

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS DE GRADO

**ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL: FACTORES ASOCIADOS
A SU PRESENTACIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2010-2018**

Presentado por:

Bach. Sumire Yopez Imef Gabriela

**Para optar el título profesional de Médico
Cirujano**

Asesor:

Dr. Nicolás Mauricio Agurto

Cusco-Perú

2019

Dedicatoria

A Dios y Jesús, gracias a ustedes por hacer mi carácter, he podido matar a mi viejo hombre en muchos aspectos, sé que faltan demasiadas cosas y estoy trabajando en ellas

Esto es para mamá, eres lo más valiosos que puedo tener, sé que amar no es poseer pero siempre te he tratado de mi mami o mi mamita., te has involucrado en todo y haz estado pendiente de todo pese a que no te lo diga o te refute esto, ese es el amor incondicional que contigo he conocido. Mamita linda eres mi más preciado tesoro y aunque a veces no lo demuestre, cuando sonrío o cuando te digo que no te preocupes por ese dolorcito o cuando te digo que almuerces o cuando te pido por favor que no te preocupes demasiado por los demás es un te amo demasiado, tú y tu hermosa sonrisa llenan algunos días tristes y agitados que tengo, gracias infinitas y al más allá.

Querido papito te amo infinitamente y te admiro, gracias por enseñarme a no rendirme, por siempre seguir mis principios y no hacer lo que todos hacen sino seguir mi propio camino, por animarme a seguir esta hermosa profesión que se aprende a querer en el camino, gracias por recordarme mis raíces y por tu amor incondicional expresado en palabras tiernas y de aliento, gracias por comprenderme cuando en mis ratos de estrés te he tratado con indiferencia y por siempre sacarme una sonrisa con tus ocurrencias demostrándome que no se es muy adulto para jugar y no necesariamente estar con la sonrisa inversa demuestra madurez.

Siempre los recuerdo abuelitos, a veces en esos momentos tristes y frustrantes me pregunto que me dirían ustedes, forman parte de mi nombre (Ignacia, Margarita, Eduardo y Félix, juntos el acrónimo IMEF) y estoy orgullosa de eso. No están muy cerca de mí. Ignacia, Eduardo y Félix, estas a 12 km de distancia, mama marguita; los amo.

Dedico finalmente este trabajo a mi familia, Yepez y Sumire, gracias tías, sobrinos, primos, queridos hermanos, querida Raíza, querido Gabriel, queridos amigos míos he aprendido a apreciarlos pese a la frialdad del clima cusqueño y a la frialdad de lo que es mantenerte en contacto virtual, los amo y espero sigan en mi vida porque son importantes en ella.

AGRADECIMIENTO

Gracias, Universidad San Antonio Universidad Del Cusco, en tus aulas me he formado y he conocido personas maravillosas durante esta larga trayectoria, soy una antoniana con mucho orgullo.

Gracias Facultad de Medicina Humana en sus aulas me he formado, en sus aulas he compartido tan bellos momentos que de solo ser recordados generan una sonrisa en mi rostro y quizás algunas lágrimas de felicidad.

Gracias Hospital Regional del Cusco por permitirme realizar esta investigación invadiendo espacios de trabajo, con mucha cordialidad me han apoyado y eso me ha motivado a seguir.

Gracias a mis queridas pacientes, personas realmente especiales que he conocido a lo largo de mi internado clínico y que han sido mi motivación para realizar este trabajo de investigación.

Gracias queridos jurados que han apoyado a pulir este trabajo de investigación.

Finalmente mi eterna gratitud a mi asesor y a todos los profesionales que me han apoyado en la realización de este trabajo de investigación.

CONTENIDO

Pag.

CONTENIDO	i
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: GENERALIDADES	
1.1. Fundamentación del problema de investigación.....	1
1.2. Formulación del Problema de investigación.....	2
1.2.1. Problema General.....	2
1.2.2. Problemas específicos.....	2
1.3. Objetivos de la investigación.....	2
1.3.1. Objetivo General.....	2
1.3.2. Objetivos específicos.....	2
1.4. Justificación de la investigación.....	3
1.5. Limitaciones de la investigación	3
1.6. Consideraciones éticas.....	4
CAPITULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA.	
2.1. Marco teórico.....	5
2.2. Marco referencial.....	11
2.3. Definición de términos básicos.....	18
2.4. Formulación de Hipótesis.....	18
CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACION.	
3.1. Tipo de investigación	19
3.2. Diseño de la investigación.....	19
3.3. Población y muestra.....	20
3.4. Identificación de variables.....	23
3.5. Operacionalización de variables.....	24
3.5. Secuencia metodológica.....	29
3.6. Plan de análisis de datos.....	29
CAPITULO IV: RESULTADOS	30
CAPITULO V: DISCUSION	55

CAPITULO VI: CONCLUSIONES	59
CAPITULO VII: RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	64

RESUMEN

Enfermedad Trofoblástica Gestacional: Factores relacionados a su presentación en el Hospital Regional del Cusco, 2010-2018.

Antecedentes: La ETG es una complicación en el embarazo que aparece en 1 de cada 1000 gestaciones, además es una lesión pre neoplásica que necesita detección temprana y darle un tratamiento adecuado para disminuir su recidiva y mortalidad. El objetivo de este estudio fue determinar los factores asociados a ETG en el Hospital Regional del Cusco en el periodo 2010-2018.

Métodos: Este trabajo de investigación es un estudio de casos y controles, retrospectivo, correlacionar y explicativo. Se tuvo 72 casos que correspondían a pacientes con el diagnóstico anatómico-patológico de ETG y 144 controles que fueron pacientes obstétricas que cumplían los criterios de inclusión. Se realizó una revisión de historias clínicas con una ficha de recolección de datos validada por expertos. El análisis de datos se realizó con un paquete estadístico SPSS, análisis univariado y odds ratio, chi cuadrado, intervalo de confianza y t de student.

Resultados: Los factores de riesgo sociodemográficos fueron la procedencia rural (IC=95%, OR=11,957, $p=0.000$), el grado de instrucción analfabeto (IC=95%, OR=10.104, $p=0.001$) y secundaria (IC=95%, OR=0.321, $p=0.000$), entre los factores ginecológicos el régimen catamenial irregular (IC=95%, OR=67, $p=0.000$), entre los factores obstétricos la granmultiparidad (IC=95%, OR=8.714, $p=0.000$) y el antecedente de abortos (IC=95%, OR=2.53, $p=0.009$).

Conclusiones: Los factores de riesgo sociodemográficos para ETG son procedencia rural y ser analfabeta, el grado de instrucción secundaria es un factor protector. Los factores de riesgo ginecológicos son tener un régimen catamenial irregular. Los factores de riesgo obstétricos son la granmultiparidad y el antecedente de aborto.

Palabras claves: Enfermedad Trofoblástica Gestacional, Factores asociados (Fuente DeCS BIREME).

ABSTRACT

Gestational Trophoblastic Disease: Factors associated with its presentation in Regional Hospital of Cusco, 2010-2018

Background: The GTD is a complication in pregnancy that appears in 1 of every 1,000 pregnancies. , it is also a pre-neoplastic lesion that needs to be detected earlier to give it an adequate treatment to reduce its recurrence and mortality. The objective of this study is to determine the factors associated with ETG in hospitals MINSA of Cusco in the period 2010-2018.

Methods: This research work is a retrospective, correlational and explanatory case-control study. The cases correspond to patients with the diagnosis of ETG, the controls are obstetric patients of the same years that meet the inclusion criteria. A review of medical records carried out with a data collection form validated by experts. The data analysis will be with SPS statistical package, univariate analysis and odds ratio, chi square, confidence interval and student t.

Results: The sociodemographic risk factors were rural origin (CI = 95%, OR = 11,957, p = 0.000), the degree of illiterate instruction (CI = 95%, OR = 10.104, p = 0.001) and secondary (IC = 95% , OR = 0.321, p = 0.000), among the gynecological factors the irregular catamenial regimen (CI = 95%, OR = 67, p = 0.000), among the obstetric factors the greatmultiparity (IC = 95%, OR = 8.714, p = 0.000) and the history of abortions (CI = 95%, OR = 2.53, p = 0.009).

Conclusions: The sociodemographic risk factors for TSG are rural origin and, being illiterate, the secondary level of education is a protective factor. The gynecological risk factors are having an irregular catamenial regimen. The obstetric risk factors are the greatmultiparity and the antecedent of abortion.

Key words: Gestational trophoblastic disease, hydatidiform mole, associated factors (Source: Mesh NLM)

Introducción

Imaginemos que un embarazo se convierte en un tumor, suena de literatura de ciencia ficción combinada con episodios de una serie en la que se involucran médicos, enfermeros y todo un equipo en un pulcro hospital lleno de historias, mejor dicho lleno de casos. Ese es casi un concepto romántico de la patología aquí descrita.

La enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) forma parte de las patologías causantes de sangrados en la primera mitad del embarazo, es una alteración proliferativa de la placenta, uno de los tumores más benignos. ¿Qué factores hacen que una mujer se embarace de un tumor?, suena grotesco pero es algo parecido a la realidad, pretendía acercarme a algunas respuestas con el siguiente trabajo de tesis.

En el capítulo uno describo la fundamentación, antecedentes y objetivos que se persiguen en esta investigación. El capítulo dos da un alcance general del conocimiento actual que tenemos sobre la enfermedad Trofoblástica gestacional y los factores asociados a esta, además se plantea la hipótesis de la investigación y se definen las variables en estudio. En el capítulo 3 se realizó una descripción de la metodología que se usó y se definió la población y la muestra que formó parte de este estudio, además se describe el instrumento que se usó (una ficha de recolección de datos) y el plan de análisis de datos que se llevó a cabo para poder obtener resultados que respondan a los objetivos de esta investigación.

CAPITULO I

GENERALIDADES

1.1. Fundamentación del problema de investigación:

La enfermedad Trofoblástica gestacional (ETG), es una alteración proliferativa del trofoblasto que incluye a la mola parcial, la mola completa o mola hidatidiforme, la mola invasiva, la mola metastásica, el coriocarcinoma, el tumor trofoblástico del sitio placentario y el tumor trofoblástico epitelioides(1). Forma parte de las causas de hemorragia en la primera mitad del embarazo, además que ser causa de morbilidad en la mujer que lo adquiera (2).

En Asia y en América Latina la incidencia de ETG es más alta que en los países desarrollados de occidente. En los Estados Unidos la tasa es de 0,6-1,1 por 1000 embarazos, en México 2.4 casos por cada 1000 embarazos (3). En el Perú se encuentra frecuencias diferentes, como de 1 en 213 para el Hospitales Arzobispo Loayza o 1 en 476 para el Instituto Materno Perinatal (3). En el Hospital Regional del Cusco se tienen registrados 190 casos de pacientes hospitalizadas por ETG entre enero del 2010 y diciembre del 2018, además se tiene como incidencia registrada 14,2 casos por 1000 partos en el año 2017 (5).

Dentro de los factores de riesgo incluidos la guía peruana de atención clínica y procedimientos en Obstetricia y Perinatología se incluyen edades extremas, antecedente de embarazo molar, los factores nutricionales y socioeconómicos, y tener grupo sanguíneo tipo A (6,7). La infertilidad, el antecedente de aborto, los extremos etarios, un embarazo molar previo incrementan el riesgo. Algunos estudios han hallado asociación con el uso de pastillas anticonceptivas con alto contenido de estrógeno y una historia de régimen catamenial irregular (8).

A nivel local y nacional se han evidenciado muy pocos trabajos e investigaciones que hayan identificado lo que ocurre en relación a la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en la población peruana, como ya mencionamos además su incidencia en el Hospital de estudio es mayor a otras realidades. Dada la importante morbilidad, la incidencia y los escasos estudios sobre los factores asociados a ETG este trabajo de investigación tiene importancia comunitaria, científica e intelectual.

1.2. Formulación del problema de investigación.

Problema general

¿Cuáles son los factores asociados a Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital Regional del Cusco, 2010-2018?

Problemas específicos

1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital Regional del Cusco, 2010-2018?
2. ¿Cuáles son los factores ginecológicos asociados a Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital Regional del Cusco, 2010-2018?
3. ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital Regional del Cusco, 2010-2018?
4. ¿Cuáles son los factores hereditarios asociados a Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital Regional del Cusco, 2010-2018?

1.5 Objetivos de la investigación.

Objetivo general

Determinar los factores asociados de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital Regional del Cusco en el período 2010-2018.

Objetivos específicos

1. Determinar los factores sociodemográficos asociados a ETG en el Hospital Regional del Cusco, 2010-2018.
2. Determinar los factores ginecológicos asociados a ETG en el Hospital Regional del Cusco, 2010-2018?
3. Determinar los factores obstétricos asociados a ETG en el Hospital Regional del Cusco, 2010-2018.
4. Determinar los factores hereditarios asociados a ETG en el Hospital Regional del Cusco, 2010-2018.

1.6. Justificación de la investigación.

La trascendencia de esta patología es por ser una de las causas de hemorragias de la primera mitad del embarazo, agregándose a esto que conlleva morbilidad posterior y requiere un estricto seguimiento pese a su naturaleza mayormente benigna.

Es importante mencionar que se ha podido observar un incremento en su aparición en los últimos años y una incidencia mayor a la reportada en la bibliografía y en estudios realizados en distintas realidades. Debido a esto ya descrito la presente investigación tendría un valor comunitario y en la salud pública importante.

Esa pequeña población expuesta se vería beneficiada al hallar que factores están asociados a su presentación, tanto factores protectores como factores de riesgo para así poder identificar potenciales portadoras de esta enfermedad y brindarles una mejor educación en salud.

Como valor científico debo mencionar que esta patología ha sido muy poco estudiada en nuestro medio e inclusive no he hallado una base de datos organizada sobre esta, contribuiría a la ciencia el estudiar sus factores asociados en nuestra población y encontrar posibles explicaciones a su incidencia que difiere de otras reportadas.

1.7 Limitaciones de la investigación.

Dentro de las limitaciones tenemos contar con muy escasos estudios locales previos que orienten la investigación y permitan comparar los resultados obtenidos.

A esto también se agrega que no contamos con una base de datos organizada y ha sido un problema mayor la pérdida de algunas historias clínicas y datos en estas que aportarían mucho a nuestra investigación, gran parte de esta pérdida es debido a la falta de una buena anamnesis al momento de realizar la historia clínica además de datos que algunas pacientes pueden ocultar al médico tratante.

1.8 Consideraciones éticas.

Conforme a la declaración de Helsinki-Finlandia promulgada por la Asociación Médica Mundial del año 1964 en el presente estudio se respetan los principios operacionales con el enfoque de beneficiar a la población estudiada.

El proyecto de investigación, fue puesto en consideración, comentario, consejo y aprobación de un jurado, que actuará en conformidad con las consideraciones éticas de nuestro país.

Se cuenta con el permiso respectivo previa revisión por el comité de investigación del Hospital Regional (Anexo N°5).

La salud, la intimidad y la dignidad de las personas implicadas en el presente estudio, van a ser protegidas, tanto por nuestras personas como por el anonimato. Además al no ser un estudio experimental los riesgos calculados son mínimos, cuyos beneficios informativos serán de gran ayuda para la comunidad.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Marco Teórico.

2.1.1 Enfermedad Trofoblástica Gestacional.

La enfermedad Trofoblástica gestacional es una complicación poco común de la gestación que se caracteriza por la proliferación anormal del tejido trofoblástico (9).

2.1.2 Introducción

Dentro de la ETG la forma más común es la mola hidatiforme que fue descrita por primera vez por Hipócrates alrededor del año 400 a.c. como "hidropesía del útero". Desde esas épocas se ha tenido un interés clínico e investigativo por esta patología (11).

Los embarazos molares pueden ser causados por un desequilibrio o exceso del material genético paterno. Las molas completas se desarrollan debido a la pérdida de material genético del ovocito, que luego es fertilizado por dos espermatozoides o un espermatozoide que duplica sus cromosomas (10). Por lo tanto, las molas completas contienen solo ADN paterno y son comúnmente diploides con un cariotipo 46XX. Las molas parciales se desarrollan debido a la fertilización de un ovocito por dos espermatozoides, lo que resulta en una triploidía (9).

Los genes paternos tienen control sobre el crecimiento placentario, los genes maternos tienen más control sobre el crecimiento fetal. Por consiguiente con el exceso de genes paternos hay una proliferación placentaria o Trofoblástica excesiva (12).

Se encontraron mutaciones puntuales somáticas e inestabilidad del ADN mitocondrial en muestras de molas hidatiformes y coriocarcinoma. El receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) se expresa como coriocarcinoma y en molas

hidatiformes completas. La regulación de los genes supresores de tumores, incluidos p53, p21 y Rb, también se ha demostrado en ETG(13).

2.1.3 Clasificación

Hay varios subtipos histológicamente distintos de ETG:

- Lesiones trofoblásticas benignas no neoplásicas: estas lesiones con frecuencia se diagnostican solo como un hallazgo incidental en un curetaje endometrial o en una muestra de histerectomía.
 - o Sitio placentario exagerado
 - o Nódulo de la placenta.

- Mola hidatiforme: Las molas hidatiformes son el resultado de anomalías en la fertilización. Son esencialmente benignos, pero conllevan un mayor riesgo de NTG persistente o maligna.
 - o Mola hidatidiforme completa.
 - o Mola hidatidiforme parcial.
 - o Mola invasor (corioadenoma *destruens*)

- Neoplasia trofoblástica gestacional (NTG): comprende un grupo de tumores con potencial de invasión local y metástasis. En contraste con otras neoplasias malignas más comunes es curable en 85 a 100 por ciento de los casos, incluso en presencia de enfermedad avanzada (14).
 - o Coriocarcinoma
 - o Tumor trofoblástico del sitio placentario.
 - o Tumor trofoblástico epitelioides(14).

Además, la reciente clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) agrega las "lesiones vellosas anormales (no molares)", que se considera que tienen características histológicas que simulan un mola hidatidiforme parcial (14).

2.1.4. Epidemiología

La incidencia de ETG es más alta en Asia y en América Latina comparada con países occidentales. En los Estados Unidos la tasa es de 0,6-1,1/1000 embarazos, en México 2.4 casos/1000 embarazos (3). En el Perú se encuentra frecuencias diferentes, como de 1 en 213 para el Hospitales Arzobispo Loayza y 1 en 665 en el Hospital San Bartolomé (3). En el Cusco durante los años 2010 a 2018 los casos de embarazo molar atendidas en el Servicio de Gineco–Obstetricia del Hospital Regional fueron 190 (5).

Tabla N° 1.

Frecuencia de Casos de ETG en el Hospital Regional del Cusco entre los años 2010-2018

Año	ETG	Gestantes	Frecuencia
2010	29	1930	1.5%
2011	11	2036	0.5%
2012	21	2040	1.02%
2013	12	2134	0.5%
2014	17	2003	0.84%
2015	24	2450	0.97%
2016	20	2012	0.99%
2017	30	2124	1.4%
2018	25	2034	1.2%
Total	190	36765	

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital Regional del Cusco (15)

Durante el año 2010 se encontró 29 casos de ETG en el Hospital Regional del Cusco con una prevalencia de 1.5%, en el 2011 de 0.5%, en el 2012 de 1.02%, en el 2013 de 0.5%, en el 2014 de 0.84%, en el 2015 0.95%, en el 2016 0.99%, en el 2017 1.4% y en el 2018 1.2%. En los 9 años de estudio la incidencia promedio fue de 5.01 por cada 1000 embarazos(15).

2.1.5. Etiología y patogenia

En el 90% de los casos se muestra un cariotipo 46XX, que resulta de la fertilización de un ovocito con núcleo inactivo por un espermatozoide haploide que duplica su material genético, sin participación de cromosomas maternos. En el 10% el ovocito con núcleo inactivo es fertilizado por 2 espermatozoides haploides, uno X y el otro Y (46XY)(1).

2.1.6 Clínica

El síntoma más frecuente es el la ginecorragia que suele suceder en el primer trimestre del embarazo. Además al medir la altura uterina se aprecia un útero aumentado de tamaño que no corresponde a la edad gestacional (1).

Se produce una hiperémesis gravídica por el aumento anormal de la beta-HCG y se pueden encontrar quistes tecaluteínicos por la elevación de la beta-HCG que se produce una hiperestimulación ovárica, además de preeclampsia (6).

2.1.7 Diagnostico

La ecografía es la herramienta de diagnóstico más importante en el embarazo molar. En la mola hidatiforme completa se presenta un patrón ecogénico mixto que comprende en vellosidades hidrópicas, ausencia de feto y ausencia de líquido amniótico.

Debe valorarse la cuantificación de la beta-HCG. En la mola hidatiforme parcial suele encontrarse un feto con restricción del crecimiento uterino, líquido amniótico y presenta áreas focales de espacios oncogénicos en la placenta (1).

Para descartar mola invasiva se realiza una ecografía vaginal para descartar metástasis. En el coriocarcinoma se observa una masa en el útero hipervascularizada y de aspecto heterogéneo con algunas áreas de necrosis y de hemorragia (1).

El coriocarcinoma y la mola invasiva tienen niveles muy elevados de b-HCG que van desde 100 a 100.000 mUI/ml (6).

2.1.8. Tratamiento

Pre evacuación se realiza los siguientes exámenes: Hemograma completo con tiempos de coagulación, el perfil renal, el perfil hepático, grupo sanguíneo y factor RH, la cuantificación sérica de b-HCG, radiografía de tórax PA y ecografía abdomino-pélvica para descartar metástasis(1).

Posteriormente se realiza la evacuación del contenido uterino realizando una dilatación y luego el legrado por aspiración en mujeres de edad fértil. En pacientes de >40 años es recomendable realizar una histerectomía para disminuir el riesgo de secuelas mas no eliminarlo completamente (1).

2.1.9. Factores asociados.

Existen diferentes factores de riesgo para que presente enfermedad Trofoblástica gestacional en la cual las principales son:

- Factores sociodemográficos:
 - o Edad: Las edades extremas, edades menores de 20 años y mayor de 35 se asocian con un mayor riesgo de presentar embarazo molar. En el coriocarcinoma suele presentar en mujeres > 40 años(16).
 - o Lugar de procedencia: Estudios realizados sobre ETG relacionan el lugar de procedencia rural como factor de riesgo(17)
 - o Estado civil: encuentran que los casos de enfermedad Trofoblástica son más frecuentes en parejas no casadas, calculando un OR estimado de 2,1(17).
 - o Grado de instrucción: el grado de instrucción secundaria se asoció con un riesgo menor (OR=0,48, IC=0,233-0,98)(18).
- Factores ginecológicos:
 - o RC: en general es más frecuente hallar un régimen catamenial irregular en los casos de ETG (1).
 - o métodos anticonceptivos: el uso de un dispositivo intrauterino es significativamente más común entre los casos de ETG (8).

- Factores obstétricos :
 - o Paridad: la gran multiparidad es un factor de riesgo estadísticamente significativo en el embarazo Molar(OR: 3.475; IC: 1.672 -7.223)(19)
 - o Abortos previos: La historia de pérdidas incrementa la incidencia de ETG (8).
 - o Antecedente de ETG: El antecedente personal de enfermedad Trofoblástica gestacional aumenta el riesgo tanto para mola completa y mola parcial. Los OR fueron 12,0 (95% IC 3,0 a 38,9) y 18,1 (95% IC 5,0-64,7), respectivamente(17).
- Factores hereditarios :
 - o Antecedentes familiares: una historia familiar de enfermedad Trofoblástica gestacional se ve con mayor frecuencia en los casos molas completas (OR16, 0, IC 95% 3,2-80,3).
 - o Grupo sanguíneo y factor: Se ha visto mayor incidencia en el grupo sanguíneo A (+) (4).

2.2. Marco Teórico Referencial

2.2.1. Antecedentes internacionales

Mulisya et al. en su artículo de investigación titulado “ Prevalence and factors associated with hydatiform mole among patients undergoing uterine evacuation at Mbarara Regional Referral Hospital”(Uganda, 2017) cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y los factores asociados con mola hidatiforme en pacientes sometidos a evacuación uterina en el Hospital de Referencias Regional de Mbarara en Uganda(8).

Fue un estudio transversal realizado entre noviembre del 2016 y febrero del 2017 que incluyó 181 pacientes y se recopilaron datos de aspectos sociodemográficos, antecedentes médicos, hábitos nocivos como el tabaquismo, condiciones obstétricas como paridad y antecedente de abortos y incluyeron el uso de anticonceptivos. Se obtuvo una prevalencia de 6.1%. Los factores que asociados fueron una edad materna mayor a 35 años(OR: 13.5; IC: 1,46-125.31; P= 0,00) y antecedente de abortos previos (OR: 4,3 ; IC: 1.0-18.57; P=0,05)(8) .

Los autores concluyen que son factores de riesgo estadísticamente significativos la edad mayor a 35 años y el antecedente de aborto (8).

Martínez L. en su tesis titulada “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”(Nicaragua,2017) cuyo objetivo fue describir las características clínicas y manejo de pacientes ingresadas con el diagnóstico de Mola hidatiforme a ARO I, del departamento de Ginecología-Obstetricia del HEODRA, durante enero del 2013 a Mayo de 2016(20).

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de serie de casos, siendo los resultados los siguientes: El 57.1% tenían entre 20 a 34 años; 68.5% provenían del área rural, 57% corresponde a las pacientes con estado civil conviviente y de acuerdo al nivel de instrucción el 48.5% solo cuenta con estudio primario. El 40,5% son multigestas, el 64.8% no tenían antecedentes obstétricos desfavorables y las semanas de gestación en que mayormente se diagnosticaba la ETG era en menos de 12 (54%). El 86% de las pacientes estaban

asintomáticas al momento del diagnóstico. Los autores concluyen que el lugar de procedencia rural y el grado de instrucción está asociado a ETG (20).

Montero A. en su tesis para optar el grado académico de licenciatura en medicina y cirugía titulada “Características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas de la enfermedad Trofoblástica gestacional en el Hospital de la mujer Adolf Carit, 2010-2014”(Costa Rica,2016) cuyo objetivo fue determinar las características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas de la mola hidatiforme como enfermedad Trofoblástica, utilizando como marco referencial el hospital Adolf Carit en el periodo 2010-2014(21).

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, cuantitativo, retrospectivo y de tipo transversal cuya muestra fueron 82 mujeres con embarazo molar atendidas en el Hospital mencionado. Se recolectó la información en base a sus historias clínicas y sus fichas patológicas usando como variables: edad, sexo, localización geográfica, edad gestacional, antecedentes patológicos, antecedentes obstétricos, síntomas al momento de ingreso, altura uterina, valor de β -hCG, diagnósticos de ingreso y egreso y características anatomopatológicas. En sus resultados obtuvieron que la mayor parte se encontraban entre los 20 y 29 años, el lugar de procedencia de la mayoría correspondía a una zona en específico ubicada al sur, no se evidenciaron antecedentes patológicos en la mayoría, la mayoría eran nulíparas.

Los autores concluyen en que la nuliparidad es un factor asociado a ETG(21).

Hernández S. et.al en su estudio “Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional en un Hospital General” (México, 2016) cuyo objetivo fue 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 paciente y las. Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo efectuado en el Hospital General Dr. Manuel Gea González se analizaron los expedientes clínicos en el periodo de enero de 2012 a marzo de 2015(22).

Se encontraron 57 pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad trofoblástica gestacional mediante estudio histopatológico con una incidencia de 7.7 molas por cada 1000 nacimientos, incidencia mayor a la encontrada en la bibliografía, 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% y los hallazgos ecográficos coincidieron en 73% con el reporte histopatológico. Las conclusiones son que la incidencia de ETG fue de 7.7 por cada 1000 nacimientos y la edad de primer embarazo estuvo asociado a ETG(22).

Leon L. en su tesis titulada “ Embarazo molar en primigestas, factores de riesgo y complicaciones en el Hospital materno infantil Matilde Hidalgo de Procel, 2010-2015”(Ecuador,2016) cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgos y complicaciones más frecuentes en pacientes primigestas de 15 a 25 años del Hospital materno infantil Matilde Hidalgo De Procel, en el periodo 2010 al 2015.

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, no experimental, longitudinal y retrospectivo. El rango de edad fue de 21 a 25 años en el 59%, la raza más afectada fue la mestiza con 59.4%, el grupo sanguíneo O Rh positivo obtuvo el 54%, el nivel de instrucción secundario alcanzó el 45.9%, el estado civil fue de un 51% para unión libre, el uso de anticonceptivos orales alcanzó el 21%, la mayoría residían en áreas urbanas(64.8%), el tipo de mola en el 94.5% fue completa, el 78% fueron manejadas con legrado uterino instrumental, 16% de las complicaciones fue la hemorragia uterina(23).

García P. et.al. en su estudio titulado “Nuestra experiencia en el consultorio especializado en enfermedad Trofoblástica gestacional”(Argentina,2010) cuyo objetivo fue describir la casuística en el consultorio especializado de ETG y evaluar el índice de abandono en el transcurso del seguimiento de las pacientes con diagnóstico de ETG. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo donde se evaluaron 19 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de ETG en el período comprendido entre junio 2008 a julio 2010 (25 meses) (12).

En sus resultados el promedio de edad fue de 25 años, el riesgo de padecer un segundo embarazo molar fue de 1%, incrementándose hasta el 20% con el antecedente de más de un embarazo molar. Las pacientes correspondían a un bajo nivel socioeconómico y el síntoma principal fue la hemorragia genital en el 65% de las pacientes (12).

Huilca T. Lara E. en su estudio titulado “ Incidencia de embarazo molar en el Hospital Porvincial General Docente de Riobamba en el periodo comprendido enero 2013-marzo 2018”(Ecuador, 2018) cuyo objetivo fue describir la incidencia del embarazo molar en pacientes atendidas en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, durante el periodo comprendido entre enero 2013 y marzo 2018(24).

Se realizó un estudio con enfoque mixto tipo observacional, longitudinal ambispectivo con muestreo no probabilístico, de tipo intencional que permitió seleccionar 53 historias clínicas de pacientes con diagnóstico certero de embarazo molar. Se usaron las variables: lugar de residencia, edad gestacional, edad materna, síntomas frecuentes, clasificación histopatológica de la mola, abortos previos y multiparidad y anticoncepción. El 66% se encontraban en el rango de 10 a 19.6 semanas al momento de ser diagnosticadas, se obtuvo una incidencia alta de la patología entre las edades de 16 a 25 años. Aunque en el período objeto de estudio se identificó la existencia de varios casos, la incidencia fue baja. Los autores concluyen en que el principal factor de riesgo fue el antecedente de abortos previos(24).

2.2.2. Antecedentes nacionales

García L. en su tesis para optar el título de médico cirujano titulado “ Multiparidad como factor de riesgo para enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Belén de Trujillo” (Trujillo, 2016) cuyo objetivo fue determinar si la multiparidad es un factor de riesgo para enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Belén de Trujillo(25).

Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles. La población estuvo constituida por 100 pacientes gestantes; quienes se dividieron en 2 grupos: con y sin enfermedad trofoblástica gestacional que fueron analizados con la prueba chi cuadrado. Se encontró una frecuencia de 32% de multiparidad en gestantes con ETG y 8% en gestantes sin ETG. La conclusión fue que con un OR de 5.41 el cual fue significativo ($p < 0.05$) la multiparidad es un factor de riesgo para ETG(25).

Humpiri M. en su informe de tesis para optar el título profesional de médico cirujano titulado “ Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007-2011” (Arequipa, 2013) cuyo

objetivo fue identificar las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes diagnosticadas de ETG atendidas en el Hospital III Goyeche de Arequipa en el periodo 2007-2011(26).

Se realizó un estudio tipo observacional, descriptivo, retrospectivo mediante la recolección de datos de 35 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión tales como el diagnóstico médico quirúrgico y/o anatómico-patológico de mola hidatiforme durante el periodo 2007-2011. En sus resultados la incidencia fue de 0,34 por 100 gestaciones se mostraron que las principales características epidemiológicas fueron la edad de presentación de 20 a 29 años en un 45.7%, además la procedencia urbana (60%) y la nuliparidad en un 40%. Los autores concluyen describiendo que la mayoría de pacientes provenían de zonas urbanas y eran nulíparas(26).

Sanchez A. en su tesis para optar el título de médico cirujano titulado “ Factores de riesgo asociados a embarazo molar en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre enero 2010-diciembre 2014” (Iquitos, 2015) cuyo objetivo fue identificar y 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(19).

Se realizó un estudio de caso-control retrospectivo que incluyó 77 mujeres con diagnóstico clínico de embarazo molar y como controles 154 pacientes obstétricas normales. Las variables usadas fueron gestación molar previa, edad, estado civil, grado de instrucción, lugar de procedencia, gestación gemelar previa, paridad, antecedente de aborto, anticoncepción y uso de medicamentos de larga data. La incidencia de embarazo molar fue de 4 por 1000 embarazos. La edad promedio fue 28.21 años. El grado de instrucción secundario resulto un factor protector estadísticamente significativo (OR: 0.517; IC: 0.291-0.916). La multiparidad es un factor de riesgo estadísticamente significativo (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%). El antecedente de embarazo molar como factor de riesgo tuvo un OR mayor de 1 (OR: 3.081) con IC de 2.555 -3.716. También a menor grado de instrucción mayor riesgo de que se produzca un embarazo molar en la población, asimismo se concluye en el estudio que la procedencia rural y el antecedente de aborto eran factores de riesgo para embarazo molar y el antecedente de gestación gemelar

era un factor protector estadísticamente significativo. Los autores concluyen en que el grado de instrucción secundaria es un factor protector, y son factores de riesgo el antecedente de embarazo molar, el antecedente de aborto y la procedencia rural (19).

Jefferson L. Vicuña R. Rechkemmer A en su estudio caso-control titulado “Factores de riesgo en enfermedad trofoblástica gestacional: Estudio caso - control” (Lima, 1994) cuyo objetivo fue contribuir al conocimiento de incidencia y factores de riesgo de la enfermedad trofoblástica gestacional en nuestro medio (27).

Se realizó un estudio caso-control retrospectivo en el Hospital Arzobispo Loayza, incluyó 100 mujeres con enfermedad trofoblástica gestacional y 98 pacientes obstétricas normales como controles, atendidas en el hospital entre enero de 1984 y diciembre de 1992. Se recolectaron datos en fichas realizadas de acuerdo a los objetivos del trabajo y las variables fueron inicialmente estudiadas mediante análisis no pareado por χ^2 test, para datos categóricos, y la prueba t Student para variables continuas. Se empleó la prueba Mann Whitney U y la prueba suma de rangos de Wilcoxon como pruebas no paramétricas. Se empleó tablas 2 x 2 para Cálculo de Odds Ratios (OR) como estimación del riesgo relativo, empleándose un intervalo de confianza del 95% como valor significativo. Se realizó una estimación de función de riesgo relativo múltiple mediante modelo logístico lineal de seis variables incluidas en el estudio, con ayuda del programa SPSS/PC+(27).

La incidencia de mola hidatidiforme fue de 4,7 por 1000 partos, y la de coriocarcinoma, 0,149 por 1000 partos. La edad promedio fue 28,42 años. No se demostró que el estrato socioeconómico constituya un factor de riesgo. El grado de instrucción secundaria se asoció con un riesgo menor (OR=0,48, IC=0,233-0,98). No se demuestra un efecto protector o de riesgo de la multiparidad en la adquisición de enfermedad trofoblástica gestacional. Las mujeres con esta patología tuvieron una edad de primera gestación significativamente menor (19,97 años), en comparación a sus controles obstétricos (21,22 años). El antecedente de embarazo molar previo se asoció con un incremento del riesgo, pero, sin alcanzar significación estadística (OR=6,51, p=0,101). Concluyen los autores con que el embarazo molar previo es un factor de riesgo para ETG(4).

2.2.3. Antecedentes locales

Molina Y., Mamani E. en su estudio titulado “ Enfermedad Trofoblástica Gestacional: Factores relacionados a su presentación en los hospitales MINSA del Cusco(Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional)”(Cusco, 1990-1999) cuyo objetivo fue determinar los factores relacionados a la presentación de ETG en los pacientes internadas en los hospitales MINSA del Cusco (Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional) en la ciudad del Cusco, conocer sus edades, la procedencia de las pacientes estudiadas, los antecedentes gineco-obstétricos, patológicos y familiares, el grupo sanguíneo y factor, los hábitos nocivos , las patologías asociadas a la presentación de ETG y conocer el diagnóstico de ingreso, egreso y anatómo-patológico de dichas pacientes.

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal cuya población la conformo toda paciente internada en los servicios de G-O de los Hospitales mencionados en el periodo 1990-1999 con diagnóstico anatómo-patológico de ETG. Se usó una ficha estructurada, con la cual se obtuvieron datos de las historias clínicas que figuran en los archivos, se procesó y analizó los datos en el paquete estadístico SPSS 7.5 usando las pruebas del Chi cuadrado, análisis de varianza para cruzar las variables(27).

Los resultados se basaron en 242 historias clínicas con el diagnóstico de ETG de las cuales solo 138 tenían confirmación anatómo-patológica, se tomó en cuenta solo estas últimas. La mayoría de estas últimas procedían de zona urbana esto en los intervalos de edad de <20 años y de 20-40 años lo cual no ocurría en las pacientes >40 años las cuales procedían de zona rural mayormente. EL grado de instrucción fue secundaria en el mayor porcentaje, ocupación ama de casa, el motivo de ingreso fue la ginecorragia, además se presentó náuseas, vómitos y edemas este último asociado a coriocarcinoma, dentro de las patologías asociadas se vio: infección urinaria, quistes de ovario y anemia, en cuanto a los métodos anticonceptivos 70,3% de pacientes no usaban; se presenta en cualquier grupo sanguíneo; el diagnóstico de egreso en 41,3% no correspondió a Enfermedad Trofoblástica Gestacional. La frecuencia encontrada de ETG fue 1/390 en el Hospital Regional y 1/460 en el Hospital Antonio Lorena. El estudio concluye en que los factores: poliandria, hipertensión arterial previa, patologías asociadas si presentan asociación estadística significativa con ETG(27).

2.3. Definición de términos básicos

Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG):

Es la proliferación anormal del trofoblasto placentario y se compone de lesiones benignas, generalmente no neoplásicas.

Factores asociados

Según Castro y Nuñez (2000) un factor de riesgo es una característica biológica, hábito o enfermedad, que permite identificar a un grupo de personas con mayor riesgo que la población general, para presentar una determinada enfermedad a lo largo del tiempo.

2.4. Formulación de Hipótesis.

Hipótesis general.

Pueden existir factores asociados a ETG en pacientes internadas en el Hospital Regional del Cusco, 2010-2018.

CAPITULO III

METODOS DE INVESTIGACION

3.1 Tipo de investigación.

El presente trabajo es un estudio caso-control, observacional, descriptivo, analítico transversal retrospectivo.

3.2. Diseño de la investigación.

El diseño aplicado a esta investigación es del tipo observacional, ya que únicamente nos limitaremos a medir las respectivas variables y su posible correlación, sin intervenir directamente en la evolución de dichas variables.

Descriptivo porque describirá las características de pacientes con diagnóstico de ETG en el Hospital Regional Del Cusco.

Analítico porque tratara de establecer una relación entre los factores asociados y el desarrollo de ETG.

Transversal por que se realizara en un momento dado sin continuidad en el eje del tiempo.

3.3. Población y muestra.

3.3.1. Descripción de la población

La población está constituida por 72 casos de ETG atendidos en El Hospital Regional Del Cusco. Una vez obtenida la información del departamento de estadística se acudió al departamento de patología donde se procedió a revisar los registros de los años que abarcaremos en este estudio para así seleccionar las historias clínicas que tienen el criterio de inclusión que es el diagnóstico anatómo-patológico. Para la obtención de los controles se seleccionaron pacientes obstétricas normales que cumplan los criterios de inclusión que fueron en total 144 pacientes. La información relativa a los participantes en el estudio se tomó de sus historias clínicas.

3.3.2. Criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Los casos fueron pacientes con diagnóstico anatómo-patológico de ETG atendidos en El Hospital Regional Del Cusco entre el periodo 1° enero del 2010- 31 diciembre 2018.
- Los controles fueron:
 - Paciente obstétrica que habían tenido parto eutócico en los servicios de obstetricia del Hospital mencionado.
 - El parto producto de un embarazo normal con tiempo gestacional > 37 semanas y < 42 semanas por FUR.
 - El embarazo tenía 4 controles prenatales o más.

Criterios de exclusión:

- No fueron casos ni controles aquellos pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión.
- Pacientes en cuya historia clínica no figuraba diagnóstico anatómopatológico de ETG.
- Pacientes con diagnóstico de egreso de ETG cuya historia clínica se extravió.

3.3.3. Muestra: tamaño de la muestra y método de muestreo.

Tamaño de muestra.

Número de casos y controles calculados con aplicación estadística epi.info utilizando valores OR de 5.4 y porcentaje de controles expuestos de 6.5%

Nivel de confianza: 99,9%		
Poder: 80%		kelsey
Radio de controles a casos: 2	Casos	72
Porcentaje de controles expuestos: 6,5%	Controles	144
Odds ratio: 5.4	Total	216
Porcentaje de casos expuestos: 27.3%		

Cuadro 1 *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*(19)

La muestra constó de 72 casos de ETG y 144 controles del Hospital Regional del Cusco en el periodo de tiempo 2010- 2018 que cumplían con los criterios de inclusión.

Método de muestreo.

Se realizó un muestreo por conveniencia no probabilístico y se aplicó la ficha de recolección de datos a todas las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión.

Instrumentos

- Servicio de estadística y archivos del Hospital Regional del Cusco.
- Historias Clínicas de pacientes del Hospital Regional del Cusco.
- Libros de archivo de los servicios de anatomía patológica del Hospital Regional del Cusco.
- Ficha de recolección de datos (anexo n°1).

Procedimiento de aplicación

Se procedió a revisar los libros de archivo de los servicios de anatomía patológica del HRC para posteriormente elegir nuestros casos que tenían este importante criterio de inclusión, posterior a esto se solicitó a la unidad estadística previa aprobación del comité de investigación del HRC datos y números de historias clínicas, además se solicitó información de paciente con el diagnóstico de parto único espontáneo según el CIE10 para encontrar nuestros controles. Seguidamente con esta se encontraron sus historias clínicas en el ambiente de archivos y se recopiló la información en la ficha de recolección de datos validada previamente (Anexo N°1).

3.4. Identificación de Variables.

3.4.1. Variables implicadas.

Variables independientes

- 1) Factores Sociodemográficos
 - Edad
 - Lugar de procedencia
 - grado de instrucción
 - estado civil
- 2) Factores ginecológicos
 - régimen catamenial
 - anticoncepción
- 3) Factores obstétricos
 - paridad
 - antecedente de ETG
 - antecedente de aborto
- 4) Factores hereditarios
 - Antecedentes familiares
 - Grupo sanguíneo y factor Rh

Variables dependientes

- Enfermedad Trofoblástica gestacional.

3.4.2 Variables no implicadas.

1. Diagnostico anatomo-patológico
2. Nivel de B-hCG al ingreso.
3. Edad gestacional en la que fue diagnosticada.
4. Patologías concomitantes
5. Signos y síntomas al ingreso

3.5. Operacionalización de variables.

Tabla n°2. Variables independientes

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Naturaleza de la variable.	Forma de medición	Indicador	Escala de medición	Instrumento de medición	Expresión final de la variable	ítem	Definición operacional
Factores sociodemográficos	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Cuantitativa	Directa	Años cumplidos que se registra en la historia clínica	De intervalo	Ficha de recolección de datos	Edad de paciente: a. =< 20 años b. 21– 34 años c. => 35 años.	07	La variable edad de la paciente expresada como: edad de la paciente menor o igual a 20 años, en el rango 21 a 34 años y mayor o igual a 35 años medida de forma directa mediante un ítem incluido en la ficha de recolección de datos.
	Estado civil	Estado civil al momento del diagnóstico de la paciente.	Cualitativa	Directa	Estado civil de paciente registrado en historia clínica.	Nominal	Ficha de recolección de datos	Estado civil a) soltera b) conviviente c) casada d) divorciado e) viuda	08	La variable estado civil expresada como: estado civil de la paciente mayor o igual a 35 años medida de forma directa mediante un ítem incluido en la ficha de recolección de datos.
	Grado de instrucción	Nivel de educación que tienen las pacientes	Cualitativa	Directa	Año escolar académico alcanzado	ordinal	Ficha de recolección de datos	Grado de instrucción de paciente: a.Analfabeta b.Primaria c.Secundaria d.Superior	09	La variable grado de instrucción de la paciente expresada como: grado de instrucción de paciente analfabeta, primaria, secundaria y superior medida de forma directa mediante un ítem incluido en la ficha de recolección de datos.

Tabla n°2.(cont.) Variables independientes

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Naturaleza de la variable.	Forma de medición	Indicador	Escala de medición	Instrumento de medición	Expresión final de la variable	Ítem	Definición operacional
Factores sociodemográficos	Lugar de procedencia	Residencia habitual de la paciente	cualitativa	Indirecta	Procedencia urbana: distritos urbanizados de la ciudad del Cusco. Procedencia rural: comunidades del Cusco	nominal	Ficha de recolección de datos	Lugar de procedencia: a.rural b. urbano	10	La variable lugar de procedencia de la paciente expresada como: rural o urbana medida de forma directa mediante un ítem incluido en la ficha de recolección de datos.
	Ocupación	Labor que usualmente realiza la paciente	Cualitativa	Directa	Labor realizada por paciente	nominal	Ficha de recolección de datos	Ocupación: a) Ama de casa b) Agricultora c) Comerciante d) Profesional e) Otros	11	La variable ocupación de la paciente expresada como: ama de casa, agricultora, comerciante, profesional y otros medida de forma directa mediante un ítem incluido en la ficha de recolección de datos.
Factores ginecológicos	Antecedentes ginecológicos	Antecedentes ginecológicos de paciente.	cualitativa	Directa	Datos obtenidos de las historias clínicas	nominal	Ficha de recolección de datos	Régimen catamenial Poliandria Métodos anticonceptivos	12	La variable antecedentes ginecológicos de la paciente expresada como: régimen catamenial, poliandria y métodos anticonceptivos medida de forma directa mediante un ítem incluido en la ficha de recolección de datos.

Tabla n°2.(cont.) Variables independientes

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Naturaleza de la variable.	Forma de medición	Indicador	Escala de medición	Instrumento de medición	Expresión final de la variable	Ítem	Definición operacional
Factores obstétricos	Antecedentes obstétricos	Formula obstétrica de paciente.	cualitativa	Directa	Datos obtenidos de las historias clínicas	Nominal	Ficha de recolección de datos	Paridad : Abortos previos: Antecedente de ETG	13	La variable antecedentes obstetricos expresada como: Paridad, abortos previos, antecedente de ETG, antecedente de embarazo gemelar, antecedente de embarazo ectópico medido de forma directa mediante un ítem incluido en la ficha de recolección de datos.
Factores Hereditarios	Antecedentes familiares	Patología familiar referida por la paciente	Cualitativa	Indirecta	Datos obtenidos de las historias clínicas	Nominal	Ficha de recolección de datos	Antecedentes familiares: a) ETG b) Embarazos gemelares c) HTA d) Diabetes	14	La variable antecedente familiar expresada como: antecedente familiar de ETG, embarazo gemelar, HTA o diabetes medida de forma directa mediante un ítem incluido en la ficha de recolección de datos.
	Grupo sanguíneo y factor Rh	Grupo sanguíneo y factor Rh a la que pertenece la paciente	Cualitativa	Indirecta	Ítems del cuestionario	Nominal	Ficha de recolección de datos	Grupo sanguíneo y factores Rh: a) O+ b)A+ c) B+B AB O	15	La variable grupo sanguíneo y factor de la paciente expresada como: A(+) B(+) O(+) medida de forma directa mediante un ítem incluido en la ficha de recolección de datos.

3.5. Operacionalización de variables.

Tabla n°3. Variable dependiente y variables no implicadas

Variable	Definición Conceptual	Naturaleza de la variable	Instrumento de medición.	Forma de medición de la variable	Indicador	Escala de medición de la variable	Expresión final de la variable	Ítem	Definición Operacional
Enfermedad Trofoblástica Gestacional	Conjunto de anomalías proliferativas Trofoblástica relacionadas con el embarazo	Cualitativa	Libro de registros de estudio anatómo-patológico del área de patología de los años 2010-2018. Libro de hospitalizaciones del área de maternidad para seleccionar controles.	Directa	Para los casos: estudio anatómo-patológico compatible con ETG Para controles: pacientes obstétricas que cumplan criterios de inclusión	Nominal	Diagnostico anatómo-patológico de ETG: a. SI b. NoI Diagnostico anatómo-patológico: a. Mola completa b. Mola parcial c. Mola invasiva d. Coriocarcinoma	01 y 02	La variable ETG expresada como: diagnostico anatómo-patológico de mola completa, mola parcial, mola invasiva o coriocarcinoma medida de forma directa mediante un ítem incluido en la ficha de recolección de datos.
Edad gestacional en el momento de diagnosticada patología	Es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento.	Cuantitativa	Ficha de recolección de datos.	Directa	Semanas de gestación	De intervalo	Semana de gestación al momento del diagnóstico: a. < 9 b. 9-13 c. > 13	04	La variable edad gestacional al momento de diagnosticada la patología expresada como: semanas de gestación medida de forma directa mediante un ítem incluido en la ficha de recolección de datos.
Niveles de β -hCG	Niveles séricos de la hormona gonadotrofina corionica	Cuantitativa	Ficha de recolección de datos.	Directa	Nivel de β -hCG registrado en historia clínica	Ordinal	B-hCG inicial en mUI/ml: a. <1 000 b. 1 000 – 10 000 c. >10 000- 100 000 d. > 100 000 e. no se realizó el examen	03	La variable β -hCG inicial expresada como: Nivel de β -hCG sérica en mUI/MI medida de forma directa mediante un ítem incluido en la ficha de recolección de datos.

Tabla n°4.(cont.) Variables dependiente y variables no implicadas

Variable	Definición Conceptual	Naturaleza de la variable	Instrumento de medición.	Forma de medición de la variable	Indicador	Escala de medición de la variable	Expresión final de la variable	Ítem	Definición Operacional
Signos y síntomas al ingreso	Signos y síntomas referidos por el paciente en el momento de ingreso.	Cuantitativa	Ficha de recolección de datos.	Indirecta	Información registrada en historia clínica	Nominal	Signos y síntomas al ingreso(se puede marcar más de una respuesta): a. ginecorragia b. expulsión de vesículas vía vaginal c. dolor abdominal d. náuseas y vómitos e. cefalea	05	La variable signos y síntomas al ingreso de la paciente expresada como: signos y síntomas que presento la paciente al ingreso entre ellos Ginecorragia, expulsión de vesículas vía vaginal, dolor abdominal, náuseas y vomitos y cefalea medida de forma directa mediante un ítem incluido en la ficha de recolección de datos.
Patologías concomitantes	Enfermedades que se presentaron conjuntamente con la ETG.	Cuantitativa discreta	Ficha de recolección de datos.	Indirecta		Nominal	Patologías concomitantes (pueden marcarse más de una): a. HTA b. Hipertiroidismo c. Quistes tecaluteínicos d. Anemia e. Hepatopatía f. Embarazo ectópico g. Cáncer cérvix h. Otros	06	La variable patologías concomitantes expresada como: Patologías concomitantes como HTA, hipertiroidismo, quistes tecaluteínicos, anemia, hepatopatía. Embarazo ectópico y cáncer medida de forma directa mediante un ítem incluido en la ficha de recolección de datos.

3.6. Secuencia metodológica

1. Se entregó el protocolo de investigación al instituto de investigación medicina humana (INIME) para su aprobación.
2. Envío de protocolo a la comisión de ética del Hospital Regional del Cusco para su aprobación.
3. Se solicitó mediante documento el acceso a las historias clínicas de las pacientes con el diagnóstico de ETG, que corresponderán a pacientes del periodo 2010 al 2018.
4. Para extraer los datos de las variables en estudio se utilizó una Ficha de recolección de datos previamente validado.
5. Simultáneamente se realizó la búsqueda de controles.
6. Captados los controles se solicitó la revisión de sus historias clínicas.
7. Se recopiló la misma información que para los casos en la ficha de recolección de datos.

3.7. Plan de análisis de datos.

El análisis estadístico de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 25. Realizando un análisis unidimensional descriptivo de datos para las variables implicadas y no implicadas, donde se obtuvo tablas de frecuencias y medidas de resumen, en la segunda parte se utilizó un análisis bidimensional de datos (tablas de contingencia, prueba de la Chi-cuadrado) para las variables implicadas y no implicadas, Se calculó como medida de fuerza de asociación el odds ratio con intervalos de confianza de 95% (IC 95%), con un nivel de significación de 0,05, donde se identificó el grado de relación existente entre las variables implicadas y al mismo tiempo el grado de relación entre las variables implicadas y no implicadas.

CAPITULO IV

RESULTADOS

En el presente estudio se recopiló y analizó la información de 72 historias clínicas de pacientes con el diagnóstico anatómo-patológico de Enfermedad Trofoblástica Gestacional (casos) y 144 pacientes obstétricas sin ETG (controles) hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional del Cusco en el periodo comprendido 2010-2018.

Tabla N° 5.

Distribución acorde a diagnóstico anatómo-patológico de Casos de ETG en el Hospital Regional del Cusco entre los años 2010-2018

Diagnostico anatómo-patológico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mola completa	53	73.6 %
Mola parcial	16	22.2 %
Mola invasora	1	1.38 %
Coriocarcinoma	2	2.77 %
Total	72	100 %

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

De nuestros 72 casos de ETG del Hospital Regional del Cusco durante los años 2010-2018, el 73.6 % (53 casos) tenían el diagnóstico anatómo-patológico de mola completa, el 22.2 % (16 casos) de mola parcial, el 1.38 % (1 caso) de mola invasora y un 2.77 % (2 casos) de coriocarcinoma.

Tabla N° 6.

Distribución acorde a edad gestacional en la que fue diagnosticado el caso de ETG en el Hospital Regional del Cusco entre los años 2010-2018

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
menor a 9 semanas	8	11,1
de 9 a 13 semanas	30	41,7
más de 13 semanas	34	47,2
Total	72	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

La edad gestacional de nuestros 72 casos de ETG del Hospital Regional del Cusco en el periodo 2010-2018, al momento del diagnóstico fue menor a 9 semanas en el 11.1%, de 9 a 13 semanas en el 41.7 % y de más de 13 semanas en el 47.2 % de los casos.

Tabla n° 7

Distribución acorde a nivel de β -hCG inicial en mUI/mL en ETG en el Hospital Regional del Cusco entre los años 2010-2018

Nivel de β -hCG Inicial	Frecuencia	Porcentaje (%)
No registra	19	26.4
Menor de 1000	2	2.8
De 1000 a 9999	7	9.7
10000 a 99999	21	29.2
De 100000 a mas	23	31.9
Total	72	100

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

De los 72 casos de ETG del Hospital Regional del Cusco en el periodo 2010-2018 el 26.4% no tenía registrada en la historia clínica el examen de β -hCG inicial. El 31.9% presentaba más de 100 000 mUI/mL de β -hCG sérica, el 29.2% de 10000 a 99999, el 9.7% de 1000 a 9999 y el 2,8% valores menores a 1000 Mui/mL.

Tabla N° 8

Distribución de casos con ETG según los signos y síntomas que presentaron al ingreso en el HRC durante el periodo 2010-2018

Signos y síntomas	No		Si	
	F	%	F	%
Ginecorragia	4	5.6	68	94.4
Expulsión de vesículas vía vaginal	69	95.8	3	4.2
Dolor abdominal	52	72.2	20	27.8
Náuseas y vómitos	51	70.8	21	29.2
Cefalea	57	79.2	15	20.8

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

De los 72 casos de ETG, el 94.4% acude refiriendo Ginecorragia, un 4,2% expulsión de vesículas vía vaginal; además como síntomas el 27.8% refiere dolor abdominal, el 29.2% náuseas y vómitos y el 20.8% cefalea.

Tabla N° 9

Distribución de 72 pacientes con ETG según las patologías concomitantes que presentaron en el internamiento en el HRC durante el periodo 2010-2018.

Patologías concomitantes	No		Si	
	F	%	F	%
Hipertensión Arterial	69	95.8	3	4.2
Hipertiroidismo	70	97.2	2	2.8
Quistes tecaluteínicos	58	80.6	14	19.4
Anemia	67	93.1	5	6.9
Hepatopatía	68	94.4	4	5.6
Embarazo ectópico	70	97.2	2	2.8
Cáncer de cérvix	68	94.4	4	5.6

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

Del 100% de casos el 19.4% presentaron quistes tecaluteinicos concomitantes, el 6.9% presento anemia, el 5.6% hepatopatía, el 5.6% cáncer de cérvix, el 4.2% hipertiroidismo y 2 pacientes presentaron hipertiroidismo.

4.2. Factores asociados a Enfermedad Trofoblástica Gestacional

4.2.1 Factores Sociodemográficos

Tabla N° 10
Distribución según edad en mujeres con ETG y sus controles atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.

Edad de paciente al diagnóstico	Grupo	
	Casos	Control
Menores a 20 Años	15 (20,8%)	18(12,5%)
20 a 34 Años	34 (47,2%)	84(58,3%)
Mayores a 35 Años	23 (31,9%)	42(29,2%)
Total	72 (100,0%)	144(100,0%)

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

Del 100% de nuestros casos de mujeres con ETG atendidas en el Hospital Regional del Cusco el 20.8% presentó una edad menor a 20 años, el 47.2% edades entre 20 a 34 años y el 31.9% edades de 35 años a más; en cambio los pacientes del grupo control fueron menores a 20 años el 12,5%, en edades de 20 a 34 años 54.6% y mayores a 35 años 30.1%.

Tabla N° 11

Edad menor a 20 años como factor asociado a ETG en comparación con edades de 20 a 34 años en mujeres con ETG y sus controles atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.

Edad	Grupo		Total
	Casos	Control	
<20 años	15	18	33
20 a 34 años	34	84	118
Total	49	102	151

OR:2.059(0.932-4.548) IC=95% p=0.071

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

Al 95% de confianza se concluye que las mujeres menores de 20 años versus las mujeres con el rango de edad de 20 a 34 años es un factor de riesgo con un OR de 2.059 para ETG sin ser estadísticamente significativo ($p\text{-valor}=0.071 > 0.05$).

Tabla N° 12

Edad mayor a 35 años como factor asociado a ETG en comparación con edades de 20 a 34 años en mujeres con ETG y sus controles atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.

Edad	Grupo		Total
	Casos	Control	
mayor de 35 años	23	42	65
20 a 34 años	34	84	118
Total	57	126	183

OR: 1.353 (0.709-2.581) IC=95% p=0.358

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

Al 95% de confianza se concluye que las mujeres mayores de 35 años en comparación con las mujeres con rango de edad de 20 a 34 años no es un factor de riesgo para ETG.

Tabla N° 13

Distribución de estado civil de mujeres con ETG y sus controles atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.

Estado Civil	Grupo		Total
	Casos	Control	
Soltero	4	5	9
Conviviente	58	120	178
Casado	10	19	29
Total	72	144	216

Chi-cuadrado=0.562 p=0.755

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

Al 95% de confianza la edad no es un factor asociado a ETG (p-valor=0.184>0.05).

Del 100% de nuestros casos de mujeres con ETG atendidas en el Hospital Regional del Cusco el 20.8% presentó una edad menor a 20 años, el 47.2% edades entre 20 a 34 años y el 31.9% edades de 35 años a más; en cambio los pacientes del grupo control fueron menores a 20 años el 12,5%, en edades de 20 a 34 años 54.6% y mayores a 35 años 30.1%.

Tabla N° 14

**Distribución de lugar de procedencia de mujeres con ETG y sus controles
atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.**

Procedencia	Grupo		Total
	Casos	Control	
Rural	50 (69,4%)	23 (16,0%)	73 (33,8%)
Urbano	22 (30,6%)	121 (84,0%)	143 (66,2%)
Total	72 (100,0%)	144 (100,0%)	216 (100,0%)

IC=95% OR=11.957 (6.112 ; 23.389) p-valor=0.000

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

Al 95% de confianza se concluye que la procedencia es un factor de riesgo para ETG(OR=11.957) y es estadísticamente significativo ($p\text{-valor}=0.000 < 0.05$).

Los pacientes del área Rural presentan 11.957 veces más riesgo de presentar ETG que pacientes del área urbana.

Del 100% de nuestros casos de mujeres con ETG atendidas en el Hospital Regional del Cusco, el 69.4% provenía de una zona rural en contraste con nuestro grupo control en el cual el 66.2% provenía de la zona urbana.

Tabla N° 15

**Distribución de lugar de procedencia de mujeres con ETG y sus controles
atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.**

Grado de instrucción	Grupo		Total
	Casos	Control	
Analfabeto	4 (5,6%)	0 (0,0%)	4 (1,9%)
Primaria	34 (47,2%)	30 (20,8%)	64 (29,6%)
Secundaria	32 (44,4%)	88 (61,1%)	120 (55,6%)
Superior	2 (2,8%)	26 (18,1%)	28 (13,0%)
Total	72 (100,0%)	144 (100,0%)	216 (100,0%)

Chi-cuadrado=30.324 p=0.000

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

Del 100% de nuestros casos de mujeres con ETG atendidas en el Hospital Regional del Cusco solo el 2.8% tenían un grado de instrucción superior, el 44.4% secundaria, el 47.2% primaria y el 5.6% eran analfabetas. En nuestro grupo control el 18.1% tenía grado de instrucción superior, el 61.1% grado de instrucción secundaria, el 20.8% grado de instrucción primaria y no había ninguna mujer analfabeta.

Tabla N° 16

Grado de instrucción analfabeta versus primaria como factor de asociado a ETG en pacientes atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.

Grado de instrucción		Grupo		Total
		Casos	Control	
	Analfabeto	4	0	4
	Primaria	34	30	64
Total		38	30	68

Chi-cuadrado =3.355 OR= 1.882(1.495-2.369) p= 0.067

Tabla N° 17

Grado de instrucción analfabeta versus secundaria como factor de asociado a ETG en pacientes atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.

Grado de instrucción		Grupo		Total
		Casos	Control	
	Analfabeto	4	0	4
	Secundaria	32	88	120
Total		36	88	124

Chi-cuadrado=10.104 OR= 3.750 (2.787-5.045) p= 0.001

Tabla N° 18

Grado de instrucción analfabeta versus superior como factor de asociado a ETG en pacientes atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.

Grado de instrucción		Grupo		Total
		Casos	Control	
	Analfabeto	4	0	4
	Superior	2	26	28
Total		6	26	32

Chi-cuadrado= 19.820 OR= 14 (3.582-53.226) p= 0.000

Tabla N° 19

Grado de instrucción secundaria versus analfabeto como factor de asociado a ETG en pacientes atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.

Grado de instrucción	Grupo		Total
	Casos	Control	
Secundaria	32	88	120
Analfabeto	4	0	4
Total	36	88	124

Chi-cuadrado=10.104 OR= 0.267 (0.198-0.359) p= 0.001

Tabla N° 20

Grado de instrucción superior versus secundaria como factor de asociado a ETG en pacientes atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.

Grado de instrucción	Grupo		Total
	Casos	Control	
Superior	2	26	28
Secundaria	32	88	120
Total	34	114	148

Chi-cuadrado= 4.890 OR=0.212 (0.047-0.942) p=0.027

Tabla N° 21

Grado de instrucción como factor de asociado a ETG en pacientes atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.

	Chi-cuadrado	OR	p
Analfabeto-primaria	3.355	1.882(1.495-2.369)	0.067
Analfabeto-secundaria	10.104	3.750 (2.787-5.045)	0.001
Analfabeto-superior	19.820	14 (3.582-53.226)	0.000
Secundaria- analfabeta	10.104	0.267 (0.198-0.359)	0.001
Superior-secundaria	4.890	0.212 (0.047-0.942)	0.027

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

De la prueba chi-cuadrado al 95% de confianza se concluye que las mujeres analfabetas versus las mujeres con grado de instrucción primaria no es un factor asociado ETG (p-valor=0.067 >0.05); sin embargo con un 93% de confianza si esta asociado y tiene un OR de 3.355. En cambio comparando las variables analfabeta versus grado de instrucción secundaria esta si es un factor asociado a ETG (p-valor=0.001<0.05) con un OR de 3.750. Al comparar grado de instrucción analfabeto y superior es un factor de riesgo (P=0.000<0.005) con un OR de 19.280. Se comparó el grado de instrucción secundaria con grado de instrucción analfabeta siendo este un factor de riesgo (p=0.000<0.005) con un OR de 12.702. Finalmente se comparó grado de instrucción superior con secundaria siendo también un factor de riesgo (p=0.027<0.005) con un OR de 4.890.

4.2.2. Factores ginecológicos

Tabla N° 22

**Distribución de anticoncepción utilizada por mujeres con ETG y sus controles
atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.**

		Grupo		Total
		Casos	Control	
Método anticonceptivo usado	Ninguna	25(34,7%)	50(34,7%)	75(34,7%)
	De Barrera	20(27,8%)	55(38,2%)	75(34,7%)
	Hormonales	27(37,5%)	39(27,1%)	66(30,6%)
Total		72(100,0%)	144(100,0%)	216(100,0%)

Chi-cuadrado=3.205 p-valor=0.201

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

De la prueba chi-cuadrado al 95% de confianza se concluye el tipo de método anticonceptivo usado no es un factor asociado ETG ($p\text{-valor}=0.201 > 0.05$).

Del 100% de nuestros casos de mujeres con ETG atendidas en el Hospital Regional del Cusco el 34.7 % no usaban ningún método anticonceptivo, el 27.8 % usaba métodos de barrera y el 37.5% usaba métodos hormonales. En nuestro grupo control el 34.7% no usaba métodos anticonceptivos, el 38.2% usaba métodos de barrera y el 27.1% usaba métodos hormonales.

Tabla N° 23

**Distribución de antecedente de poliandria en mujeres con ETG y sus controles
atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.**

Poliandria	Grupo		Total
	Casos	Control	
NO	71	140	211
SI	1	4	5
Total	72	144	215

chi-cuadrado= 0.418 p=0.518

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

De la prueba chi-cuadrado al 95% de confianza se concluye que la poliandria no es un factor asociado a ETG ($p\text{-valor}=0.518 > 0.05$).

Del 100% de nuestros casos de mujeres con ETG atendidas en el Hospital Regional del Cusco el 80 % tenían un régimen catamenial irregular en contraste con nuestro grupo control de las cuales el régimen catamenial era regular en el 98.6% de los casos.

Tabla N° 24

**Régimen catamenial como factor asociado a ETG en el Hospital Regional del
Cusco, 2010 –2018.**

Régimen Catamenial	Grupo		
	Casos	Control	Total
Irregular	35	2	37
Regular	37	142	179
Total	72	144	216

Chi-cuadrado=75,4 p-valor=0,000 OR=67 (15,4 ; 292,15)

Fuente: ficha de recolección de datos

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

De la prueba chi-cuadrado al 95% de confianza se concluye que el régimen catamenial es un factor asociado a ETG (p-valor=0.000<0.05).

Del 100% de nuestros casos de mujeres con ETG atendidas en el Hospital Regional del Cusco el 48.6 % tenían un régimen catamenial irregular en contraste con nuestro grupo control de las cuales el régimen catamenial era regular en el 98.6% de los casos.

4.2.3. Factores obstétricos

Tabla N° 25

Distribución de paridad de mujeres con ETG y sus controles atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.

Número de partos	Grupo		Total
	Casos	Control	
Nulípara	26 (36,1%)	42 (29,2%)	68
Primípara	7 (9,7%)	54 (37,5%)	61
Múltipara	24 (33,3%)	48 (33,3%)	72
Gran múltipara	15 (20,8%)	0	15
Total	72	144	216

Chi-cuadrado=43.850 p-valor=0.000

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

De la prueba chi-cuadrado al 95% de confianza se concluye la paridad es un factor asociado ETG ($p\text{-valor}=0.000 > 0.05$).

Del 100% de nuestros casos de mujeres con ETG atendidas en el Hospital Regional del Cusco el 38.1% eran nulíparas, el 11.5% eran primíparas, el 33.3% múltiparas y el 15.3% eran grandes múltiparas. En nuestro grupo control el 29.1% eran nulíparas, el 30.5% eran primíparas, el 37.5% múltiparas y el 2.8% eran grandes múltiparas.

Tabla N° 26

Nuliparidad versus primiparidad como factor de riesgo para ETG en el Hospital

Regional del Cusco, 2010 –2018.

Número de partos	Grupo		
	Casos	Control	Total
Nulípara	26	42	68
Primípara	7	54	61
Total	33	96	129

Chi-cuadrado=12,095 OR=4.776 (1.890-12.066) p= 0.001

Tabla N° 27

Nuliparidad versus multiparidad como factor de riesgo para ETG en el Hospital

Regional del Cusco, 2010 –2018.

Número de partos	Grupo		
	Casos	Control	Total
Nulípara	26	42	68
Múltipara	24	48	72
Total	50	90	140

Chi-cuadrado=0,366 OR=1.238(0.620-2.474) p= 0.545

Tabla N° 28

Nuliparidad versus granmultiparidad como factor de riesgo para ETG en el

Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.

Número de partos	Grupo		
	Casos	Control	Total
Nulípara	26	42	68
Gran múltipara	15	0	15
Total	41	42	83

Chi-cuadrado=18,755 OR=0.382 (0.283-0.517) p= 0.000

Tabla N° 29

Gran multiparidad versus primiparidad como factor de riesgo para ETG en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.

Número de partos	Grupo		Total
	Casos	Control	
Gran múltipara	15	0	15
Primípara	7	54	61
Total	22	54	76

Chi-cuadrado=45,872 OR=8.714 p= 0.000

Tabla N° 30

Gran multiparidad versus multiparidad como factor de riesgo para ETG en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.

Número de partos	Grupo		Total
	Casos	Control	
Gran múltipara	15	0	15
Múltipara	24	48	72
Total	39	48	87

Chi-cuadrado=22,308 OR=3.000(2.164-4.159) p= 0.000

Tabla N° 31**Paridad como factor de riesgo para ETG en el Hospital Regional del Cusco, 2010 – 2018.**

	Chi-cuadrado	OR	p-valor
Nulípara-Primípara	12.095	4.776	0.001
Nulípara- múltipara	0.366	0.545	1.238
Nulípara-gran múltipara	18.755	0.382	0.000
Granmúltipara-primípara	45.872	8.714	0.000
Granmúltipara-múltipara	22,308	3.000	0.000

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaborado por: la autora

De la prueba chi-cuadrado al 95% de confianza se concluye que las mujeres analfabetas versus las mujeres con grado de instrucción primaria no es un factor asociado ETG ($p\text{-valor}=0.067 >0.05$); sin embargo con un 93% de confianza si esta asociado y tiene un OR de 3.355. En cambio comparando las variables analfabeta versus grado de instrucción secundaria esta si es un factor asociado a ETG ($p\text{-valor}=0.001 <0.05$) con un OR de 3.750. Al comparar grado de instrucción analfabeto y superior es un factor de riesgo ($P=0.000 <0.005$) con un OR de 19.280. Se comparó el grado de instrucción secundaria con grado de instrucción analfabeta siendo este un factor de riesgo ($p=0.000 <0.005$) con un OR de 12.702. Finalmente se comparó grado de instrucción superior con secundaria siendo también un factor de riesgo ($p=0.027 <0.005$) con un OR de 4.890.

Antecedente de ETG en mujeres con ETG y sus controles atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.

Ninguno de los casos de ETG del Hospital Regional del Cusco tuvo como antecedente la Enfermedad Trofoblástica Gestacional.

Tabla N° 32

Antecedente de aborto como factor de riesgo para ETG en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.

Antecedentes de Abortos	Grupo		Total
	Casos	Control	
Si	20	19	39
No	52	125	177
Total	72	144	216

Chi-cuadrado=6.9 p-valor=0.009 OR=2.53 (1.249 ; 5.128)

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

De la prueba chi-cuadrado al 95% de confianza se concluye el antecedente de aborto es un factor asociado ETG (p-valor=0.009 < 0.05).

Los pacientes con antecedente de aborto presentan 2.53 veces más riesgo de presentar ETG que pacientes que no presentan este antecedente.

De los 100% de nuestros casos de mujeres con ETG atendidas en el Hospital Regional del Cusco el 27.8% tenían antecedente de aborto y el 72.2% no lo tenían. En contraste con nuestro grupo control en el cual el 13.2% tenía antecedente de aborto y el 86.8 % no tenía este antecedente.

4.2.4. Factores hereditarios

Tabla N° 33

Distribución de antecedente familiar de embarazo de riesgo como factor asociado a ETG en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.

Antecedente familiar de embarazos múltiple	Grupo		Total
	Casos	Control	
Si	2	6	8
No	70	138	208
Total	72	144	216

Chi-cuadrado=0.26 p-valor=0.61 OR=0.657 (0.129 ; 3.34)

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

De la prueba chi-cuadrado al 95% de confianza se concluye el antecedente familiar de embarazo múltiple no es un factor asociado ETG (p-valor=0.61 >0.05).

Del 100% de nuestros casos de mujeres con ETG atendida en el Hospital Regional del Cusco el 2.8% tenían el antecedente familiar de embarazo múltiple y en nuestro grupo control el 4.2 % tenía este antecedente.

Tabla N° 34

Grupo Sanguíneo y factor Rh como factor asociado a ETG en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018.

Grupo Sanguíneo y Factor Rh	Grupo		Total
	Casos	Control	
O+	69 (95,8%)	131 (91,0%)	200
A+	2 (2,8%)	13(9,0%)	15
B+	1 (1,4%)	0	1
Total	72	144	216

Chi-cuadrado=4.823 p-valor=0.09

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

De la prueba chi-cuadrado al 95% de confianza se concluye el tipo de grupo sanguíneo y factor no es un factor asociado ETG (p-valor=0.09>0.05).

Del 100% de nuestros casos de mujeres con ETG atendidas en el Hospital Regional del Cusco el 95.8 % tenían el grupo sanguíneo y factor O RH positivo, el 2.8% A RH positivo y el 1.4% B RH positivo. En nuestro grupo control el 91% tenían el grupo sanguíneo y factor O RH positivo y el 9 % A RH positivo.

CAPITULO V

DISCUSION

Durante los años 2010 al 2018 se han reportado 190 casos de ETG en el Hospital Regional del Cusco. Habiendo accedido a los datos estadísticos de la unidad de estadística de este mencionado Hospital se puede observar una tendencia al incremento en el número de casos por año; debido a la subjetividad de esta observación se procede a hallar la incidencia por 1000 gestaciones dando como resultados incidencias que fluctúan desde 5 a 15 casos de ETG/ 1000 gestantes. Este dato difiere del hallado en otros hospitales del mundo y del Perú. Jefferson L. et al (Lima,1994)(4) hallaron una incidencia de 4.7 molas por cada 1000 nacimientos que es inferior a la que hallamos, sin embargo Molina Y. Mamani E. (Cusco, 2000) hallaron una incidencia de 1/ 460 que contrasta con nuestros resultados posiblemente porque son poblaciones similares.

Todos nuestros casos tenían diagnóstico anatómico-patológico y según este informe la mayoría (el 73.6%) eran molas completas, y un segundo lugar ocupaban las molas parciales, también incluyendo 1 caso de mola invasora y 2 casos de coriocarcinoma, Hernandez S. et al (México, 2017) (1) encontró una frecuencia de 56% para mola completa. Ratifica a la mola completa como la más frecuente de todos los casos de ETG, esto descrito en la bibliografía.

Martínez L. (Nicaragua, 2017) describe en su tesis que la mola mayormente se diagnosticaba de 12 a menos semanas de gestación, esto no se cumple en nuestro estudio ya que en nuestro caso la edad gestacional al momento del diagnóstico más frecuente fue la de más de 13 semanas, esto podría deberse a una educación en salud superior ya que el 48.5% de sus casos de mola contaban con nivel secundario.

García C. y cols(Colombia,2018) en su estudio mostró que las concentraciones de b-hcg tenían relación significativa con el tipo histológico de ETG además de con el pronóstico de la paciente. En su estudio la media de b-hcG previo al tratamiento evacuador fue 270 852 UI/L para mola completa y 40 739 UI/L para mola parcial. En nuestro estudio los niveles de b-hcG más frecuentemente encontrados fueron de más de 1 000 000 UI/L encontrados en un 31.9 % de los casos. Cabe mencionar además que 19 historias no contaban con este dato muy importante para evaluar el pronóstico de nuestras pacientes con ETG. De esto podríamos inferir que la mayoría de los casos tienen un factor de riesgo para el pronóstico que serían los niveles iniciales elevados de b-hCG. En cuanto a la clínica el síntoma más frecuente fueron las náuseas y vómitos y el signo

más importante fue la Ginecorragia similar a lo descrito por **Molina Y., Mamani E.(Cusco,2000)**²⁷.

Hernandez S. et al(México,2017)¹ describen en su estudio como comorbilidades a un 6.1% de pacientes que presento hipertiroidismo. En nuestro estudio las patologías concomitantes a ETG fueron en su mayoría la presencia de cuerpos luteínicos (19.4%). Además se encontraron dos casos de hipertiroidismo, 3 de hipertensión arterial, 4 hepatopatía con elevación de transaminasas, dos casos de embarazo ectópico y 4 de cáncer de cérvix. En comparación con **Molina Y., Mamani E.(Cusco, 2000)** que encontraron como patologías concomitantes en su mayoría a la infección urinaria y la anemia.

Acorde a nuestros objetivos, dentro de los factores sociodemográficos la edad en contraste con otros estudios no fue un factor asociado a ETG. **Hernandez S. et al**¹ en su estudio describe un promedio de edad de las pacientes de 23 años y hay un predominio de primigestas de 13 a 20 años. Esto podría deberse a que los controles también son pacientes de riesgo en su mayoría debido a que los partos atendidos en el Hospital Regional del Cusco son partos con un riesgo mayor y la distribución de edad es similar. Nuestros casos de ETG en su mayoría se encontraban en el rango de edad de menor riesgo que es el de 20 a 34 años similar a lo encontrado por **Sanchez A. (Iquitos,2015)**¹⁹ que encontró la edad promedio de su población de estudio de 28.21 años.

Al analizar las edades extremas comparadas con el rango de no riesgo a un intervalo de confianza del 95% ninguno está asociado significativamente. Sin embargo se puede observar que a un intervalo de 93% si habría asociación significativa y un riesgo de hasta 3 veces mayor en mujeres menores de 20 años en comparación con mujeres con rango de edad de 20 a 34 años.

El factor estado civil no estuvo asociado significativamente, la mayoría de pacientes tanto del grupo control como de los casos tenía un estado civil de conviviente hecho comparado con lo encontrado por **Leon L.(Ecuador, 2016)**²³.

Sanchez A. (Iquitos,2015) encontró que la procedencia rural era un factor de riesgo estadísticamente significativo para ETG. En cuanto al factor lugar de procedencia este si estaba asociado significativamente con ETG concluyendo que el lugar de procedencia rural tiene un riesgo de 11.9 veces más que el lugar de procedencia urbano.

En cuanto al grado de instrucción este si tuvo una asociación significativa. Se puede observar que solo el 2.8% de nuestros casos contaban con estudios superiores y un 47.2% solo con estudios primarios en contraste con nuestros controles quienes mayormente tenían estudios secundarios (61.1%) y superior (18.1%). Además de esto se estimó que una mujer analfabeta tiene 3.75 veces más riesgo de ETG que una persona con estudios secundarios ($p=0,001$) y 14 veces más riesgo que una persona con estudios superiores ($P=0.000$). Además son factores protectores una educación secundaria con respecto a una analfabeta ((IC 95%, $P=0.000$, $OR=0.321(0.170-0.606)$) similar a lo descrito por **Sanchez A. (Iquitos, 2015)**¹⁹ en su tesis en la que concluye que el grado de instrucción secundaria es un factor protector para el desarrollo de ETG (IC=95%, $p=0.002$, $OR=0.517$). Además en el presente estudio se encontró como factor protector un grado de instrucción superior con respecto a una persona con grado secundaria (IC 95%, $P=0.027$, $OR=0.212(0.047-0.942)$).

Dentro de los factores ginecológicos se concluye que el tipo de método anticonceptivo usado no es un factor asociado ETG ($p\text{-valor}=0.201 > 0.05$). Del 100% de nuestros casos de mujeres con ETG atendidas en el Hospital Regional del Cusco el mayor porcentaje (34.7 %) no usaban ningún método anticonceptivo similar a nuestro grupo control. El uso de métodos hormonales fue registrado en el 37.5% de nuestro grupo de casos y el 27.1% de nuestros controles.

En nuestro estudio la poliandria no fue un factor asociado a ETG ($p\text{-valor}=0.518 > 0.05$), **Sanchez A. (Iquitos, 2015)**¹⁹ tienen la misma conclusión.

En nuestro estudio se concluye que el régimen catamenial es un factor asociado a ETG (IC 95%, $p\text{-valor}=0.000 < 0.05$, $OR=67 (15.4-292.15)$). Las pacientes con régimen catamenial irregular tienen 67 veces más riesgo de ETG que las pacientes con régimen catamenial regular. Este resultado es similar al descrito en la bibliografía que indica hay asociación entre una historia de régimen catamenial irregular y ETG (8).

Sanchez A. (Iquitos, 2015)¹⁹ encontró que la multiparidad es un factor de riesgo estadísticamente significativo (IC=95%, $OR=3.475$) que coincide parcialmente con los resultados que encontramos en nuestro estudio. En nuestro estudio se concluye que la paridad es un factor asociado ETG (IC= 95%, $p\text{-valor}=0.000 > 0.05$). Las mujeres nulíparas tenían 4,776 veces más riesgo de ETG que las mujeres primíparas ($p\text{-valor}=0.001 < 0.05$, $OR= 4.776$). Además si comparamos las mujeres gran múltiparas con mujeres primíparas, el riesgo de ETG es 8.714 más en gran múltiparas ($P=0.000 < 0.005$, $OR 8.714$). A todo esto se agrega que la nuliparidad es un factor de protección estadísticamente significativo con respecto a una gran múltipara ($p=0.000 < 0.005$, $OR=$

0.382). Y finalmente una gran múltipara tiene 3 veces más riesgo de ETG que una múltipara ($p=0.000<0.005$, OR 3), no he podido comparar estos resultados debido a la falta de este tipo de comparaciones en otros estudios. Sin embargo muchos estudios concluyen en que la multiparidad es un factor de riesgo^{19, 25}, aunque otros encuentran a la nuliparidad como factor principal^{21, 26}.

Con respecto a antecedente de ETG como factor de riesgo para ETG en el Hospital Regional del Cusco, 2010 –2018, no hubo ningún caso que tuviese este antecedente; dato que difiere de la bibliografía.

Mulisya et al. (Uganda, 2017) en su estudio describe que el antecedente de aborto es un factor de riesgo para ETG (OR: 4,3; IC: 1.0-18.57; $P=0,05$) hecho similar a lo hallado en nuestro estudio. El antecedente de aborto fue un factor asociado ETG (IC=95%, p -valor=0.009 < 0.05), con un OR de 2.53 se infiere que las pacientes que tienen este antecedente tienen 2.53 veces más riesgo de presentar ETG que pacientes que no presentan este antecedente.

Dentro de los factores hereditarios en cuanto al antecedente de ETG o de embarazo múltiple no se encontró asociación significativa (p -valor=0.61 >0.05), esto difiere de lo mencionado en la bibliografía y en estudios como el realizado por **Hernández S. et.al(México,2016)**.

Otro factor tomado en cuenta fue el de grupo sanguíneo en el cual tampoco se evidencia asociación significativa con ETG (p -valor=0.09>0.05). Además el grupo sanguíneo y factor Rh más frecuente fue el O Rh + tanto en controles como en casos similar al encontrado por **Hernandez S. et al (1)**.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo sociodemográficos para ETG fueron el lugar de procedencia y el grado de instrucción. Tener como lugar de procedencia una zona rural tiene un riesgo de 11.9 veces más que el lugar de procedencia urbano. Una mujer analfabeta tiene 3.75 veces más riesgo de ETG que una persona con estudios secundarios y 14 veces más riesgo que una persona con estudios superiores.
- Dentro de los factores ginecológicos, el régimen catamenial fue un factor de riesgo de ETG, mujeres con un régimen catamenial irregular tienen 67 veces más riesgo de ETG.
- Dentro de los factores obstétricos, la paridad es un factor de riesgo para ETG, las mujeres nulíparas tenían 4,776 veces más riesgo de ETG que las mujeres primíparas, y las mujeres gran multíparas tienen 8.714 más riesgo que las mujeres primíparas. La nuliparidad es un factor de protección estadísticamente significativo con respecto a una gran multípara. El antecedente de aborto es un factor de riesgo de ETG.
- En nuestro estudio los factores hereditarios que consideramos como antecedentes familiares y grupo sanguíneo no fueron factores de riesgo.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE LA SALUD

- Este estudio me hace palpar la realidad de muchas mujeres que no pudieron costear un examen particularmente como es la b-hcg en sangre y que es de importancia para su pronóstico y tratamiento. Me quiero tomar el atrevimiento de reclamar mejoría en el presupuesto para este tipo de exámenes.

AL HOSPITAL Y PROFESIONALES DE LA SALUD

- Mejorar la calidad de historias clínicas haciendo hincapié en los antecedentes de las pacientes sobretodo quechua-hablantes que he podido apreciar una información bastante escasa. Debo felicitar el formato que se usa en el área de ginecología que me ayudo bastante a recopilar muchos datos, sin embargo mejorar siempre será una opción.
- Informar a las pacientes de los riesgos identificados en este estudio tales como multiparidad que pueden ser intervenidos con educación en salud.
- Mejorar el seguimiento de estas pacientes además de brindarles mayor información sobre esta patología.

A CUALQUIER APASIONADO DE LA INVESTIGACION

- Le imploro busque más respuestas sobre esta patología, indagar más en otros factores que no se tomaron en cuenta en este estudio como el déficit de algunos micronutrientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Enfermedad trofoblástica gestacional - Artículos - IntraMed [Internet]. [citado 22 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=59565>
2. Society AC. The American Cancer Society's Oncology in Practice: Clinical Management. John Wiley & Sons; 2018. 727 p.
3. M FL, M AA, Candelaria M, S CA. Enfermedad trofoblástica gestacional. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología. Ginecol Obstet México [Internet]. 2005 [citado 24 de enero de 2019];73(06):308–14. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=6365>
4. Jefferson L, Vicuña R, Rechkemmer A. Factores de riesgo en enfermedad trofoblástica gestacional: Estudio caso - control. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 1994 [citado 24 de enero de 2019];40(1):68–72. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1658>
5. Unidad de Estadística del Hospital Regional del Cusco. Enfermedad Trofoblastica Gestacional. Cusco; 2013 2017.
6. Guías de Atención Clínica y Procedimientos en Obstetricia y Perinatología - INMP [Internet]. Issuu. [citado 17 de marzo de 2019]. Disponible en: https://issuu.com/inmp/docs/guias_atencion_clinica_y_procedime/32
7. Hydatidiform mole: Recognition and management [Internet]. Contemporary OBGYN. [citado 14 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.contemporaryobgyn.net/article/hydatidiform-mole-recognition-and-management-0>
8. Mulisya O, Roberts DJ, Sengupta ES, Agaba E, Laffita D, Tobias T, et al. Prevalence and Factors Associated with Hydatidiform Mole among Patients Undergoing Uterine Evacuation at Mbarara Regional Referral Hospital. Obstet Gynecol Int. 2018;2018:9561413.
9. Riegé M. et.al. CONSENSO FASGO “ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL”. Argentina; 2015.
10. Gestational trophoblastic disease: Pathology [Internet]. [citado 17 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://directdownload.info/uptodate/d/topic.htm?path=gestational-trophoblastic-disease-pathology>
11. Berkowitz RS, Goldstein DP. Current advances in the management of gestational trophoblastic disease. Gynecol Oncol. 2013;3:128.
12. Davis JR, Surwit EA, Garay JP, Fortier KJ. Sex assignment in gestational trophoblastic neoplasia. 1984. 148:722.
13. Shih leM. Gestational trophoblastic neoplasia,pathogenesis and potential therapeutic targets. 2007. 8:642.

14. Hui P, Baergen R, Cheung. Enfermedad trofoblástica gestacional. En: Clasificaciones de la OMS de tumores de órganos reproductivos femeninos, Prensa de la OMS, Ginebra, Suiza 2014.
15. Unidad de Estadística del Hospital Regional del Cusco. Enfermedad Trofoblastica Gestacional. 2010.
16. Igwegbe A, Eleje G. Hydatidiform mole: a review of management outcomes in a tertiary hospital in south-east Nigeria. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, vol 3, no 2, p 210, 2013.
17. Ezpeleta M, Lopezcousillas A. Enfermedad trofoblástica gestacional aspectos clínicos y morfológicos. *Revista española de patología* 2002 Vol 5(2) [Internet]. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen35-num2/35-2n07.htm>.
18. Czembilsky B, Barash A, Lance M. Partial Moles: a clinicopathologic study of 25 cases. *ObstetGynecol* 1982;59;75-77.
19. Sánchez Carranza A. Factores de riesgo asociados a embarazo molar en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre enero 2010 - diciembre 2014. *Univ Nac Amaz Peru* [Internet]. 2015 [citado 19 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3771>
20. Lilliam Mercedes Martinez. Características clínicas, manejo y seguimiento en pacientes con mola hidatiforme ingresadas en el servicio de ARO I, HEODRA en el periodo de enero 2013 a mayo 2016. [Leon]: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA;
21. Gómez AM. Características epidemiológicas clínicas y anatomopatológicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital de la Mujer Adolfo Carit 2010-2014. 2016 [citado 19 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://170.246.100.106:7501/xmlui/handle/cenit/1272>
22. Hernández-Flores SE, Vega-Memije ME, Niebla-Cárdenas D, Audifred-Salomón JR, Hall-Ramírez WB. Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional en un hospital general. *Ginecol Obstet México* [Internet]. 15 de abril de 2017 [citado 24 de enero de 2019];84(06):377-82. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71647>
23. Luzcano L, Lissette L. Embarazo molar en primigestas, factores de riesgo y complicaciones. Estudio a realizar en edades de 15 a 25 años, Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo De Procel, periodo 2010-2015 [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina; 2016 [citado 19 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/24289>
24. Elizabeth T, García H, Liseth LSE. Incidencia de embarazo molar en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el periodo comprendido enero 2013-marzo 2018. 2018 [citado 19 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/4924>
25. Llique G, Paul L. Multiparidad como factor de riesgo para enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Belén de Trujillo. *Univ Priv Antenor Orrego - UPAO*

[Internet]. 2 de diciembre de 2016 [citado 19 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2207>

26. Aparicio H, Antonio M. CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DE LA ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA, 2007 – 2011. Univ Católica St María - UCSM [Internet]. 27 de febrero de 2013 [citado 24 de enero de 2019]; Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe:80/repositorio/handle/UCSM/3873>
27. Molina Serrano YI, Mamani Quispe EE. Enfermedad trofoblástica gestacional: Factores relacionados a su presentación en los hospitales del MINSA (Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional), Ciudad del Cusco (1990-1999)/. 2000.

ANEXOS
Anexo N°1

ENFERMEDAD TROFOBASTICA GESTACIONAL: FACTORES ASOCIADOS A SU PRESENTACION EN EL HOSPITALES REGIONAL DEL CUSCO-2010-2018.

Esta ficha de recolección de datos forma parte de una investigación sobre los factores asociados a la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital Regional del Cusco 2010-2018, para poder tomar decisiones y mejorar en este aspecto. toda la información aquí recopilada será manejada en estricto anonimato.

Los ítems a continuación citados serán llenados con información de la paciente.

- ✓ Donde aparecen espacios en blanco se completará con la información solicitada, en los demás ítems se marcará con una X acorde a la información recopilada.
- ✓ Todos los ítems tiene solo una respuesta.
- ✓ Si la información no está disponible marca la alternativa que dice "No registra"

Preguntas Generales			
01	<p>Diagnostico anatomopatologico de ETG:</p> <p>A) SI B) NO</p> <p>Si la respuesta es si, contestar ítems 02,03,04 ,05 y 06; caso contrario pasar a ítem 07</p>	02	<p>Diagnostico anatomopatologico:</p> <p>a. Mola completa b. Mola parcial c. Mola invasiva d. Coriocarcinoma</p>
03	<p>Edad gestacional en la que fue diagnosticada la ETG:</p> <p>.....semanas.</p>	04	<p>B-hCG en mUI/ml inicial:</p> <p>a. <1 000 mUI/mL b. 1 000 – 10 000 mUI/mL c. >10 000- 100 000 mUI/mL d. > 100 000 mUI/mL e. no se realizó el examen</p>
05	<p>Signos y síntomas al ingreso(se puede marcar más de una respuesta):</p> <p>a. ginecorragia b. expulsión de vesículas vía vaginal c. dolor abdominal d. náuseas y vómitos e. cefalea</p>	06	<p>Patologías concomitantes (pueden marcarse más de una):</p> <p>a. HTA b. Hipertiroidismo c. Quistes tecaluteínicos d. Anemia e. Hepatopatía f. Embarazo ectópico g. Cáncer cérvix h. Otros</p>

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS			
07	Edad:	08	Estado civil:
	a) <20 años () b) 20--34 años () c) >35 años ()		a) soltera () b) conviviente () c) casada () d) divorciado () e) viuda ()
09	Grado de instrucción :	10	Procedencia:
	a) Analfabeto () b) Primaria () c) Secundaria () d) Superior ()		Comunidad: Distrito: provincia: a) Rural () b) Urbano ()
11	Ocupación:		
a) Ama de casa () b) Agricultora () c) Comerciante () d) Profesional () e) Otros ()			
FACTORES GINECOLOGICOS			
12	a) RC: b) poliandria: c) métodos anticonceptivos:		
FACTORES OBSTETRICOS			
13	a) Gravidéz: b) Paridad: c) Abortos previos: d) antecedente de gestación gemelar: e) antecedente de ETG: f) otros antecedentes:		
FACTORES HEREDITARIOS			
14	Antecedentes familiares:	15	Grupo Sanguíneo y factor Rh:
	a) ETG () b) Embarazos gemelares () c) HTA () d) Diabetes () e) Otros:		_____

DPP es de 1.36, que se ubicaría en adecuación total, esto significa que es válido y confiable.

Anexo N°2

Cronograma

Actividad	Fecha de inicio	Duración	Fecha de finalización
1. Recoleccion de antecedentes	01/01/2019	15	16/01/2019
2. Elaboracion del Proyecto de Investigación	16/01/2019	15	31/01/2019
3. Elaboracion del instrumento: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	01/02/2019	3	04/02/2019
4. Validacion del instrumento	05/02/2019	14	19/02/2019
5. Revisiones y presentacion del proyecto de investigación a asesor	19/02/2019	3	22/02/2019
6. Revisiones y correcciones del proyecto de investigación.	22/02/2019	3	25/02/2019
7. Presentación de proyecto de investigación a director del INIME.	26/02/2019	2	28/02/2019
8. Presentación del proyecto al jurado A al 50%	08/03/2019	1	09/03/2019
9. Búsqueda de casos y controles	09/03/2019	2	11/03/2019
10. Recolección de datos	12/03/2019	5	17/03/2019
11. Procesamiento y análisis de datos.	18/03/2019	2	20/03/2019
12. Presentación del trabajo de investigación jurado B al 100%	25/03/2019	1	25/03/2019
8. Elaboración del inextenso del trabajo de investigación para su publicación y envió a una revista indexada.	26/03/2019	19	15/04/2019

Anexo N°3

Presupuesto

Cantidad	Descripción	Importe
MUESTRA: 100	Tramites	200 Nuevos Soles
	Fotocopias impresiones.	200 Nuevos Soles
	Transporte y viáticos.	50 Nuevos Soles
TOTAL		450 Nuevos Soles

Financiamiento	Autofinanciado
----------------	----------------

Anexo N°4

Autorización de aplicación de trabajo de investigación



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO



"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"
"Cusco, Capital Arqueológica de América"

Cusco, 05 FEB 2019

DRSC.PROV.N° 036 -2019 -- HRC. DE.

DE : Director Ejecutivo del Hospital Regional Cusco.
A : Señorita Imel Gabriela Sumire Yopez.
ASUNTO : Autorización de Aplicación de Trabajo de Investigación.
REF. : Exp. 1708.

Visto el documento que antecede de acuerdo a la opinión favorable del Comité de Investigación, de la Unidad de Estadística y de la Unidad de Capacitación, la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional del Cusco, autoriza la realización de la aplicación del Instrumento de trabajo de Investigación, intitulado "Enfermedad Trofoblasticas Gestacional: Factores Asociados con su Presentación en HOSPITALES MINSA DEL CUSCO, 2010 - 2018". Debiendo acogerse al horario y normas de la Institución.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL CUSCO
Med. Felix A. Hidalgo Romero
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 14816 R.N.E. 14309

C.C.Archivo
FHR/gap.

Av. La Cultura s/n Telf.: 227661 – 231101 Emergencia Telf.: 223691 CUSCO - PERU

www.hospitalregionalcusco.gob.pe

hrc@hospitalregionalcusco.gob.pe Hospital Regional Cusco / Hospital Reg Cusco

Anexo N°5

Validación de instrumento de investigación

HOJA DE PREGUNTAS PARA VALIDACION

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Considera Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---


Dr. William Peter Loyza Memari
GINECOLOGO / OBSTETRA
C.M.P. 33566 / R.N.E. 2995

HOJA DE PREGUNTAS PARA VALIDACION

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta version son suficientes para tener comprension de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos tambien datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Considera Ud. que las escalas de medicion utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habria que modificar o que aspectos tendrian que incrementarse o suprimirse?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---


Med. Carlos Asin Hanco
GINECOLOGO OBSTETRA
CMP. 34693 RNE. 34595

HOJA DE PREGUNTAS PARA VALIDACION

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta version son suficientes para tener comprension de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos tambien datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillio no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

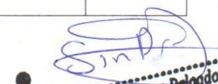
1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Considera Ud. que las escalas de medicion utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habria que modificar o que aspectos tendrian que incrementarse o suprimirse?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---


Sandra Edith Valera Delgado
Médico Ginecólogo Obstetra
C.M.P. 53687 - R.N.E. 31762

ANEXO N°6

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE INVESTIGACION

TITULO DE LA INVESTIGACION: ENFERMEDAD TROFOBLASTICA: FACTORES ASOCIADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2010-2018
PRESENTADO POR: SUMIRE YEPEZ IMEF GABRIELA.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología	Recolección de datos y plan de análisis.
<p>PG: ¿Cuáles son los factores asociados a la enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital Regional del Cusco en el periodo 2010-2018?</p> <p>PE1: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a ETG en el Hospital Regional del Cusco en el periodo 2010-2018?</p> <p>PE2: ¿Cuáles son los factores ginecológicos asociados a ETG en el Hospital Regional del Cusco en el periodo 2010-2018?</p> <p>PE3: ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a ETG en el Hospital Regional</p>	<p>OG: Determinar los factores asociados a la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en El Hospital Regional del Cusco en el período 2010-2018.</p> <p>OE1: Determinar los factores sociodemográficos asociados a ETG en el Hospital Regional del Cusco, 2010-2018.</p> <p>OE2: Determinar los factores ginecológicos asociados a ETG en el Hospital Regional del Cusco, 2010-2018.</p> <p>OE3: Determinar los factores obstétricos asociados a ETG en el Hospital Regional</p>	<p>HG: Existen factores asociados a ETG en pacientes internadas en el Hospital Regional del Cusco, 2010-2018.</p>	<p>VARIABLES IMPLICADAS</p> <p>VARIABLES INDEPENDIENTES</p> <p>Factores Sociodemográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Edad -Lugar de procedencia -grado de instrucción <p>Factores ginecológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> -regularidad menstrual -uso de ACO -poliandria <p>Factores obstétricos</p> <ul style="list-style-type: none"> -paridad -antecedente de ETG -antecedente de aborto previo -antecedente de embarazo gemelar <p>Factores hereditarios</p> <ul style="list-style-type: none"> -Antecedentes familiares -Grupo sanguíneo y factor <p>VARIABLES DEPENDIENTES</p> <p>Enfermedad trofoblástica gestacional.</p> <p>VARIABLES NO IMPLICADAS</p> <p>Edad gestacional en la que fue diagnosticada</p>	<p>Edad < 20 años</p> <p>Edad > 35 años</p> <p>Lugar de procedencia zona rural</p> <p>Estado civil: soltera</p> <p>Grado de instrucción analfabeto</p> <p>Antecedentes ginecológicos: Régimen catamenial</p> <p>Anticonceptivos</p> <p>Antecedentes obstétricos: aborto previo</p> <p>ETG anterior</p> <p>Embarazo gemelar</p> <p>Antecedentes familiares de ETG</p> <p>Grupo sanguíneo y factor: A+</p>	<p>Población Y Muestra</p> <p>187 pacientes con el diagnóstico de ETG en el Hospital Regional del Cusco, periodo 2010 - 2018.</p> <p>Muestra</p> <p>La muestra seleccionada corresponderá a 72 casos de ETG de nuestra población que cumplan con los criterios de inclusión, asimismo 144 controles que cumplan los criterios de inclusión. Se consideraran 8 casos y 16 controles de cada año.</p> <p>Diseño Metodológico tipo de estudio.</p> <p>Estudio de casos y controles, retrospectivo, correlacional y explicativo.</p>	<p>Recolección de datos.</p> <p>Se utilizara una ficha de recolección de datos con 16 ítems divididos en 6 partes: la primera ítem 1-6 constara de preguntas informativas sobre paciente-caso.</p> <p>La segunda parte ítem 7-16 medirá los factores asociados.</p> <p>Análisis de datos</p> <p>Primero análisis univariado, medidas de frecuencia, después se realizara el análisis bivariado,</p>

<p>del Cusco en el periodo 2010-2018?</p> <p>PE4: ¿Cuáles son los factores hereditarios asociados a ETG en el Hospital Regional del Cusco en el periodo 2010-2018?</p>	<p>del Cusco, 2010-2018.</p> <p>OE4: Determinar los factores hereditarios asociados a ETG en el Hospital Regional del Cusco, 2010-2018.</p>		<p>Nivel de β-hCG. Patologías concomitantes</p>			<p>se hallara el odds ratio, chi cuadrado, intervalo de confianza y la prueba t de student con el paquete de datos SPSS 25.</p>
--	---	--	--	--	--	---