

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TRABAJO ACADÉMICO

**FACTORES SOCIO CULTURALES Y GINECO OBSTETRICOS
ASOCIADOS A LA MOLA HIDATIFORME EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO 2016 al 2018**

MONOGRAFÍA

PRESENTADO POR:

HILDA CRUZ MARCA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:
ENFERMERÍA EN GINECO OBSTETRICIA**

PROMOCIÓN

2014

PUNO-PERÚ

2019



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
TRABAJO ACADÉMICO

FACTORES SOCIO CULTURALES Y GINECO OBSTETRICOS ASOCIADOS
A LA MOLA HIDATIFORME EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
III ESSALUD PUNO 2016 AL 2018

MONOGRAFÍA

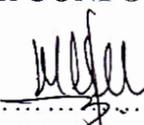
PRESENTADA POR:

HILDA CRUZ MARCA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:
ENFERMERÍA EN GINECO OBSTETRICIA

APROBADO POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE DEL JURADO

: 
.....

Mg. Luz Marina Caballero Apaza

PRIMER MIEMBRO

: 
.....

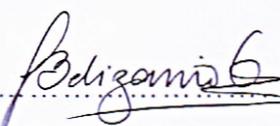
Dr. Juan Moises Sucapuca Araujo

SEGUNDO MIEMBRO

: 
.....

MS.c. Julia Belizario Gutierrez

ASESORA DE TESIS

: 
.....

MS.c. Julia Belizario Gutierrez

Área: Enfermería en Gineco Obstetricia

Tema: Factores socioculturales y gineco obstetricos asociados a la mola hidatiforme

Fecha de sustentación: 05 de Abril 2019

DEDICATORIA

A Dios, porque de una u otra forma, siempre ha estado presente en mi vida, impulsando energías y fuerzas a mi alrededor que me han permitido conocerme y crecer como mujer, como profesional, como ser humana.

A mi madre Carmen Julia y padre Eduardo Cruz Apaza (+), porque me dieron el regalo de la vida y me enseñaron el valor de la honestidad, el esfuerzo, la responsabilidad

A mis hijas Danica Fiorela y Deysi Camila, por ser siempre mi inspiración y fortaleza Para seguir adelante y ser mejor cada día. Son el amor más puro en mi

A Néstor, mi compañero de vida. Dedico este logro importante en mi vida a nuestros proyectos conjuntos, a tu presencia siempre solidaria, dulce y amoroso. Veo este, como un logro de los dos.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Altiplano-Puno por haberme abierto sus puertas y acogido en su alma mater y brindarme la posibilidad de estudiar en su aula

Al personal del Hospital Essalud III Puno, y a los usuarios hospitalizados, quienes hicieron posible la realización de la presente monografía.

Al Director del Hospital III Essalud Puno, por las facilidades para aplicar el cuestionario.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO	4
ÍNDICE	5
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
I. PRESENTACIÓN DEL CASO	11
1.1. Planteamiento del problema.....	11
1.2. Justificación	12
1.3. Objetivos	13
1.3.1. Objetivo General	13
1.3.2. Objetivos Específicos.....	13
II. REVISIÓN TEÓRICA	14
2.1. FACTORES	14
2.1.1. Factores socioculturales	14
2.1.2. Factores Gineco-obstétricos	18
2.2. MOLA HIDATIFORME	22
2.2.2. Epidemiología	23
2.2.3. Signos y síntomas.....	24
2.2.4. Clasificación.....	25
2.2.5. Diagnóstico	26
2.2.6. Tratamiento	27
2.2.7. Cuidados de enfermería.....	28
III. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS	30
3.1. Tipo	30
3.2. Diseño	30
3.3. Población y muestra	30
3.4. Técnica e Instrumentos de recolección de datos	30
3.5. Procedimiento de recolección de datos	31
3.6. Procesamientos de datos	31
3.7. Búsqueda de documentos.....	31
3.8. Selección de documentos	32

IV.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	36
V.	CONCLUSIONES	43
VI.	RECOMENDACIONES.....	44
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
VIII.	ANEXOS	49

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores socioculturales asociados a la mola hidatiforme en mujeres atendidas en el hospital III Es salud Puno 2016-2018.	36
Tabla 2. Factores Ginecoobstétricos asociados a la mola Hidatiforme en mujeres atendidas en el hospital III Es salud Puno 2016-2018.	39

RESUMEN

La presente monografía se realizó con el objetivo de describir 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. Fue un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, con diseño no experimental que permitió describir los factores socioculturales y gine-obstétricos asociados a la Mola Hidatiforme. La población de estudio estuvo conformada por 15 mujeres que fueron hospitalizadas por esta enfermedad trofoblástica. La técnica de recolección de datos fue la revisión documental y como instrumento se utilizó una guía de revisión documental. Dentro de los resultados, se ha encontrado a la edad de 26 a 35 años como factor asociado, así mismo el estado civil conviviente, lugar de residencia urbana, grado de instrucción secundaria y superior no universitario, y la ocupación comerciante. Los factores gineco-obstétricos asociados fueron la menarquia entre 10 a 12 años, haber tenido una gestación, un parto y un aborto. Conclusión: Existen factores socioculturales y gineco-obstétricos asociados a la Mola Hidatiforme.

Palabras clave: Mola Hidatiforme, Factores, Socioculturales, Gineco-Obstétricos.

ABSTRACT

The present monograph was carried out with the objective of describing the socio-cultural and gynecological-obstetric factors associated with the hydatidiform mole in women treated at the Hospital III Essalud Puno in 2018. It was a retrospective descriptive study with a non-experimental design that allowed describe the sociocultural and gynecological factors associated with the Hydatidiform Mola. The study population consisted of 30 women who were hospitalized for this trophoblastic disease. The data collection technique was the documentary review and a document review guide was used as an instrument. Within the results, it has been found at the age of 26 to 35 years as an associated factor, as well as the cohabiting civil status, place of urban residence, degree of secondary education and higher non-university, and merchant occupation. The associated gynecological-obstetric factors were menarche between 10 to 12 years, having had a pregnancy, a birth and an abortion. Conclusion: There are sociocultural and gynecological-obstetric factors associated with Mola Hydatiform.

Key words: Hydatidiform Mole, Factors, Sociocultural, Obstetrical-Gynecology.

TÍTULO

MONOGRAFIA

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y GINECOOBSTETRICOS ASOCIADOS A
LA MOLA HIDATIFORME EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III
ESSALUD PUNO, PERIODO 2016 AL 2018**

I. PRESENTACIÓN DEL CASO

1.1. Planteamiento del problema

La mola hidatiforme es una degeneración del trofoblasto que se complica con hipertensión arterial antes de las 20 semanas de gestación. Se divide en completa, parcial, diploide y triploide, dependiendo de los cromosomas fetales (1).

La incidencia de embarazo molar varía según la región geográfica del mundo. El sangrado transvaginal sigue siendo el signo clínico característico. Sin embargo, en los países en desarrollo, donde el acceso a las unidades de salud es limitado, los síntomas clásicos descritos pueden tener mayor prevalencia (1). Un estudio realizado en México año 2016, encontró una incidencia de 7.7 molas por cada 1000 nacimientos, con predominio en el grupo de primigestas de 13 a 20 años (2).

En el Perú, según el Ministerio de Salud, la incidencia general del embarazo Molar es de 0.5 a 2.5 por cada 1000 gestaciones, siendo la incidencia más baja en países de Norteamérica y Europa, intermedia en países de Latinoamérica y la más alta en países del Asia. Además, se señala que existe mayor riesgo en mujeres mayores de 50 años que en mujeres de 25 a 29 años, con nivel socioeconómico bajo (3). En el hospital Nacional Cayetano Heredia, la incidencia de la enfermedad trofoblástica es mayor; de un total de 113 historias clínicas se ha encontrado una frecuencia de 2.33 casos de ETG por 1000 embarazos. La frecuencia fue significativamente mayor en las gestantes mayores de 40 años (22.9 por 1000 partos) (4).

En el Hospital III EsSalud Puno, los casos presentados fueron hospitalizados quienes han requerido de cuidados tanto médico para el manejo clínico y el tratamiento mediante el legrado uterino en mujeres que desean conservar la

fertilidad o la histerectomía en pacientes mayores con descendencia completa (3) y de enfermería en la sala de admisión donde recibe orientación

Clara y concisa del porqué del procedimiento de inducción o la evacuación de la mola; preparación preoperatoria y los cuidados durante el posoperatorio, así como la continuidad de la vigilancia por consulta externa, de los mismos no se ha realizado ningún estudio monográfico.

1.2. Justificación

La presente monografía tiene como propósito dar a conocer los factores asociados a la Mola Hidatiforme que presentaron las mujeres atendidas en el Hospital III EsSalud Puno, resultados que permitirán obtener información sobre este problema de salud, para que sean tomados de referencia en las intervenciones del equipo de salud que atiende a la mujer que llega al establecimiento para ser atendida.

Este estudio pretende demostrar e identificar los factores de riesgo asociados a embarazo molar en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud Puno. Ciertos factores como la edad, paridad, antecedentes de embarazo molar y abortos previos aumentan el riesgo de tumor trofoblástico de la gestación; otras veces no es diagnosticada, porque transcurre como un aborto cuando se presenta en el primer trimestre.

Además, esta monografía permitirá identificar en servicio de ginecología que se encarga en la atención de la mujer en edad fértil, ampliar la real dimensión de esta entidad nosológica y así mismo motivar la realización de nuevas revisiones para profundizar el estudio de otros factores de riesgo asociados en otros Hospitales de Essalud para tener una visión más amplia y el impacto de la misma en nuestra región.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Describir los factores socioculturales y gineco-obstétricos asociados a la mola hidatiforme en mujeres atendidas en el Hospital III Essalud Puno periodo 2016 al 2018.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores socioculturales asociados a la mola hidatiforme en mujeres atendidas en el Hospital III Essalud Puno
- Demostrar los factores Gineco-obstétricos asociados a la mola hidatiforme en mujeres atendidas en el Hospital III Esalud Puno.

II. REVISIÓN TEÓRICA

2.1. FACTORES

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de la Mola hidatiforme o ETG son el antecedente de embarazo molar, la edad materna (<20 años y > 40 años) y uso de anticonceptivos orales. Además, se sugiere que la paridad, sangre materna grupo A o AB y sumado podrían también tener un efecto en el aumento de riesgo de dicha enfermedad (5).

2.1.1. Factores socioculturales

a) Edad

Un estudio reportó que la mayoría de las pacientes con Mola Hidatiforme eran muy jóvenes (13 a 20 años), característica relevante para insistir en la prevención y seguimiento estricto y adecuado. Señaló que este es un problema de salud pública por lo temprano del embarazo y la posibilidad de enfermedad trofoblástica gestacional (6).

Otros factores coinciden en señalar que la edad en que ocurre el embarazo influye en el riesgo de que se produzca una mola hidatiforme. El menor riesgo se observa en los embarazos que se producen entre los 20 y 35 años de edad, se incrementa ligeramente cuando los embarazos ocurren entre los 15 y 20 años de edad, y aumenta notablemente en los embarazos de mujeres añosas, la frecuencia de embarazo molar se incrementa progresivamente, y en las mayores de 50 años el riesgo de mola hidatiforme es casi 200 veces el de las mujeres de 20 a 35 años. El estudio sobre Enfermedad trofoblastica gestacional en el Hospital Nacional Cayetano Heredia y aspectos epidemiológicos y clínicos

encontró que la frecuencia de enfermedad molar es significativamente mayor en el grupo de gestantes mayores de 40 años (7).

b) Estado civil

Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto. El estado civil puede ser el de casado, si la persona celebró matrimonio, naciendo a partir de este hecho la sociedad conyugal; o puede tenerse el estado de soltero si aún no se contrajo matrimonio; o el de viudo, si su cónyuge falleció. En este caso si el viudo o viuda contrae nuevo matrimonio, su estado civil será el de casado en segundas nupcias (8).

Un estudio ha demostrado que la Mola Hidatiforme se encontró con mayor frecuencia en mujeres solteras y casadas, en mujeres con unión libre es menor la presencia de esta patología. El mayor grupo de estas pacientes estaba en las edades de alto riesgo, con un aumento del tamaño del útero y la presencia de sangrado vaginal anormal entre otros, con síntomas que llevan a consulta rápida, en mayor porcentaje por patología maligna sospechada por ultrasonido y confirmada por biopsia-succión-curetaje y hallazgos histológicos similares (9).

El estudio sobre las características clínicas, manejo y seguimiento en pacientes con Mola Hidatiforme en Nicaragua encontró que el 68,5% de las pacientes con esta enfermedad trofoblástica habitaban en el medio rural (10).

c) Lugar de procedencia

La procedencia “es una característica social, que supone movimiento de las personas en el ámbito social por diferentes motivos; es decir es un concepto que nos da a entender movimiento y traslado, de un importante recurso económico, referido en especial al recurso humano. La procedencia como factor está vinculado con la ocupación, grado de instrucción de las personas y se caracterizan por ocupar distintos espacios geográficos. Desde el punto de vista epidemiológico, las personas son inseparables del ambiente en que vive, su personalidad está relacionada con el mismo; por ejemplo los factores de clima y sociales, las condiciones de salubridad, higiene, trabajo, alimentación, estilos de vida, etc, son también dentro de ciertos límites, causas específicas o concurrentes de enfermedad” (11).

“La procedencia de los pobladores están categorizas en dos: Urbano y rural.

El área urbana: Es la parte del territorio de un distrito, el cual está conformado por centros poblados urbanos. Puede estar conformado por uno o más de ellos.

El área rural: Es la parte del territorio de un distrito, integrada por los centros poblados rurales, que se extienden desde los linderos de los centros poblados urbanos hasta los límites del distrito” (12).

Un estudio al investigar las características clínicas, manejo y seguimiento en pacientes con Mola Hidatiforme en Nicaragua encontró que el 57% de las pacientes con esta enfermedad trofoblástica tenían estado civil unión libre (10).

d) Grado de instrucción:

Es el conjunto de experiencias de aprendizaje que la mujer debe adquirir normalmente en un año educativo, se denomina también como el nivel de

conocimiento y experiencia que se alcanza al estudiar en las instituciones formales. La educación como característica personal, mantiene una estrecha relación con los diversos fenómenos socioeconómicos en especial con las condiciones sociales de existencia se ha comprobado una estrecha relación la educación y la fecundidad, las mujeres de mayor nivel educativo tienen una menor fecundidad que las que tienen menor nivel de educación, como a nivel primaria, otras en cambio llegaron a estudiar hasta el nivel secundario y superior (13).

Según el INEI las mujeres obtienen menor nivel educativo frente al hombres. Así, el 34,4% de las mujeres lograron estudiar educación secundaria y educación superior solo el 14,5% de las mujeres (14).

e) Ocupación:

Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas. Según INEI (2014) “el 80.9% de las mujeres estaban trabajando” (15).

También se define ocupación “a aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura. Este tipo de actividad hacer permite que el humano transforme el entorno y también a sí mismo en un proceso continuo, que además se da en el marco de una apropiación de la herencia cultural y el patrimonio históricamente acumulado. Por tanto, a la base del desarrollo de la persona se encuentra la actividad humana, aquella mediatizada por los objetos que la misma actividad produce (herramientas, enseres, ideas, conceptos) al entregarse a una actividad en que se

ponen en marcha destrezas manuales, cognitivas, motivaciones, afectos y valores” (16).

2.1.2. Factores Gineco-obstétricos

a) Edad de la menarquia

La menarquía es la primera menstruación. Es un evento que marca simbólicamente este cambio y que debe ser acompañado con especial atención. Suele aparecer unos dos años después de que se empiecen a desarrollar los pechos y unos seis meses posteriores al inicio de la secreción de flujo vaginal. Por otro lado, no reciben una buena educación respecto a las características del ciclo menstrual reproduciendo la mala relación que muchas madres tienen con su regla (17).

La menarquia es la culminación de una serie de procesos fisiológicos y anatómicos en la pubertad. Se produce después de la reactivación del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal y la secreción de la hormona liberadora de gonadotrofina (GnRH). La GnRH opera temporalmente durante la vida fetal y los primeros 6 meses de vida, período que se ha denominado "minipubertad". Esta primera activación de la GnRH juega un papel importante en la feminización o masculinización del cerebro (18).

La edad de aparición de la menarquia tiene implicaciones importantes para la salud. Una menarquia temprana se asocia con diversos efectos negativos, tales como un aumento de la incidencia de trastornos cardiovasculares y de la mortalidad debida al cáncer, especialmente de mama, síntomas de ansiedad, depresión, relaciones sexuales prematuras y comportamiento violento. La

menarquia tardía se asocia con mayor riesgo de desarrollar osteoporosis y fracturas óseas (19).

La edad de inicio de la menarquia en las mujeres caucásicas de diversas poblaciones varía entre los 11 y los 12 años (18).

Un estudio realizado sobre las características clínicas de las pacientes que presentaron embarazo molar con y sin hipertensión arterial y coriocarcinoma han encontrado que las pacientes tuvieron su menarquia entre los 11 a 14 años de edad (1).

b) Flujo vaginal

El flujo vaginal o Leucorrea, es una condición normal no sólo de la mucosa vulvo vaginal, sino de todas las mucosas del organismo en general. Estas secreciones cumplen funciones de humectación y lubricación. Existe un flujo normal y que por diversas condiciones, de higiene principalmente, pero también por cambios hormonales puede volverse anormal e indicar la presencia de una enfermedad infecciosa o tan grave como un cáncer del tracto genital (20).

El Síndrome de flujo vaginal es un proceso infeccioso de la vagina caracterizado por uno o varios síntomas: leucorrea, prurito vulvar, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez vaginal. El estudio realizado por el autor, encontró que el síndrome de flujo vaginal fue más frecuente en las adultas y las que iniciaron precozmente las relaciones sexuales, (antes de los 18 años de edad). Además, hubo un predominio clínico y microbiológico de infección por *Gardnerella vaginalis* (21).

c) Número de gestaciones

El término gestación, también conocido como embarazo, El embarazo provoca cambios fisiológicos en todas los órganos, aparatos y sistemas maternos; la mayoría regresa a la normal después del parto. En general, los cambios son más drásticos en los embarazos multifetales que en los únicos. Se considera que el embarazo dura 266 días desde el momento de la concepción o 280 días desde el último período menstrual si los períodos se producen regularmente cada 28 días. La fecha de parto se estima según el último período menstrual. Un parto hasta 2 semanas antes o después de la fecha estimada es normal (22).

Un estudio al investigar las características clínicas, manejo y seguimiento en pacientes con Mola Hidatiforme en Nicaragua encontró que el 40.5 % de las pacientes con esta enfermedad trofoblástica fueron multigestas (10).

d) Número de partos

Es el número de embarazos que alumbran las mujeres un feto o recién nacido con un peso mayor a 500g. o semana de gestación superior a 22, vivo o muerto.

La paridad se clasifica en:

- Nulípara: Se llama cuando la mujer que nunca ha parido.
- Primípara: Es aquella mujer que ha parido al menos una vez.
- Multípara: Se llama a la mujer que ha tenido al menos dos veces un recién nacido vivo o no, de peso igual o superior a 500 gramos o con una gestación estimada de al menos 20 semanas

- Gran múltipara: Es la mujer que ha parido al menos cinco o más veces, con una edad gestacional de 24 semanas o más

Gran múltipara: se llama a la mujer (23).

La multiparidad constituye un factor de riesgo muy importante en el embarazo, parto o puerperio relacionándose estrechamente con la morbi-mortalidad materna y otras complicaciones a las que predispone en la gestación entre ellos en estudios realizados se ha encontrado vinculado con desarrollo de enfermedad trofoblástica gestacional. El mayor número de partos previos produce que el útero vaya perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares disminuyen su elasticidad y contractibilidad, por lo que con el parto y alumbramiento el útero se contrae con escasa energía produciéndose complicaciones de resistencia a nivel del cuello uterino (23).

e) Número de abortos

El aborto se define a la expulsión del feto en forma espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, con un feto con un peso aproximado de 500 gramos o 25 cm en forma normal, las que pueden ser en forma espontánea del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un peso menor a 500gr o pueden ser provocadas con intervención de circunstancias artificiales en la evolución de la gestación, llega al 15 a 20% (24).

Se considera factor de riesgo para la enfermedad trofoblástica gestacional el antecedente patológico de aborto espontáneo (25). Después de la evacuación del aborto, entre los pasos importantes se deben hacer 3 determinaciones (una por

semana) de gonadotropina coriónica humana y luego mensualmente durante 6 meses. Es necesario usar anticonceptivos hasta que la gonadotropina coriónica humana haya regresado a valores normales. Se recomienda determinar la subunidad β de gonadotropina coriónica humana. En los casos en que hay vitalidad fetal se puede continuar con el embarazo si no hay complicaciones, el cariotipo es normal y la ecografía es normal. De todas maneras, el riesgo de aborto espontáneo es del 60% aproximadamente (26).

2.2. MOLA HIDATIFORME

2.2.1. Definición

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) se caracteriza por una proliferación anormal del tejido trofoblástico, con un espectro de severidad que va de lesiones benignas (mola hidatiforme) a malignas (coriocarcinoma, tumor trofoblástico sitio placentario (PSTT), tumor trofoblástico epitelioide (ETT) y mola invasora). La mola hidatiforme es una forma benigna de la ETG. (5)

Es una complicación poco frecuente del embarazo caracterizada por el crecimiento anormal de trofoblastos, las células que normalmente se convierten en la placenta, es denominado también como embarazo molar. Hay dos tipos de embarazos molares: el embarazo molar completo y el embarazo molar parcial. En un embarazo molar completo, el tejido placentario es anormal y está hinchado; además, parece formar quistes llenos de líquido. Otra característica es que no hay formación de tejido fetal. En un embarazo molar parcial, es posible que haya tejido placentario normal junto con tejido placentario formado de manera anormal. También puede haber un feto, pero no

hay posibilidades de que sobreviva, y, por lo general, se produce un aborto al principio del embarazo.

Un embarazo molar puede tener complicaciones graves, entre ellas una forma de cáncer poco frecuente, y requiere tratamiento temprano (27).

La enfermedad trofoblástica gestacional, son cambios hidatiformes focales caracterizados por la degeneración hidrópica de las vellosidades coriales e hiperplasia trofoblástica, comprende: Mola hidatiforme (parcial y completa), mola invasora, neoplasia trofoblástica gestacional, tumor trofoblástico del sitio placentario y el coriocarcinoma. Histopatológicamente se evidencia edema hidrópico difuso del estroma de las vellosidades coriónicas característicamente avasculares, cuyo diámetro oscila entre 0,1 y 3 cm adquiriendo así la morfología de bandas y cúmulos de vesículas que confieren el aspecto de “Racimo de uvas”, en tanto que están indemnes otras vellosidades vasculares con circulación feto placentaria (28).

2.2.2. Epidemiología

La incidencia y los factores etiológicos que contribuyen al desarrollo de la enfermedad trofoblástica gestacional han sido difíciles de caracterizar. Los estudios epidemiológicos han reportado una amplia variación regional en la incidencia de mola hidatidiforme (25).

La mola hidatiforme es la forma más común de la ETG y corresponde aproximadamente a un 80%. A diferencia de la rara incidencia de la coriocarcinoma, con un estimado de 1 en 20,000 a 40,000 embarazos. Aproximadamente el 50% de los casos de coriocarcinomas surgen de un embarazo molar, el 25% de un aborto involuntario o embarazo ectópico, y el 25% del término o pretérmino embarazo (29).

Los factores de riesgo para la enfermedad trofoblástica gestacional son: extremos de edad reproductiva, multiparidad, antecedente patológico de aborto espontáneo, estrógenos endógenos, dieta alta en beta carotenos, dieta alta en grasa animal, etnia, grupo sanguíneo ABO, toxinas ambientales, fumado, consumo de alcohol, estatus socioeconómico y exposición a hierbidas (30).

2.2.3. Signos y síntomas

Las manifestaciones clínicas dependen de la invasión local al momento del diagnóstico, además de la presencia de metástasis y su localización. El síntoma inicial más común es el sangrado uterino anormal, casi siempre durante el primer trimestre. Además, un 50% de estas pacientes al examen físico se le encontrará un tamaño uterino mayor al esperado para la edad gestacional. Y un 30% presentarán un aumento en uno o ambos ovarios causado por los quistes tecaluteínicos (29).

Otras patologías asociadas son: la hiperémesis gravídica, de baja frecuencia por el diagnóstico precoz de la enfermedad, la preeclampsia, que se debe sospechar cuando es de aparición muy precoz en las molas parciales. El hipertiroidismo asociado es poco frecuente, pero si se sospecha debe ser tratado previamente a la evacuación de la gestación molar, ya que se puede desencadenar una crisis tiroidea. La insuficiencia respiratoria aguda es de aparición esporádica pero grave, consecuente con la embolización trofoblástica de los vasos pulmonares.

Las metástasis son características de las neoplasias trofoblásticas gestacionales. Las localizaciones predilectas son los pulmones (80%) y la vagina (30% a 40%), seguidas en orden de frecuencia descendente son el cerebro, el hígado y los riñones (31)..

2.2.4. Clasificación

Una mola hidatiforme puede presentarse en dos formas básicas: completa en el que el tejido embrionario anormal deriva solo del padre o solo de la madre y parcial en el que el tejido anormal proviene de ambos padres, pero con incorrecta dotación genética.

- **Mola hidatiforme completa**

Es la variedad de mola hidatiforme más fácilmente identificable. En una mola completa, no se desarrolla el feto (por lo que en el examen del embarazo no se observan signos de la presencia de tejido fetal) o incluso, directamente, no lo hace la placenta. Las vellosidades coriónicas están aumentadas de tamaño. Esto puede ocurrir por dos causas: Androgénesis o diandria: es el proceso por el que se forma un cigoto con dotación cromosómica completa (diploide porque tiene dos copias de cada cromosoma), pero procedente solo del padre, debido a que los cromosomas derivan solo del espermatozoide sin la participación del huevo materno. Usualmente ocurre cuando un huevo vacío es fertilizado por un espermatozoide que luego, por fallo en la disyunción de la primera mitosis, duplica su ADN. Un 90 % de los productos de este tipo de concepción son femeninos (cariotipo XX) y 10% masculinos (XY), por razón de que el genotipo masculino requiere que dos espermatozoides contribuyan dos cromosomas X y dos Y. Dado que el genoma materno es necesario para el desarrollo del feto, esta causa explica la aparición de placentas sin feto.

Ginogénesis o diginia: es el proceso por el que se forma un huevo con dotación genética completa procedente exclusivamente de la madre. Este tipo de óvulo puede ser causado por un tumor benigno llamado teratoma ovárico. Requiere, no obstante, fecundación por parte de un espermatozoide que actúe como señal de estimulación del huevo, pero cuyo genoma no se incorpore. Dado que el genoma del padre es necesario para la formación

de estructuras extraembrionarias, esto explica las molas en las que no se llega a desarrollar ni siquiera la placenta (32)..

▪ **Mola hidatiforme parcial**

En una mola parcial pueden presentarse restos de placenta e incluso un pequeño feto atrófico. Las partes fetales normalmente se pueden presenciar en el examen general. La causa es una herencia biparental con poliploidía. El ADN es de origen tanto paterno como materno, pero con mayor dotación genética de lo normal. Pueden ser triploides (69, XXX ; 69 XXY o 69 XYY, en vez de los normales 46 XX o 46 XY) o pueden incluso ser tetraploides. En todos casos resulta en un desarrollo anormal, pero éste varía si la dotación extra procede del padre (por fecundación de dos espermatozoides de un óvulo normal, o por duplicación del genoma del espermatozoide) o de la madre (por duplicación del genoma del óvulo). En el primer caso aparecerá un abundante trofoblasto y escaso desarrollo embrionario, y en el segundo caso un grave retraso en el desarrollo embrionario con una placenta pequeña y fibrosa. La mola parcial no suele asociarse ni con hiperémesis gravídica ni con hipertiroidismo, aunque si la gestación alcanza el segundo trimestre, puede asociarse a preeclampsia (32).

2.2.5. Diagnóstico

Ante la sospecha de un embarazo molar, se solicita el análisis de sangre, entre ellos, uno para medir el nivel de coriogonadotropina humana (una hormona del embarazo) en la sangre. También te recomendará una ecografía.

En una ecografía estándar, se dirigen ondas sonoras de alta frecuencia a los tejidos de la región abdominal y pélvica. Sin embargo, al principio del embarazo, el útero y las trompas de Falopio están más cerca de la vagina que de la superficie abdominal, por lo

que es posible que se realice la ecografía por medio de un dispositivo con forma de varilla, que se coloca en la vagina (27).

Una ecografía de un embarazo molar completo, que puede detectarse ya a las ocho o nueve semanas de embarazo, puede mostrar lo siguiente:

- Ausencia de embrión o feto
- Ausencia de líquido amniótico
- Placenta gruesa y con quistes que ocupa el útero casi por completo
- Quistes de ovario

Una ecografía de un embarazo molar parcial puede mostrar lo siguiente:

- Un feto con crecimiento restringido
- Bajo nivel de líquido amniótico
- Placenta gruesa y con quistes

Si el proveedor de atención médica detecta un embarazo molar, es posible que compruebe la presencia de otros problemas de salud, como los siguientes:

Preeclampsia, Hipertiroidismo y Anemia (27)

2.2.6. Tratamiento

Un embarazo molar no puede continuar como un embarazo normal viable. Para prevenir complicaciones, debe eliminarse el tejido placentario anormal. El tratamiento generalmente comprende uno o más de los siguientes pasos:

- **Dilatación y legrado.** Para tratar un embarazo molar, el médico extraerá el tejido molar del útero con un procedimiento llamado «dilatación y legrado». El procedimiento de dilatación y legrado suele hacerse de forma ambulatoria en un hospital. Durante el procedimiento, te administrarán anestesia local o general y te recostarás boca arriba sobre la mesa del quirófano con las piernas en los estribos. El

médico insertará un espéculo en la vagina, igual que durante un examen pélvico, para poder observar el cuello uterino. Luego, dilatará el cuello uterino y extraerá tejido del útero con un dispositivo de vacío.

- **Histerectomía.** En raras ocasiones, si hay un riesgo elevado de neoplasia trofoblástica gestacional y no hay ningún deseo de futuros embarazos, puede extraerse el útero (histerectomía).
- **Control de la coriogonadotropina.** Después de extraer el tejido molar, el médico repetirá las mediciones del nivel de coriogonadotropina hasta que vuelva a la normalidad. Si continúas teniendo coriogonadotropina en la sangre, es posible que necesites un tratamiento adicional (27).

Una vez finalizado el tratamiento para el embarazo molar, puede que el médico siga controlando los niveles de coriogonadotropina durante seis meses a un año para asegurarse de que no quede ningún tejido molar.

Debido a que los niveles de coriogonadotropina del embarazo también aumentan durante un embarazo normal, el médico puede recomendarte que esperes de 6 a 12 meses antes de intentar quedar embarazada otra vez. El profesional recomendará una forma confiable de anticoncepción durante este tiempo (27).

2.2.7. Cuidados de enfermería

En la sala de admisión (partos) es de suma importancia proporcionar una atención satisfactoria a las mujeres con mola hidatiforme, se proporcionará una orientación clara y precisa del porqué del procedimiento de la inducción de un aborto inmediata y/o evacuación de la mola tomando en cuenta que la mujer cree estar embarazada.

Se inicia con la preparación pre-operatoria, para dicho procedimiento, mantener por vía intravenosa la solución con oxitócicos, las cuales estimularan las contracciones uterinas, frecuentemente estar verificando las pérdidas sanguíneas transvaginales para la cual se debe estar preparada con una unidad de sangre para posible transfusión.

En el posoperatorio, se brindarán cuidados en este periodo, la toma de signos vitales y la verificación frecuente del fondo del útero, así como el control de soluciones con oxitosicos a menor dosis, retirando esta previa valoración de sangrado transvaginal.

El periodo de hospitalización oscila entre 2 a 3 días, en los cuales se tomarán exámenes de laboratorios y gabinete.

Posteriormente se proporciona una orientación de la importancia de la continuidad de la vigilancia por consulta externa, y los cuidados que debe tener con la recolección de orina para los exámenes subsecuentes (3).

III. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

3.1. Tipo

La presente monografía se realizó bajo el método descriptivo retrospectivo y transversal. Métodos que permitieron describir los factores socioculturales y gineco obstétricos en forma retrospectiva, es decir información ocurrida durante el periodo 2016 al 2018.

3.2. Diseño

Corresponde el diseño no experimental, porque no se tuvo la intervención del investigador, sino se observaron los datos tal como se ha encontrado.

3.3. Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por 30 mujeres con Mola Hidatiforme atendidas en el Hospital III EsSalud Puno durante el periodo 2016 al 2018

3.4. Técnica e Instrumentos de recolección de datos

- **Técnica:**

Revisión documentaria: Esta técnica permitió recabar la información a partir de las historias clínicas, las mismas que fueron revisadas minuciosamente.

- **Instrumento:**

Guía de revisión documentaria: Elaborado por la investigadora para obtener información sobre los factores socioculturales y gineco obstétricos

asociados a la Mola Hidatiforme presentadas en las mujeres hospitalizadas por esta enfermedad trofoblástica.

3.5. Procedimiento de recolección de datos

Las actividades realizadas fueron las siguientes:

- Se presentó una solicitud al Director del Hospital III EsSalud Puno para tener acceso a las historias clínicas de las mujeres que fueron hospitalizadas por Mola Hidatiforme.
- Se coordinó con el jefe de la Unidad de estadísticas para la respectiva revisión de las historias clínicas.
- La información fue registrada en la guía de revisión documentaria
- Finalmente, la información obtenida fue sistematizada en una hoja Excel, a partir del cual se elaboraron tablas para su análisis.

3.6. Procesamientos de datos

La información fue presentada en tablas con su respectivo análisis.

El análisis de los datos se realizó con la estadística descriptiva porcentual.

3.7. Búsqueda de documentos

Revista Médica de Ginecología y Obstetricia

Revista Médica Heredia.

Reprod Biol Endocrinol

Revista de investigación clínica y de diagnóstico

Journal of Midwifery & Womens Health

Cubana de Higiene y Epidemiologic

Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo; 2016.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima

Universidad Católica de Santa María, Arequipa

3.8. Selección de documentos

Hernández SE, Vega ME, Niebla D, Audifred JR, Hall WB (2016), realizaron un estudio con el objetivo de reportar la incidencia de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital General Dr. Manuel Gea González y describir las características clínicas, la relación de los datos reportados por ultrasonido con los hallazgos histopatológicos, la asociación con el grupo sanguíneo de las pacientes, las comorbilidades y el lugar de procedencia. Este estudio fue retrospectivo y descriptivo y se hallaron los siguientes resultados: De un total de los expedientes de 57 pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad trofoblástica gestacional mediante estudio histopatológico. Se encontró una incidencia de 7.7 molas por cada 1000 nacimientos, con predominio en el grupo de primigestas de 13 a 20 años. El promedio de edad de las pacientes fue de 23 años. La mola completa fue la más frecuente en 56%; los hallazgos ultrasonográficos coincidieron en 73% con el reporte histopatológico. Se concluyó que la incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional fue mayor en nuestro estudio comparada con los datos encontrados en la bibliografía (2)

García L. (2016) en Trujillo realizó un estudio con el objetivo de determinar si la multiparidad es factor de riesgo para enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Belén de Trujillo. Fue un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por

100 pacientes gestantes. Los hallazgos demostraron que no se registraron diferencias significativas en relación a edad o procedencia entre los grupos de estudio. La frecuencia de multiparidad en gestantes con enfermedad trofoblástica gestacional fue de 32%. La frecuencia de multiparidad en gestantes sin enfermedad trofoblástica gestacional fue de 8%. La multiparidad es factor de riesgo asociado a enfermedad trofoblástica gestacional con un odds ratio de 5.41 el cual fue significativo ($p < 0.05$). Se concluyó que la multiparidad es factor de riesgo para enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Belén de Trujillo. (33)

Rodríguez L. (2005-2015), realizó un estudio para determinar las características Clínico-Epidemiológicas y factores de riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Dos de Mayo, en el período comprendido entre enero del 2005 y diciembre del 2015. Fue un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. En este periodo se encontraron 92 pacientes con una edad media de 29.7 años; el mayor grupo etario fue de 20-35 años con 50.0%. La edad gestacional tuvo una media de 11.4 semanas; el mayor rango de esta fue 9-12 semanas con un 35.9%. El antecedente de paridad fue mayor en las multíparas con 50.0%. Las que tuvieron antecedente de Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) fue un 4.3%. El 75.0% de paciente no tuvo controles prenatales. Entre las manifestaciones clínicas, la hemorragia uterina con 77.2%, dolor en hipogastrio o pélvico con 59.8% y las náuseas y los vómitos un 31.5%. El diagnóstico presuntivo se dio clínicamente (67.4%) y ecográficamente (88.0%). El manejo terapéutico fue el legrado uterino con 70.7%, Aspiración Manual Endouterina (AMEU) (17.4%), HTA más SOB (11.9%). Y la complicación más reportada fue anemia (51.1%) (34)

Humpiri M. (2011), realizó un estudio de tipo observacional descriptivo retrospectivo, cuyo propósito fue identificar las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes diagnosticadas de Enfermedad Trofoblástica Gestacional atendidas en el Hospital III Goyeneche de Arequipa en el período 2007 – 2011. La recolección de datos se realizó a través de la técnica de la observación documental mediante la revisión de 35 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión consignados. Se utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos. Los resultados muestran que las principales características epidemiológicas de la mola hidatidiforme son la edad de presentación en un 25,7% en 25 a 29 años, la procedencia urbana y ser nulípara. Las características clínicas incluyen: una edad gestacional dentro del primer trimestre de gestación 80,0%. El hallazgo más frecuente en el examen físico es el sangrado vaginal (62,9%). Los hallazgos ecográficos demuestran placenta con quistes (85,7%), aumento de tamaño uterino en 62,9%, entre otros. El tratamiento consiste en la administración de tratamiento médico con misoprostol, oxitocina, ergometrina. El tratamiento quirúrgico consiste en el legrado uterino, y/o el vacuum extractor o la histerectomía abdominal total (35).

Vázquez E, Brito A. (2013) se propusieron determinar el comportamiento clínico de pacientes con Enfermedad trofoblástica gestacional. Fue un estudio observacional descriptivo transversal, en el Hospital Gineco-Obstétrico “Ramón González Coro”. Se trabajó una muestra de 18 historias clínicas de pacientes diagnosticadas o con sospecha de la enfermedad trofoblástica gestacional. Los resultados se demostraron con predominio que el motivo de ingreso fue el sangramiento vaginal, y al examen físico el principal signo fue la salida de sangre

por el orificio cervical externo. La mayoría de los casos obtenidos el 83,4 % fueron pacientes con más de 24 años. Casi el total de la muestra un 94 % presentó un útero aumentado de tamaño. En este estudio más de la mitad de los casos el 83 % fueron por mola hidatiforme parcial. (36)

Sánchez A. (2014), realizó un estudio en Loreto con el objetivo de determinar los 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. El estudio en forma de caso - control retrospectivo en el Hospital Regional de Loreto, incluyó 77 mujeres con diagnóstico clínico de embarazo molar y como controles, 154 pacientes obstétricas normales. Dentro de sus resultados reportaron que la incidencia de embarazo molar fue de 4,031 por 1000 embarazos. La edad promedio fue 28.21 años. El grado de instrucción secundario resulto un factor protector estadísticamente significativo a embarazo Molar (OR: 0.517; IC: 0.291 - 0.916). Multiparidad es un factor de riesgo estadísticamente significativo a embarazo Molar (OR: 3.475; IC: 1.672 - 7.223). La edad gestacional en que se diagnosticó más frecuentemente el Embarazo Molar fueron las de 11 a 20 semanas (61.0%) y la menor frecuencia las de mayor igual de 31 semanas (1,3%). Antecedente de embarazo molar como factor de riesgo de embarazo Molar se encontró un OR mayor de 1 (OR: 3.081) con Intervalo de Confianza de 2.555 - 3.716. Se determinó que a menor grado de instrucción mayor riesgo de que se produzca un embarazo molar en la población (37)

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tabla 1.

Factores socioculturales asociados a la mola hidatiforme en mujeres atendidas en el hospital III Es salud Puno 2016-2018.

FACTORES SOCIOCULTURALES		Nº	%
EDAD	15 A 20 años	2	13.3
	21 a 25 años	0	0.0
	26 a 30 años	5	33.3
	31 a 35 años	8	53.4
TOTAL		15	100.0
ESTADO CIVIL	Soltera	0	0.0
	Conviviente	12	80.0
	Casada	3	20.0
TOTAL		15	100.0
LUGAR DE RESIDENCIA	Urbano	10	66.7
	periurbano	1	6.7
	rural	4	26.7
TOTAL		15	100.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	0	0.0
	Secundaria	9	60.0
	Superior No universitario	6	40.0
	Superior universitario	0	0.0
TOTAL		15	100.0
OCUPACIÓN	Su casa	4	26.7
	Comerciante	8	53.3
	Empleada	3	20.0
TOTAL		15	100.0

Fuente: Guía de revisión documentaria

Los resultados sobre los antecedentes socioculturales de las mujeres atendidas por Mola Hidatiforme en Hospital de EsSalud Puno, se evidencia que un total de 16 mujeres, el 53,4% se encontraban en edad de 31 a 35 años de edad, un 33,3% entre 26 a 30 años y solo el 13,3% de 15 a 20 años.

Respecto al estado civil, con predominio estas las mujeres tenían condición civil de conviviente y un 20% estuvo casada.

Predomina también el lugar de residencia urbana con 66,7%, en cambio un 26,7% residía en el área rural y solo un 6,7% en el ámbito periurbano.

El 60% de las mujeres estudiaron hasta el nivel secundario y el 40% tenía superior no universitario.

Respecto a la ocupación, el 53,3% de las mujeres se dedicaban al comercio, el 26,7% a las labores de la casa y el 20% tenían un empleo.

Los resultados encontrados nos demuestran que las mujeres atendidas por mola hidatiforme en su mayoría tenían entre 26 a 35 años, con estado civil conviviente, residentes en el área urbana, con educación secundaria y dedicados al comercio; situación que denota que se encontraban en edad reproductiva, con educación media, la que les ha permitido realizar solo actividades independientes.

Al respecto Khanna (2016), ha señalado que existen factores de riesgo para el desarrollo de la Mola hidatiforme o ETG, estos constituyen el antecedente de embarazo molar, como la edad materna (<20 años y > 40 años) (5); contrastando con los resultados las edades que presenta las mujeres atendidas se encuentran dentro de ese grupo de edad; sobre los casos presentados en mujeres menores de 20 años difiere porque Hernández, SE; Vega, ME; Niebla, E; Audifred, JR; Hal, WB (2016), en su estudio realizado encontraron que la mayoría de las mujeres con Mola tenían entre 13 a 20 años.

Según Albiagorta,(2011), el menor riesgo se observa en los embarazos que se producen entre los 20 y 35 años de edad, comparado con nuestro estudio en esta edad solo se ha encontrado en un poco más de la tercera parte de mujeres.

Sobre el estado civil un estudio ha demostrado que la Mola Hidatiforme se encuentra con mayor frecuencia en mujeres solteras y casadas, en mujeres con unión libre es menor la presencia de esta patología; mientras en nuestro estudio ocurre lo contrario, porque la mola se encontró en mujeres con estado civil conviviente y muy poco en casadas.

En relación al factor lugar de residencia, los resultados son diferentes al estudio de Mercedes (3017), en Nicaragua encontró que el 68,5% de las pacientes con esta enfermedad trofoblástica habitaban en el medio rural (10); en nuestro medio se presentó en mínimo porcentaje ya las mujeres en su mayoría habitaban en el área urbana.

El grado de instrucción provee a las personas a mantener el buen cuidado de la salud. Mientras las mujeres de mayor nivel educativo tienen una menor número de embarazos que las que tienen menor nivel de educación, como las que llegaron a estudiar hasta el nivel secundario y superior (13); en concordancia con nuestros resultados se podría inferir correspondencia con lo referido por el autor, porque las mujeres atendidas por mola hidatiforme en su mayoría tienen estudios secundarios y algunos superior no universitario, dando a comprender que poseen carreras técnicas, hechos que tienen analogía con la ocupación.

La ocupación es un factor que permite a la persona participar cotidianamente en pro de la transformación del entorno en un proceso continuo (16). De ahí que un comerciante es la persona que se dedica habitualmente al trabajo que también ayuda en la economía del hogar; este grupo en nuestro estudio estarían más expuestas a tener un embarazo molar.

Tabla 2

Factores Ginecoobstétricos asociados a la mola Hidatiforme en mujeres atendidas en el hospital III Es salud Puno 2016-2018.

FACTORES			
GINECOOBSTÉTRICOS		N°	%
MENARQUIA	10 a 12 años	11	73.3
	13 a 14 años	4	26.7
TOTAL		15	100.0
FLUJO VAGINAL	Si	2	13.3
	No	13	86.7
TOTAL		15	100.0
NÚMERO DE GESTACIONES	1 gestación	14	93.3
	2 gestas	1	6.7
TOTAL		15	100.0
NÚMERO DE PARTOS	1 parto	10	66.7
	Ninguno	5	33.3
TOTAL		15	100.0
NÚMERO DE ABORTOS	1 aborto	8	53.3
	Ninguno	7	46.7
TOTAL		15	100.0

Fuente: Guía de revisión documentaria

Los resultados que se presentan en la tabla 2 están referidos a los antecedentes gineco obstétricos que presentan las mujeres atendidas por Mola Hidatiforme, donde se aprecia que, el 73,3% de las mujeres tuvieron su menarquia entre los 10 a 12 años y el 26,7% entre los 13 a 14 años.

Respecto al antecedente flujo vaginal, el 86,7% no había presentado este problema, pero un 13,3% si presentó flujo vaginal.

En cuanto al número de gestaciones se evidencia que el 93,3% tuvo una gestación, y el 6,7% 2 gestaciones. Respecto al número de partos, encontramos que el 66,7% tuvo un parto y el 33,3% no llegó a esta fase.

Sobre el aborto, 53,3% tuvo como antecedente un aborto y el 46,7% ninguno.

Con los resultados obtenidos se puede evidenciar que la mayoría de las mujeres atendidas por Mola Hidatiforme, tuvieron su menarquia a temprana edad, con una gestación, un parto y un aborto; mientras, el flujo vaginal se había presentado solo en un poco más de la décima parte de la población en estudio.

La edad de aparición de la menarquia tiene implicaciones importantes para la salud. En la literatura se señala que la menarquia temprana se asocia con diversos efectos negativos, tales como un aumento de la incidencia de trastornos cardiovasculares y de la mortalidad debida al cáncer, especialmente de mama, síntomas de ansiedad, depresión, relaciones sexuales prematuras y comportamiento violento (19). Sin embargo, en algunos estudios se ha encontrado que la menarquia presentada a los 12 años fue uno de los antecedentes como el que se encontró en una paciente de 26 años atendida en el Servicio de Emergencias Ginecológicas del Hospital IESS Ambato por Capus (28) en Ecuador. Los resultados son compatibles también con los resultados reportados por

Tovar JM, Medel IC, Vargas V. en el año 2015; las pacientes que presentaron embarazo molar tuvieron su menarquia entre los 11 a 14 años de edad (1).

A diferencia, respecto al número de gestaciones los resultados son diferentes al estudio de Mercedes en Nicaragua, al investigar las características clínicas, manejo y seguimiento en pacientes con Mola Hidatiforme encontró que el 40.5 % de las pacientes con esta enfermedad trofoblástica fueron multigestas (10) y en nuestro estudio predomina las primigestas.

Si bien el parto es el alumbramiento de un feto o recién nacido, en el estudio la mayoría tuvo un parto, es decir las mujeres eran primíparas, hecho que no es concordante con la literatura que señala que la enfermedad trofoblástica se presenta con mayor incidencia asociada a la nuliparidad (38), lo que significa que en nuestro medio las mujeres que más presentan esta enfermedad son aquellas mujeres que han tenido ya hijos y en nulíparas es menor esta incidencia.

En tanto sobre el antecedente de aborto se aprecia que la mayoría tuvo este factor, aunque un buen porcentaje de las mujeres no la tuvieron. Considerando estos resultados se confirma que este es un factor de riesgo para la enfermedad trofoblástica gestacional, especialmente el aborto espontáneo aproximadamente en un 60% de los casos (26); cifra compatible con los resultados del estudio. Sin embargo, difiere del estudio de Hernández (6) al encontrar como antecedentes obstétricos el aborto en solo el 25% de los casos.

En consecuencia, los antecedentes gineco obstétricos encontrados determinan un riesgo para presentar Mola Hidatiforme; aunque estos casos se producen en mínimo porcentaje, pero constituyen un grave riesgo de que la mujer sufra hemorragia y

posterior a ella debe programar otro embarazo después de 6 a 1 año y precisar algunos cuidados para mantener una buena salud.

V. CONCLUSIONES

PRIMERA.

En un total de 15 casos de Mola Hidatiforme ocurridos en los años 2016 al 2018 en el Hospital III EsSalud Puno, se ha encontrado como factores socioculturales asociados a la mola hidatiforme a la edad, estado civil, lugar de residencia, grado de instrucción y ocupación; respecto a los factores gine-obstétricos a la menarquia, número de gestaciones, parto y aborto.

SEGUNDA:

Los factores de riesgo socioculturales que se encuentran asociados a la mola hidatiforme fueron: edad entre los 26 a 35 años, el estado civil conviviente, lugar de residencia urbana, grado de instrucción de nivel secundario y ser prioritariamente de ocupación comerciante segundo de ama de casa al presentar considerablemente esta enfermedad trofoblástica.

.

TERCERA:

Dentro de los factores de riesgo Gine-Obstétricos que predominan se encuentran, el haber presentado la menarquia entre los 10 a 12 años de edad, una gestación, un parto y un aborto, mientras el flujo vaginal se presentó en una mínima proporción de las mujeres que presentaron mola hidatiforme.

VI. RECOMENDACIONES

1. A profesional de enfermería que labora en el servicio de ginecología se sugiere organizar campañas de sensibilización sobre los factores de riesgo sociocultural, como la edad, el estado civil y la ocupación por estar asociados a la mayor frecuencia de mola hidatiforme atendidos en el Hospital III EsSalud Puno.
2. Al servicio de ginecología que se encarga en la atención de la mujer en edad fértil se sugiere implementar campañas de información y concientización acerca de los factores de riesgo gineco-obstétricos que conllevan a la mola hidatiforme y los beneficios de un control prenatal temprana y oportuna para limitar los daños por sangrado transvaginal que se presentan en esta enfermedad trofoblástica.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tovar J, Medel I, Vargas V. Enfermedad trofoblástica gestacional complicada con enfermedad hipertensiva. *Ginecol Obstet Mex.* 2015 Octubre; 81(10).
2. hernandez flores S, Vega Memije M, audifred salomon. Incidencia de enfermedad trofoblastica gestacional en un hospital general. *Gineco obstet Mex.* 2016 Junio; 84(6).
3. Ministerio de Salud. Guía práctica clínica del servicio de Ginecología Lima Perú: Hospital Nacional Aezobispo Loyza; 2011.
4. Abonagprta R, Saona P. Enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Aspectos epidemiológicos y clínicos. *Revista Médica Heredia.* 2016; 5(4).
5. Khanna P. Enfermedad Trofoblástica Gestacional En: *Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica.* [Online].; 2016 [cited 2019 Diciembre 13. Available from: HYPERLINK "file:///C:\\Users\\Nestor\\Downloads\\www.binasss.sa.cr\\revistas\\rmcc\\CONTENIDOS.htm" www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/CONTENIDOS.htm .
6. Hernández S, Vega M, Niebla E, Audifred J, Hal W. Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional en un hospital general. *Ginecol Obstet Mex.* 2016 Junio; 4(6).
7. Albiagorta R. Enfermedad trofoblastica gestacional en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Aspectos epidemiológicos y clínicos. *Revista Médica Heredia.* 2011; 3(2): p. 23-29.
8. DeConceptos.com. Concepto de estado civil. [Online].; 2018 [cited 2019 Diciembre 12. Available from: HYPERLINK "https://deconceptos.com/ciencias-juridicas/estado-civil" https://deconceptos.com/ciencias-juridicas/estado-civil .
9. Villegas C, Chacón J, Villegas M. Enfermedad trofoblástica gestacional en un centro oncológico de Caldas – Colombia. *MED.UIS.* 2017; 30(3): p. 39-49.
10. Mercedes L. 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 especialidad. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Gineco-Obstetricia; 2017.

11. Egidio S, Mazzie R. *Semiología y Fisiología* Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2002.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Online].; 2014 [cited 2018 Diciembre 12. Available from: [HYPERLINK "http://www.inei.gob.pe/preguntas-frecuentes/" \l "id_185 "](http://www.inei.gob.pe/preguntas-frecuentes/#id_185) http://www.inei.gob.pe/preguntas-frecuentes/#id_185 .
13. Ferrando D. *El aborto clandestino en el Perú 2006*. [Online].; 2007 [cited 2018 junio 23. Available from: [HYPERLINK "https://www.inppares.org/sites/default/files/Aborto%20clandestino%20Peru.pdf"](https://www.inppares.org/sites/default/files/Aborto%20clandestino%20Peru.pdf) <https://www.inppares.org/sites/default/files/Aborto%20clandestino%20Peru.pdf> .
14. Instituto Nacional de Estadística e informática. Perú: *Indicadores de educación por departamento, 2007 a 2017*. [Online].; 2018 [cited 2019 enero 3. Available from: [HYPERLINK "https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1529/libro.pdf"](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1529/libro.pdf) https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1529/libro.pdf .
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. PERÚ: *Indicadores del Índice de Desigualdad de Género referidos a participación política, empleo y educación, según departamento, 2014* . [Online].; 2015 [cited 2017 Agosto 30. Available from: [HYPERLINK "https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/brechas-de-genero-7913/"](https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/brechas-de-genero-7913/) <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/brechas-de-genero-7913/> .
16. Alvarez E, Gomez S, Muñoz I. *Definición y desarrollo del concepto de Ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local*. [Online].; 2010 [cited 2017 Agosto 30. Available from: [HYPERLINK "http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/81/62"](http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/81/62) <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/81/62> .
17. Slvia A. *La Menarquia*. [Online].; 2015 [cited 2019 Diciembre 12. Available

- from: HYPERLINK "<https://eltesorodelilith.com/2015/01/12/la-menarquia-2/>"
<https://eltesorodelilith.com/2015/01/12/la-menarquia-2/> .
18. Yermachenko A, Dvornyk, V. Nongenetic determinants of age at menarche: a systematic review». [Online].; 2014 [cited 2019 Diciembre 12].
 19. Karapanou O, Papadimitriou A. Determinantes de la menarquia. *Reprod Biol Endocrinol*. 2010 Setiembre; 8(115).
 20. EcuRed. Flujo Vaginal. [Online].; 2011 [cited 2018 Diciembre 16. Available from: HYPERLINK "https://www.ecured.cu/Flujo_vaginal"
https://www.ecured.cu/Flujo_vaginal .
 21. Vidal E, Justa C. Síndrome de flujo vaginal. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2010 Octubre; 36(4).
 22. Haywood L, Brown F. *Manual MSD Fisiología del embarazo Perú*: University Medical Center.
 23. identificación de 13 nuevas mutaciones de NLRP7 en 20 familias con mola hidatidiforme recurrente; Las mutaciones missense se agrupan en la región rica en leucina. *J Med Genet*. Agosto. 2009; 46(8).
 24. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia*. Sexta ed ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.
 25. Durón R, Bolaños P. *Enfermedad Trofoblástica Gestacional*. Medicina Legal de Costa Rica Edición Virtual. 2018 Marzo; 35(1).
 26. Ngan Y, Chan K, Tun K. *Enfermedad Trofoblástica gestacional*. [Online].; 2018 [cited 2019 Diciembre 20. Available from: HYPERLINK "<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=59565>"
<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=59565> .
 27. Mayo Clinic. Embarazo Molar. [Online].; 2018 [cited 2019 diciembre 12. Available from: HYPERLINK "<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/molar-pregnancy/symptoms-causes/syc-20375175>"
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/molar-pregnancy/symptoms-causes/syc-20375175> .
 28. Capuz F. *Enfermedad trofoblástica gestacional: Mola Hidatiforme parcial*. Tesis grado. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la salud; 2016.

29. Shanbhogue AK, Laiwani N, Menias CO. Gestational Trophoblastic Disease.. Radiologic Clinics. 2013; 51(6).
30. Vittalrao S, Gadhiya S, Sunil S. Enfermedad trofoblástica - Estudio clínico-patológico en el Hospital de Atención Terciaria. Revista de investigación clínica y de diagnóstico. 2017 Agosto; 11(8).
31. Monchek R, Wiedwifery S. Gestational Trophoblastic Disease: An Overview. Journal of Midwifery & Womens Health. 2012; 57(3): p. 255-259.
32. Gonzalez J. Obstetricia. Quinta ed. España: Elsevier; 2006.
33. Garcia L. Multiparidad como factor de riesgo para enfermedad trofoblásticas gestacional Hospital Belen de Trujillo. Tesis de Pregrado. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo; 2016.
34. Rodriguez L. Características Clínico - epidemiológicos y factores de riesgo de enfermedad trofoblásticas gestacional en el Hospital Nacional Dos de Mayo ; 2005-2015. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2018.
35. Humpiri M. Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblásticas gestacional en el hospital III Goyoneche Arequipa 2007- 2011. Tesis de Pregrado. Arequipa - Peru: UNIVERSIDAD CATOLICCA DE SANTA MARIA, Arequipa; 2013.
36. Vázquez E, Brito A, Delgado L, vasquez E. Caracterización clínica de la enfermedad trofoblástica gestacional , Hopital Ginecobstrico "Ramon Gonzales Coro"(2008-2012). Cubana de Higiene y Epidemiologia. 2014; 52(2).
37. Sanchez A. Factores de riesgo asociados a embarazo moral en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del hospital regional de Loreto entre enero 2010 - diciembre 2014. Tesis de Pregrado. iquitos - Peru: Universidad Nacional De la Amazonia Peruana, Loreto; 2015.
38. García RA. Enfermedad trofoblástica gestacional, incidencia y aspectos epidemiológicos en el hospital general Milpa Alta. Tesis especialidad de Ginecología y obstetricia. Mexico: Universidad Nacional Autonoma de Mexico, Facultad de Medicina; 2015.

VIII. ANEXOS**GUÍA DE REVISIÓN DOCUMENTARIA****FACTORES SOCIOCULTURALES Y GINECOOBSTETRICOS ASOCIADOS****A LA MOLA HIDATIFORME****DATOS GENERALES:**

N° de Ficha _____

Nombre y Apellidos _____

FACTORES SOCIOCULTURALES

1. **EDAD:** Menor de 15 a 20 años () DE 21 A 25 años ()
De 26 a 30 años () De 31 a 35 años ()

2. **ESTADO CIVIL:** Soltera () Conviviente () Casada ()

3. **LUGAR DE PROCEDENCIA**
Urbana () Periurbano () Rural ()

4. **GRADO DE INSTRUCCIÓN:**
Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior no
universitaria () Superior universitario ()

5. **OCUPACIÓN:**
Ama de casa () Comerciante () Empleada ()