaria	1	0	1
	Secundaria	14	10	24
	Superior	4	1	5
Total		19	11	30

Fuente: Ficha de recolección de datos



**Figura 2.** Nivel Educativo

**Interpretación:** La tabla y figura 2, presenta la representación de los Factores Sociales y el Embarazo Molar en la dimensión nivel educativo y clasificación, se observa que el nivel educativo primaria presenta 1 caso frecuencia baja, El nivel educativo secundaria mayoritariamente presenta 24 casos de los cuales 14 corresponden a la clasificación temprana (antes de las 12 semana) y 10 casos a la Clasificación tardía (13 a 21 semanas)

## Estadígrafo 2. Intervalo

		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-,076	,161	-,401	,691 <sup>c</sup>
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-,086	,163	-,458	,651 <sup>c</sup>
N de casos válidos		30			

En el presente, se observa lejanía a la unidad y  $p = ,691 > ,05$ ; motivo de no correlación entre ambas variables

- a. No se presupone la hipótesis nula.
- b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.
- c. Se basa en aproximación normal.

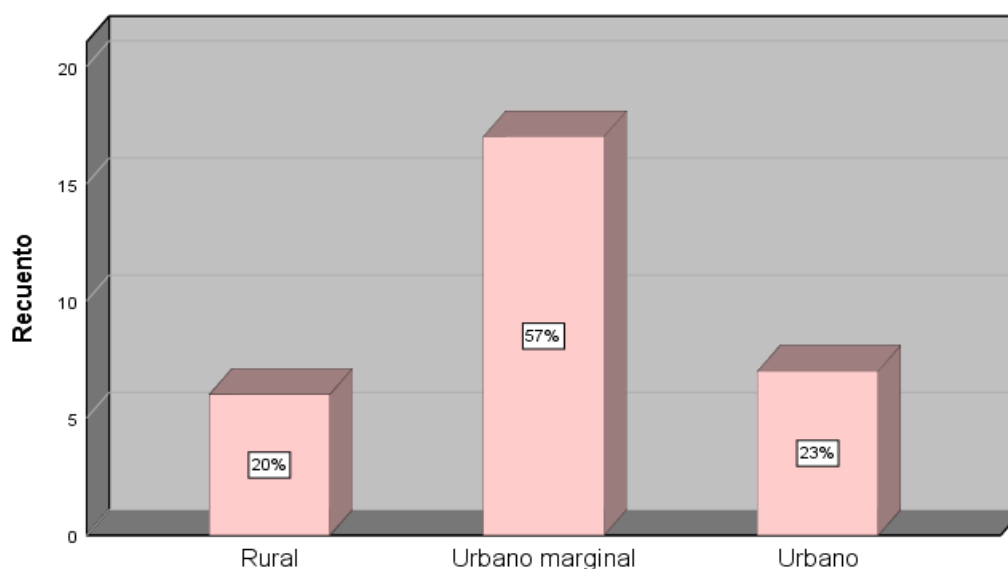
## FACTORES SOCIALES Y EMBARAZO MOLAR

**Tabla 3.** Procedencia y Clasificación

Recuento

		Procedencia			
		Rural	Urbano marginal	Urbano	Total
Tipo	Temprano	4	8	7	19
	Tardío	2	9	0	11
Total		6	17	7	30

Fuente: Ficha de recolección de datos



**Figura N° 3** Procedencia

**Figura 3.** Procedencia

**Interpretación:** La tabla y figura 3, presenta la representación de los Factores Sociales y el Embarazo Molar en la dimensión procedencia y clasificación, se observa que la procedencia urbano marginal es mayoritario 17 casos (57%) de

los cuales 8 corresponden a la clasificación temprana (antes de las 12 semana) y 9 casos a la clasificación tardía (13 a 21 semanas).

**Estadígrafo 3. Intervalo**

		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-,249	,146	-1,360	,185 <sup>c</sup>
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-,255	,157	-1,395	,174 <sup>c</sup>
N de casos válidos <sup>d</sup>		30			

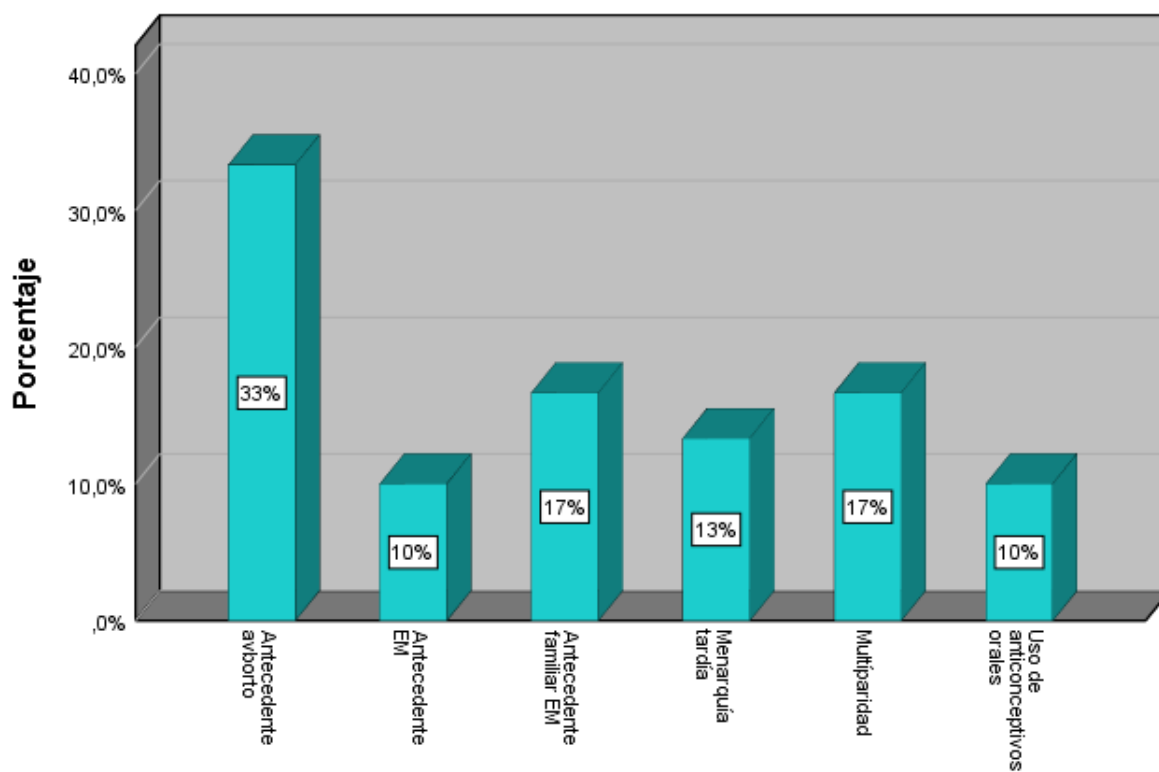
- a. En el presente se observa lejanía a la unidad y  $p = ,174 > ,05$ ; motivo de no correlación entre ambas variables
- b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula. c. Se basa en aproximación normal.
- d. Nota al pie

## FACTORES OBSTÉTRICOS Y EMBARAZO MOLAR

**Tabla 4.** Factores Obstétricos y clasificación

Recuento		Tipo		Total
		Temprano	Tardío	
Antecedentes	Antecedente aborto	6	4	10
	Antecedente EM	2	1	3
	Antecedente familiar EM	4	1	5
	Menarquía tardía	4	0	4
	Multiparidad	0	5	5
	Uso de anticonceptivos orales	3	0	3
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>11</b>	<b>30</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos



**Figura 4.** Factores Obstétricos clasificación EM

**Interpretación:** La tabla y figura 4, presenta la representación de los Factores Obstétricos y el Embarazo Molar en la dimensión factores obstétricos y clasificación, se observa que el antecedente de aborto es el más frecuente 10 casos (33%) de los cuales 6 corresponden a la clasificación temprana (antes de las 12 semanas) y 4 casos a la clasificación tardía (13 a 21 semanas); seguidos de la multiparidad en el caso de la clasificación tardía 5 (17%).

**Estadígrafo 4.** Prueba de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,349	5	,020
Razón de verosimilitud	17,146	5	,004
Asociación lineal por lineal	,044	1	,833
N de casos válidos	30		

En la presente se observa, el valor de Chi cuadrado calculado  $\chi^2 = 13,349$   $>$   $(\chi^2_{(5)} = 3,84)$  Chi cuadrado tabular, motivo por el cual se deduce la correlación con el ítem 1 (df) (correspondiente al antecedente de aborto).

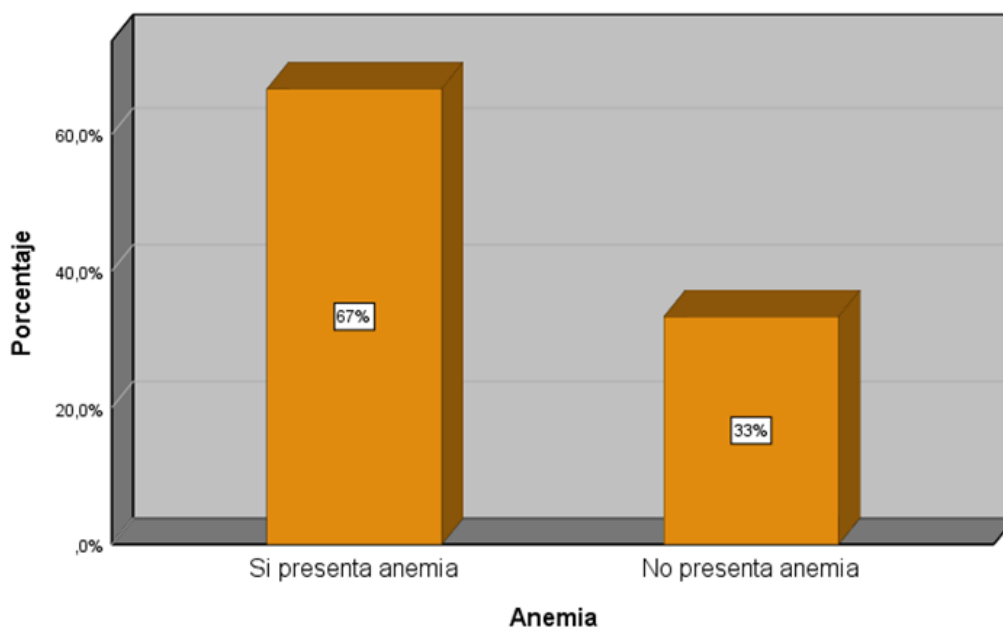


## FACTORES OBSTÉTRICOS Y EMBARAZO MOLAR

**Tabla 5.** Anemia y Clasificación

Recuento		Anemia		Total
		Si presenta anemia	No presenta anemia	
Tipo	Temprano	14	5	19
	Tardío	6	5	11
Total		20	10	30

Fuente: Ficha de recolección de datos



**Figura 5.** Anemia y clasificación EM

**Interpretación:** La tabla y figura 5, presenta la representación de los Factores Nutricionales y el Embarazo Molar en la dimensión anemia y clasificación, se observa que la anemia está presente en 20 casos (67%) de los cuales 14 corresponden a la clasificación temprana (antes de las 12 semana) y 6 casos a la clasificación tardía (13 a 21 semanas)

### Estadígrafo 5. Original por original

	Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada
Ordinal por ordinal    Correlación de Spearman	,996	,184	1,056	,030
N de casos válidos	30			

En el presente se observa el estadígrafo de correlación ,996 la cual es cercana a la unidad; el valor  $p=,030 < p=,05$ ; en ambos valores indican que existe correlación entere variavles.

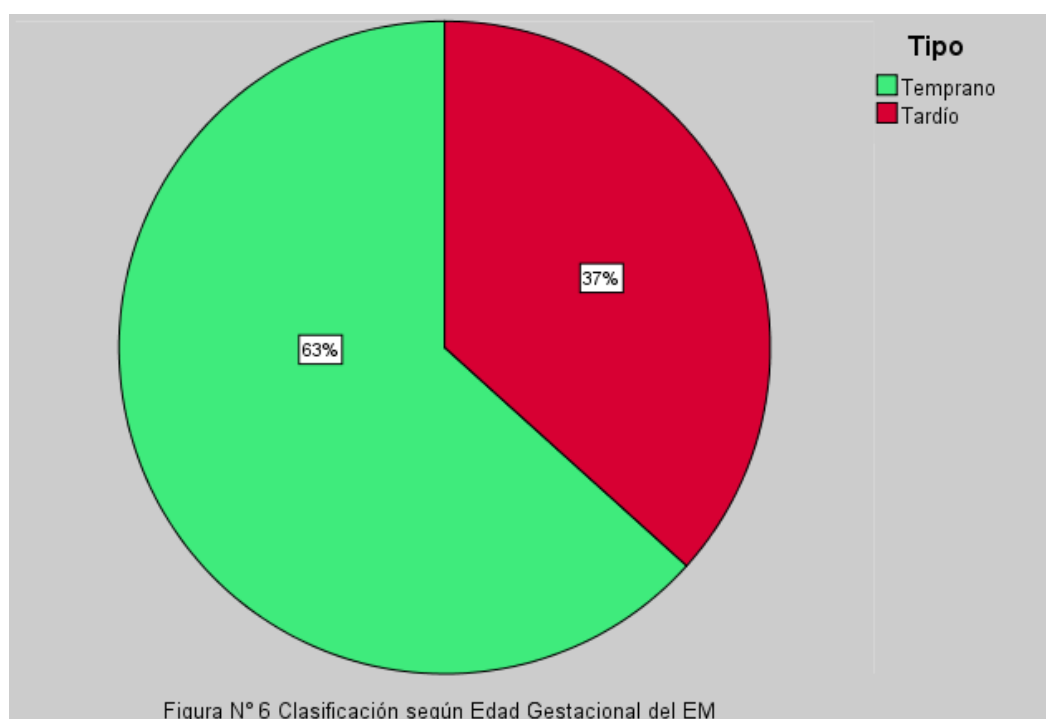
a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

**Tabla 6.** Clasificación según edad Gestacional de EM

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Temprano	19	63,3	63,3	63,3
	Tardío	11	36,7	36,7	36,7
	Total	30	100,0	100,0	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos



**Figura 6.** clasificación según Edad gestacional del EM.

**Interpretación:** La tabla y figura 6, presenta la representación la Clasificación según edad gestacional del Embarazo Molar, se observa el EM temprano clasificado antes de las 12 semana existe 19 casos (63%) y el EM tardío clasificado entre la 13 a 21 semanas de embarazo existe 11 casos (37%).

**Tabla 7.** Clasificación según contenido del EM

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Temprano	19	63,3	63,3	63,3
	Tardío	11	36,7	36,7	36,7
	Total	30	100,0	100,0	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

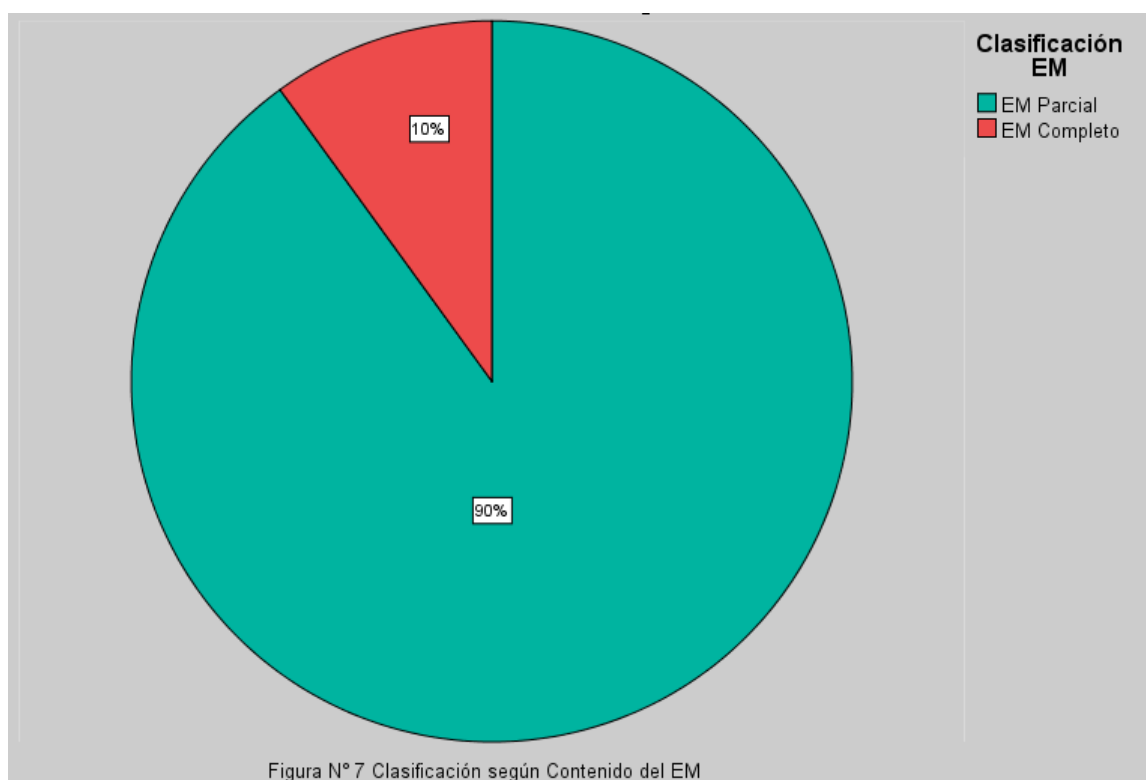


Figura N° 7 Clasificación según Contenido del EM

**Figura 7.** Clasificación según contenido del EM.

**Interpretación:** La tabla y figura 7, presenta la representación la Clasificación según contenido del Embarazo Molar, se observa el EM parcial 27 casos (90%) y el EM completo 03 casos (10%).

## DISCUSIÓN

Presentamos y discutimos los siguientes resultados en concordancia con los objetivos:

El propósito de la presente investigación fue establecer la asociación entre los elementos condicionantes y el embarazo molar. Las variables estudiadas fueron: factores sociales, obstétricos, nutricionales, y clasificación.

Para poder determinar los factores de asociación con el embarazo molar se ha utilizado la prueba estadística de correlación de Rho Spearman para edad y anemia, y Chi cuadrado para antecedente de aborto; por lo que, sostenemos que existe correlación de concordancia de los factores sociales según edad, obstétrico según antecedente de aborto y nutricionales según anemia para la presencia del embarazo molar.

Con la finalidad de identificar los factores sociales se analizaron la edad, nivel educativo, procedencia; factores obstétricos: antecedente de aborto, antecedente de embarazo molar, antecedente familiar de embarazo molar, menarquía tardía, multíparidad, uso de anticonceptivos orales de las mujeres que cursaron con embarazo molar, tal como muestra las tablas 1, 2, 3 y 4, donde el 33% de ellas tenía edades de 25 a 29 años [ $r=0,766$  correlación con el EM], el 80% [ $r=0,086$  no se correlaciona con el EM] tuvieron secundaria completa y el 57% [ $r=0,255$  no se correlacionaron con el EM] procedieron de zona urbano marginal.

Los factores obstétricos son presentados en las variables: antecedentes, menarquía tardía, multíparidad, uso de anticonceptivos; donde el antecedente de aborto fue el más frecuente [33% (6 temprano y 4 tardío)] y tienen correlación con el EM, hallado mediante el chi cuadrado donde [ $X^{2C} = 13,349 > X^{2t} = 3,84$ ]. Estos hallazgos guardan coincidencia con los de Rodríguez (18) quien en su investigación en Lima, halló la media de edad 29 años y el 42% Talledo manifiesta rango de edades entre 20 a 29 años; así mismo Huilca (14) en Ecuador refiere que el factor principal es tener antecedente de aborto la que concuerda con nuestros hallazgos, igualmente coincidente con los

resultados de Huanca (16) donde es seis veces más posible [OR = 6]. A diferencia de los hallazgos de Durrón (15) en cuyo estudio realizado en Lima (Perú) manifiesta que el antecedente de un embarazo molar previo es el factor de riesgo más importante, la que diferencia de nuestros resultados donde es el quinto factor más importante a diferencia del antecedente familiar de EM y la multíparidad que es el segundo en importancia; la menarquía tardía es concordante con Espinoza (12) y discordante con Cruz (17); la explicación para podría estar en la información brindada por Brown (33) en el año 2016 en los hallazgos epidemiológicos vertidos.

En cuanto a los factores nutricionales, presentamos la variable anemia presente en (67%) de los cuales 14 casos estuvieron en la etapa temprana, las que son explicadas en las bases teórica por Bourchard (34) el año 2017 en grupos poblacionales de Asia Oriental, Norte América y Brasil, donde se observaron proporciones mayores en aquellas mujeres con compromiso alimenticio por carencias económicas; igual coincidencia menciona Stevens (35) el año 2015.

Con respecto a la edad gestacional, García (21) en Huánuco (Perú) menciona que las molas hidatiformes son frecuentes entre 1 y 12 semanas (63%), muy similar al expresado por Huilca donde manifiesta haber encontrado 66% entre 10 a 19 semana, información congruente al nuestro donde encontramos un 63% en la clasificación temprano (antes 12 semanas); la dilucidación podría estar en las bases teóricas mencionadas por el autor Stevens donde cobra importancia la posibilidad de una fertilización inadecuada y, finalmente, a una reproducción anormal de las vellosidades coriónicas.

Así mismo, mostramos la clasificación de contenido en el EM parcial con 90% de casos, siendo así Olivera (11) en Brasil muestra 49,7% EM parciales, y López (13) en México el año 2017 refiere la existencia mayoritaria de EM parcial (80%) concordantes con nuestra investigación.

## CONCLUSIONES

El Embarazo Molar está asociada a los factores existentes como la edad, antecedente de aborto y la presencia de anemia, investigados en el hospital “Hermilio Valdizán” de Huánuco, los años 2017, 2018, 2019 y 2020, demostrada mediante el estadígrafo Rho Spearman donde se correlacionan las variables.

Primera: Se relacionó los factores sociales, siendo la edad entre 25 a 29 años la que presenta correlación significativamente estadística con el embarazo molar [ $r = 0,766$  y  $p = 0,000$ ].

Segundo: Se relacionó los factores obstétricos, antecedentes: Aborto, embarazo molar previo, embarazo molar en un familiar; menarquía tardía; multíparidad; uso de anticonceptivos orales. El antecedente de aborto tiene correlación significativa con el embarazo molar [ $X^2 = 13,349$  y  $p = 0,020$ ].

Tercero: Se asoció los factores nutricionales según dimensión anemia presentando correlación significativa con el embarazo molar [ $r = 0,996$  y  $p = 0,030$ ].

Cuatro: Se clasificó el tipo de embarazo molar presentado en el hospital cuatro años sucesivos, siendo según edad gestacional: Temprano (antes 12 semana) con alto porcentaje (63%); y según contenido: EM parcial la que fue mayoritariamente (90%).

## **RECOMENDACIONES**

### **A los profesionales de Obstetricia del hospital “Hermilio Valdizán” de Huánuco:**

- En la atención de pacientes con embarazo molar tomar en cuenta los resultados de la presente investigación.
- En la consejería a la mujer posterior al embarazo molar (puerperio) poner mayor interés en la consejería nutricional para evitar la anemia en futuros embarzos y la educación sanitaria con respecto al aborto.

### **A los profesionales investigadores en Huánuco:**

- Investigar los factores que están llevando a presentarse el Embarazo Molar en edades muy jóvenes ( 25 a 29 años).
- En posteriores estudios considerar el rango de tiempo más amplio, puesto que son patologías con escasa frecuencia durante el año.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez L. Características clínico epidemiológicas y factores de riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2005-2015; Lima; 2015.
2. Vázquez Y, Brito A, Delgado L, et al. Caracterización clínica de la enfermedad trofoblástica gestacional, Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro". Rev. Cuba Hig Epidemiol 2014; 52:173-81.
3. Kitange B, Matovelo D, Konje E, et al. Molas hidatidiformes entre pacientes con aborto incompleto en la ciudad de Mwanza, noroeste Tanzania. Afri Health Sci. 2015; 15 (4): 1081-6.
4. Guía práctica clínica del servicio de Ginecología Lima Perú: Hospital Nacional Aezobispo Loyza. Lima: Ministerio de Salud; 2011.
5. Abonagprta R, Saona P. Enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Aspectos epidemiológicos y clínicos. Revista Médica Heredia. 2016; 5(4).
6. Sánchez 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; Loreto; 2014.
7. Tse Y, Chan L, Tam F, et al. Gestational trophoblastic disease. Rev. Obstet Gynaecol Reprod Med. 2009; 19:89-97.
8. Berkowitz R, Goldsteina D. Embarazo molar. Rev. N Engl J Med 2009; 360:1639-1645.
9. Berkowitz R, Goldsteina D. Embarazo molar. Rev. N Engl J Med 2009; 360:1639-1645.
10. Berkowitz R, Goldsteina D. Embarazo molar. Rev. N Engl J Med 2009; 360:1639-1645.

11. Oliveira L, De Macedo E, Montes A, et al. Mola Hidatiforme Parcial y Completa: características clínicas e histológicas. Brasil; 2019.
12. Espinoza A, Fernández R, Solar del Valle T. Actualización en patología trofoblástica gestacional: Mola hidatiforme y neoplasias. Costa Rica; 2019.
13. López J, Carletti R, Martínez F, et al. Embarazo molar parcial llevado a término: Reporte de un caso” Rev. Luxmédica. 2017; 12 (35): 39-45.
14. Huilca T, Lara E, Criollo A. Embarazo molar en el Hospital Provincial General Docente Riobamba enero 2013 a marzo 2018. Ecuador. Rev. Eugenio Espejo. 2018; 12(2) 50-6.0
15. González D. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Rev. Medicina Legal de Costa Rica Edición Virtual. 2018; 35 (1): 14
16. Huanca J, Aranzabal G, Chanduví W. Factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en un hospital de referencia peruano. Perú. Rev. Fac. Med. Hum. 2020;20(1):64-69.
17. Cruz H. Los factores socioculturales y Gineco Obstétricos asociados a la mola hidatiforme en mujeres atendidas en el Hospital III Essalud Puno en el periodo 2016 al 2018. Puno; 2019.
18. Rodríguez L Características clínico-epidemiológicas y factores de riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2005 - 2015. Perú, Lima; 2018.
19. Calcina Y. Asociación entre el primer dosaje de b-HCG post evacuación uterina y la evolución clínica posterior en pacientes con mola hidatidiforme completa del hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en el período 1986 – 2010; Arequipa.
20. Talledo A, Vicente D. Características epidemiológicas y obstétricas de la mola hidatiforme durante los años 2005 – 2019. Hospital Regional Docente de Trujillo. Trujillo; 2019.

21. García M. Las patologías más frecuentes diagnosticadas por ecografías obstétrica en la primera mitad del embarazo en el hospital regional Hermilio Valdizán Medrano. Enero a junio 2017. Perú, Huánuco; 2017.
22. Terminología en salud. Diccionario Médico. México: Larus; 2000.
23. Bourchard G. Gestational Trophoblastic Disease: Hydatidiform Mole, Nonmetastatic and Metastatic Gestational Trophoblastic Tumor: Diagnosis and Management. En R. Lobo, Comprehensive Gynecology Elsevier; 2017: 788.
24. Berkowitz R. Gestational Trophoblastic Neoplasia. Rev. Practical Gynecologic Oncology. 2000; 616.
25. Stevens F. Gestational Trophoblastic Disorders: An Update in 2015. Rev. Geburtsh Frauenheilk; 2015: 1043-1050.
26. Bourchard G. Gestational Trophoblastic Disease: Hydatidiform Mole, Nonmetastatic and Metastatic Gestational Trophoblastic Tumor: Diagnosis and Management. En R. Lobo, Comprehensive Gynecology Elsevier; 2017:788.
27. Berkowitz R. Gestational Trophoblastic Neoplasia. Rev. Practical Gynecologic Oncology. 2000; 616.
28. Berkowitz R. Gestational Trophoblastic Neoplasia. Rev. Practical Gynecologic Oncology. 2000; 615-638.
29. Barber L. Enfermedad trofoblástica gestacional. Rev. Creasman Ginecología oncológica clínica. Elsevier España; 2018: 163.
30. Barber L. Enfermedad trofoblástica gestacional. Rev. Creasman Ginecología oncológica clínica. Elsevier España; 2018: 164.
31. Barber L. Enfermedad trofoblástica gestacional. Rev. Creasman Ginecología oncológica clínica. Elsevier España; 2018: 165.

32. Zetuna Bagatella. Enfermedad trofoblástica gestacional. México. Rev. Gineco FLASOG; 2020: 29.
33. Brown J. 15 years of progress in gestational trophoblastic disease: Scoring, standarization, and salvage. Gynecology Oncology; 2016.
34. Bourchard G. Gestational Trophoblastic Disease: Hydatidiform Mole, Nonmetastatic and Metastataic Gestational Trophblastic Tumor: Diagnosis and Management. En R. Lobo, Comprehensive Gynecology Elsevier; 2017: 787-800.
35. Stevens F. Gestational Trophoblastic Diseordes: An Update in 2015. Rev. Geburtsh Frauenheilk; 2015:1043-1050.
36. Brown J. 15 years of progress in gestational trophoblastic disease: Scoring, standarization, and salvage. Rev. Gynecology Oncology; 2016.
37. Barber L. Enfermedad trofoblástica gestacional. Rev. Creasman Ginecología oncológica clínica. Elsevier España; 2018: 166.
38. Stevens F. Gestational Trophoblastic Diseordes: An Update in 2015. Geburtsh Frauenheilk; 2015:1043.
39. Stevens F. Gestational Trophoblastic Diseordes: An Update in 2015. Geburtsh Frauenheilk; 2015:1044.
40. Brown J. 15 years of progress in gestational trophoblastic disease: Scoring, standarization, and salvage. Rev. Gynecology Oncology; 2016.
41. Bourchard G. Gestational Trophoblastic Disease: Hydatidiform Mole, Nonmetastatic and Metastataic Gestational Trophblastic Tumor: Diagnosis and Management. En R. Lobo, Comprehensive Gynecology Elsevier; 2017:790.
42. Barber L. Enfermedad trofoblástica gestacional. Rev. Creasman Ginecología oncológica clínica. Elsevier España; 2018: 169.

43. Protocolos. Embarazo molar. México. Rev. Prog Obstet Ginecol; 2014.
44. López A. Enfermedad Trofoblástica gestacional. En S. Karchmer, Tratado de Medicina Perinatal. Ciudad de México: Nieto; 2016: 183-200.
45. Barber L. Enfermedad trofoblástica gestacional. Rev. Creasman Ginecología oncológica clínica. Elsevier España; 2018: 170.
46. Zetuna Bagatella. Enfermedad trofoblástica gestacional. México. Rev. Gineco FLASOG; 2020: 34.

## **ANEXOS**

## APÉNDICE Y ANEXOS

### Anexo 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable		Dimensiones	Indicadores	Criterios de Medición	Ítems
<b>VARIABLE 1</b> Independiente	<b>Factores</b>	Sociales – Demográficos	Edad	Cuantitativo Razón	1 = 8
			Nivel educativo	Cualitativo	2 = 3
			Procedencia	Ordinal	3 = 3
		Obstétricas	Antecedente de aborto	Cualitativo Ordinal	4 = 6
			Antecedente EM		
			Antecedente Familiar EM		
			Menarquía tardía		
			Múltiparidad		
		Uso anticonceptivos orales			
		Nutricionales	Bajo consumo de Hierro (anemia)	Cualitativo Ordinal	5 = 2
<b>VARIABLE 2</b> Dependiente	<b>Embarazo Molar</b>	Contenido	EM Parcial	Cualitativo Ordinal	6=2
			EM Completo		
		Clasificación	Temprano (menor 12 semanas)		7=2
			Tardío (13 a 21 semanas)		



## Anexo 2: INSTRUMENTO



### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO MOLAR,  
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO,  
AÑOS 2017 HASTA 2020”**

Código: .....

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

<b>I. FACTORES SOCIALES_ DEMOGRÁFICOS:</b>			
<b>Nº</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>ÍNDICADOR</b>	<b>ÍTEM</b>
1	Edad	10 -14	1
		15 - 19	2
		20 - 24	3
		25 - 29	4
		30 - 34	5
		35 - 39	6
		40 - 44	7
		45 - 49	8
2	Nivel Educativo	Primaria	1
		Secundaria	2
		Superior	3
3	Procedencia	Rural	1
		Urbano marginal	2
		Urbano	3
<b>II. FACTORES OBSTÉTRICOS:</b>			
4	Antecedentes	Antecedente de aborto	1
		Antecedente de EM	2
		Antecedente familiar EM	3
	Menarquia tardía	Si	4
	Múltiparidad	Si	5
	Uso de anticonceptivos	Si	6
<b>III. FACTORES NUTRICIONALES:</b>			
5	Bajo consumo de hierro	Presenta anemia	1
		No presenta anemia	2



<b>IV. EMBARAZO MOLAR:</b>			
6	Contenido	EM Parcial	1
		EM Completo	2
7	Clasificación	EM Temprano	1
		EM Tardío	2

Observaciones: \_\_\_\_\_



## Anexo 3: JUICIO DE EXPERTOS



### “FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO MOLAR, HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO, AÑOS 2017 HASTA 2020”

Criterio			Cumple	No Cumple
<b>FACTORES SOCIALES_ DEMOGRÁFICOS:</b>				
1	Edad	10 -14 15 - 19 20 - 24 25 - 29 30 - 34 35 - 39 40 - 44 45 - 49		
2	Nivel Educativo	Primaria Secundaria Superior		
3	Procedencia	Rural Urbano marginal Urbano		
<b>FACTORES OBSTÉTRICOS:</b>				
4	Antecedentes	Antecedente de aborto		
		Antecedente de EM		
		Antecedente familiar EM		
	Menarquía tardía	Si		
	Múltiparidad	Si		
Uso de anticonceptivos	Si			
<b>FACTORES NUTRICIONALES:</b>				
5	Bajo consumo de hierro	Presenta anemia No presenta anemia		
<b>EMBARAZO MOLAR:</b>				
6	Contenido	EM Parcial EM Completo		

7	Clasificación	EM Temprano EM Tardío		
---	---------------	--------------------------	--	--

Observaciones: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL EXPERTO:** .....

**PROFESIÓN:** .....

**LUGAR DE TRABAJO:** .....

.....

**FIRMA**  
**DNI N°**

## Anexo 4: Permiso Hospitalario



2018 - 2021 *Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres*



BICENTENARIO PERÚ 2021

Huánuco, 27 de octubre de 2021.

**CARTA N° 067 -2021-GRH-DRS-HRHVMH-HCO-DE-UADI.**



**POZO PEREZ, Martha Alejandrina**

Alumna de la segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico, de la Facultad de Obstetricia, de la Universidad de Huánuco  
Presente.-

**ASUNTO : AUTORIZACIÓN** para realizar proyecto de **INVESTIGACIÓN.**

**REFERENCIA :** a) OFICIO CIRC. N° 002-MAOO-SEO-UDH-2021  
b) PROVEIDO N° 087-2021-HRHVM-UEI-JE

Es grato dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente y en respuesta al documento de la referencia, en la cual solicita Autorización para ejecución del trabajo de investigación, y contando con la opinión favorable del Jefe de la Unidad de Estadística e Informática, esta Dirección **AUTORIZA** la realización del trabajo de **INVESTIGACIÓN**, titulado, "**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO MOLAR HOSPITAL REGIONAL HERMITO VALDIZAN MEDRANO DE HUANUCO, AÑO 2017 HASTA 2020**", para cuyo efecto debe de coordinar con el Jefe, a fin de que le brinde las facilidades del caso. Debiendo ingresar a la institución con las medidas de protección correspondientes.

Sin embargo es pertinente recomendar que del proceso de la investigación desarrollada, la información obtenida y los resultados alcanzados, deban ser de carácter **RESERVADO Y CONFIDENCIAL**, debiendo ser utilizado solo con fines estrictamente académicas, a responsabilidad única de la investigadora. Por otro lado se le recuerda que debe alcanzar una copia del trabajo desarrollado a la Unidad de Apoyo a la Docencia.

Se remite la presente para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
Dirección Regional de Salud  
Hospital Regional "Hermito Valdizan Medrano"

Med. Renan Ríos Villagomez  
C.M.: 37575  
DIRECTOR EJECUTIVO

RRVISC:Ahuda.  
C.C. Archivo  
Interesado

[www.hospitalvaldizanhco.gob.pe](http://www.hospitalvaldizanhco.gob.pe)

Calle San Juan Bosco 220 Jancao la  
Esperanza Huánuco - Perú  
Telf. (06251) 2400

## Anexo 5

<b>MATRIZ DE CONSISTENCIA</b>			
<b>“FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO MOLAR, HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO, AÑOS 2017 HASTA 2020”</b>			
<b>PROBLEMAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPOTESIS</b>	<b>METODOLOGIA</b>
<b>PROBLEMA GENERAL</b> ¿Cuáles son los factores asociados al embarazo molar, Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, años 2017 hasta 2020?	<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar los factores asociados al embarazo molar, Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, años 2017 hasta 2020.	<b>Hipótesis alterna:</b> <b>Hª.</b> Los factores se asocian significativamente con el embarazo molar, Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, años 2017 hasta 2020.	<b>DISEÑO:</b> Epidemiológico Descriptivo  <b>TIPO:</b> Trasversal Retrospectivo
<b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b>	<b>Hipótesis nula:</b> <b>Hº</b> Los factores no se asocian significativamente con el embarazo molar, Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco, años 2017 hasta 2020.	<b>NIVEL:</b> Correlacional  <b>MUESTREO:</b> No probabilístico
1. ¿Cómo es la relación entre los factores sociales y el embarazo molar?	1. Relacionar los factores sociales y el embarazo molar.		<b>TÉCNICA:</b> Revisión Documental.
2. ¿Cómo es la relación entre los factores obstétricos y el embarazo molar?	2. Relacionar los factores obstétricos y el embarazo molar.		<b>INSTRUMENTO:</b> Ficha de recolección de datos.
3. ¿Cómo es la relación entre el factor nutricional dimensión anemia y el embarazo molar?	3. Asociar el factor nutricional dimensión anemia y el embarazo molar.		
4. ¿Cuál es la clasificación del tipo de embarazo molar presentado en el hospital cuatro años sucesivos?	4. Clasificar el tipo de embarazo molar presentado en el hospital cuatro años sucesivos.		

---

<sup>1</sup> Rodríguez L. Características clínico epidemiológicas y factores de riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2005-2015; Lima; 2015.

<sup>2</sup> Vázquez Y, Brito A, Delgado L, et al. Caracterización clínica de la enfermedad trofoblástica gestacional, Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro". Rev. Cuba Hig Epidemiol 2014; 52:173-81.

<sup>3</sup> Kitange B, Matovelo D, Konje E, et al. Molas hidatidiformes entre pacientes con aborto incompleto en la ciudad de Mwanza, noroeste Tanzania. Afri Health Sci. 2015; 15 (4): 1081-6.

<sup>4</sup> Guía práctica clínica del servicio de Ginecología Lima Perú: Hospital Nacional Aezobispo Loyza. Lima: Ministerio de Salud; 2011.

<sup>5</sup> Abonagprta R, Saona P. Enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Aspectos epidemiológicos y clínicos. Revista Médica Heredia. 2016; 5(4).

<sup>6</sup> Sánchez 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; Loreto; 2014.

<sup>7</sup> Tse Y, Chan L, Tam F, et al. Gestational trophoblastic disease. Rev. Obstet Gynaecol Reprod Med. 2009; 19:89-97.

<sup>8</sup> Berkowitz R, Goldsteina D. Embarazo molar. Rev. N Engl J Med 2009; 360:1639-1645.

<sup>9</sup> Berkowitz R, Goldsteina D. Embarazo molar. Rev. N Engl J Med 2009; 360:1639-1645.

- 
- <sup>10</sup> Berkowitz R, Goldstein D. Embarazo molar. Rev. N Engl J Med 2009; 360:1639-1645.
- <sup>11</sup> Oliveira L, De Macedo E, Montes A, et al. Mola Hidatiforme Parcial y Completa: características clínicas e histológicas. Brasil; 2019.
- <sup>12</sup> Espinoza A, Fernández R, Solar del Valle T. Actualización en patología trofoblástica gestacional: Mola hidatiforme y neoplasias. Costa Rica; 2019.
- <sup>13</sup> López J, Carletti R, Martínez F, et al. Embarazo molar parcial llevado a término: Reporte de un caso” Rev. Luxmédica. 2017; 12 (35): 39-45.
- <sup>14</sup> Huilca T, Lara E, Criollo A. Embarazo molar en el Hospital Provincial General Docente Riobamba enero 2013 a marzo 2018. Ecuador. Rev. Eugenio Espejo. 2018; 12(2) 50-6.0
- <sup>15</sup> González D. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Rev. Medicina Legal de Costa Rica Edición Virtual. 2018; 35 (1): 14
- <sup>16</sup> Huanca J, Aranzabal G, Chanduví W. Factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en un hospital de referencia peruano. Perú. Rev. Fac. Med. Hum. 2020;20(1):64-69.
- <sup>17</sup> Cruz H. Los factores socioculturales y Gineco Obstétricos asociados a la mola hidatiforme en mujeres atendidas en el Hospital III Essalud Puno en el periodo 2016 al 2018. Puno; 2019.
- <sup>18</sup> Rodríguez L Características clínico-epidemiológicas y factores de riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2005 - 2015. Perú, Lima; 2018.

---

<sup>19</sup> Calcina Y. Asociación entre el primer dosaje de b-HCG post evacuación uterina y la evolución clínica posterior en pacientes con mola hidatidiforme completa del hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en el período 1986 – 2010; Arequipa.

<sup>20</sup> Talledo A, Vicente D. Características epidemiológicas y obstétricas de la mola hidatiforme durante los años 2005 – 2019. Hospital Regional Docente de Trujillo. Trujillo; 2019.

<sup>21</sup> García M. Las patologías más frecuentes diagnosticadas por ecografías obstétrica en la primera mitad del embarazo en el hospital regional Hermilio Valdizán Medrano. Enero a junio 2017. Perú, Huánuco; 2017.

<sup>22</sup> Terminología en salud. Diccionario Médico. México: Larus; 2000.

<sup>23</sup> Bourchard G. Gestational Trophoblastic Disease: Hydatidiform Mole, Nonmetastatic and Metastatic Gestational Trophoblastic Tumor: Diagnosis and Management. En R. Lobo, Comprehensive Gynecology Elsevier; 2017: 788.

<sup>24</sup> Berkowitz R. Gestational Trophoblastic Neoplasia. Rev. Practical Gynecologic Oncology. 2000; 618.

<sup>25</sup> Stevens F. Gestational Trophoblastic Disorders: An Update in 2015. Rev. Geburtsh Frauenheilk; 2015: 1043-1050.

<sup>26</sup> Bourchard G. Gestational Trophoblastic Disease: Hydatidiform Mole, Nonmetastatic and Metastatic Gestational Trophoblastic Tumor: Diagnosis and Management. En R. Lobo, Comprehensive Gynecology Elsevier; 2017:788.

<sup>27</sup> Berkowitz R. Gestational Trophoblastic Neoplasia. Rev. Practical Gynecologic Oncology. 2000; 616.



- 
- <sup>28</sup> Berkowitz R. Gestational Trophoblastic Neoplasia. Rev. Practical Gynecologic Oncology. 2000; 615-638.
- <sup>29</sup> Barber L. Enfermedad trofoblástica gestacional. Rev. Creasman Ginecología oncológica clínica. Elsevier España; 2018: 163.
- <sup>30</sup> Barber L. Enfermedad trofoblástica gestacional. Rev. Creasman Ginecología oncológica clínica. Elsevier España; 2018: 164.
- <sup>31</sup> Barber L. Enfermedad trofoblástica gestacional. Rev. Creasman Ginecología oncológica clínica. Elsevier España; 2018: 165.
- <sup>32</sup> Zetuna Bagatella. Enfermedad trofoblástica gestacional. México. Rev. Gineco FLASOG; 2020: 29.
- <sup>33</sup> Brown J. 15 years of progress in gestational trophoblastic disease: Scoring, standarization, and salvage. Gynecology Oncology; 2016.
- <sup>34</sup> Bourchard G. Gestational Trophoblastic Disease: Hydatidiform Mole, Nonmetastatic and Metastatic Gestational Trophoblastic Tumor: Diagnosis and Management. En R. Lobo, Comprehensive Gynecology Elsevier; 2017: 787-800.
- <sup>35</sup> Stevens F. Gestational Trophoblastic Diseordes: An Update in 2015. Rev. Geburtsh Frauenheilk; 2015:1043-1050.
- <sup>36</sup> Brown J. 15 years of progress in gestational trophoblastic disease: Scoring, standarization, and salvage. Rev. Gynecology Oncology; 2016.
- <sup>37</sup> Barber L. Enfermedad trofoblástica gestacional. Rev. Creasman Ginecología oncológica clínica. Elsevier España; 2018: 166.

---

<sup>38</sup> Stevens F. Gestational Trophoblastic Disorders: An Update in 2015. *Geburtsh Frauenheilk*; 2015:1043.

<sup>39</sup> Stevens F. Gestational Trophoblastic Disorders: An Update in 2015. *Geburtsh Frauenheilk*; 2015:1044.

<sup>40</sup> Brown J. 15 years of progress in gestational trophoblastic disease: Scoring, standardization, and salvage. *Rev. Gynecology Oncology*; 2016.

<sup>41</sup> Bourchard G. Gestational Trophoblastic Disease: Hydatidiform Mole, Nonmetastatic and Metastatic Gestational Trophoblastic Tumor: Diagnosis and Management. En R. Lobo, *Comprehensive Gynecology Elsevier*; 2017:790.

<sup>42</sup> Barber L. Enfermedad trofoblástica gestacional. *Rev. Creasman Ginecología oncológica clínica. Elsevier España*; 2018: 169.

<sup>43</sup> Barber L. Enfermedad trofoblástica gestacional. *Rev. Creasman Ginecología oncológica clínica. Elsevier España*; 2018: 170.

<sup>44</sup> Zetuna Bagatella. Enfermedad trofoblástica gestacional. México. *Rev. Gineco FLASOG*; 2020: 34.