

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

Características epidemiológicas y clínicas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2021 - 2025.

Para optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

**Bach. Yina Jannet BAUTISTA BARRIOS
Bach. Marcelina Mercedes SOSA CHAVEZ**

ASESORA:

Dra. Marilú Francisca OBANDO CORZO

AYACUCHO - PERÚ

2026

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, expresamos nuestra gratitud a Dios por acompañarnos y guiarnos en cada etapa de este camino brindándonos fortaleza en los momentos difíciles y permitiéndonos culminar esta meta con salud, fe y perseverancia.

A la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga por proporcionarnos la formación académica, los valores y el compromiso humano indispensable para nuestro desarrollo profesional.

A nuestros docentes, por su dedicación, paciencia y vocación de cada enseñanza y corrección permitieron de manera significativa a nuestra formación.

Al Hospital Regional de Ayacucho por ofrecernos espacios de aprendizajes y fortalecer nuestros conocimientos con la parte práctica realizada.

Finalmente, a nuestra asesora de tesis por su compromiso y orientación durante la elaboración de nuestro trabajo.

DEDICATORIA

A mis padres por su cariño, amor, paciencia, confianza y consejos. A quienes agradezco por su apoyo constante en cada etapa de mi vida.

A mí misma, por mi perseverancia y fortaleza para hacer frente a cada desafío.

A quienes me acompañaron y me enseñaron a seguir adelante.

Yina

A mis padres, Serapio y Ambrosia, por su amor incondicional y su paciencia infinita; gracias por caminar siempre a mi lado y jamás dejarme sola.

A mis hermanos, porque crecer a su lado ha sido el regalo más bonito. Gracias por su apoyo constante, por las risas compartidas y sobre todo por ser el refugio inquebrantable en cada momento de mi vida.

A todas las personas que caminaron a mi lado durante esta etapa universitaria.

Marcelina

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho durante 2021-2025.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, diseño observacional, de tipo transversal, de carácter retrospectivo. Se revisaron 101 historias clínicas, de las cuales 95 cumplieron los criterios de selección. Se registró la información en una ficha de recolección de datos para su posterior procesamiento en los programas de Excel y Spss.

RESULTADOS: En el presente estudio se encontró que las características epidemiológicas más frecuentes fueron los rangos de edad de 25-29 años y ≥ 40 años en 21.1% cada uno, estado civil conviviente en 60%, procedencia zona urbana 54.7%, grado de instrucción secundaria en 51.6%, 2 parejas sexuales 54.7%, ausencia de antecedentes patológicos 92.6%. Edad gestacional más habitual entre 8 a 12 semanas con 53.7%. Las manifestaciones clínicas fueron sangrado vaginal con 83.2% y dolor en hipogastrio 72.6%. Dentro de los hallazgos al examen físico fueron el sangrado vaginal con 71.6% y dolor a la palpación en hipogastrio con 57.9%. En cuanto a los hallazgos ecográficos se encontró predominio del patrón en “panal de abejas” con 93.7% y en los hallazgos laboratoriales el rango del dosaje de hormona gonadotropina coriónica humana subunidad beta (β -hCG) de 10 001 – 100 000 mUI/ml con 28.4%. El tratamiento más utilizado fue el legrado uterino con 75.8% y no tuvieron seguimiento 66.3%. Las multíparas predominaron con 42.1%.

CONCLUSIONES: En este estudio se determinó que las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron el sangrado vaginal y dolor en hipogastrio. Dentro de los hallazgos ecográficos predominantemente fue el patrón en “panal de abeja”. El tratamiento más utilizado fue el legrado uterino y la mayoría de pacientes no contaron con seguimiento post – evacuación molar.

PALABRAS CLAVE: enfermedad trofoblástica gestacional, mola hidatiforme, características epidemiológicas, características clínicas.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the epidemiological and clinical characteristics of patients with gestational trophoblastic disease at the “Miguel Ángel Mariscal Llerena” Hospital in Ayacucho during 2021–2025.

MATERIALS AND METHODS: Descriptive, observational, cross-sectional, retrospective study. A total of 101 medical records were reviewed, of which 95 met the selection criteria. The information was recorded on a data collection form for subsequent processing in Excel and SPSS.

RESULTS: This study found that the most common epidemiological characteristics were the age groups 25–29 years and ≥ 40 years (21.1% each), cohabiting marital status (60%), urban origin (54.7%), secondary education (51.6%), two sexual partners (54.7%), and no history of medical conditions (92.6%). The most common gestational age was between 8 and 12 weeks (53.7%). Clinical manifestations included vaginal bleeding (83.2%) and lower abdominal pain (72.6%). Physical examination findings included vaginal bleeding (71.6%) and tenderness on palpation of the lower abdomen (57.9%). Regarding ultrasound findings, the “honeycomb” pattern was predominant at 93.7%, and laboratory findings showed a range of hCG levels from 10,001 to 100,000 mIU/mL in 28.4% of cases. The most commonly used treatment was uterine curettage (75.8%), and 66.3% of patients did not undergo follow-up. Multiparous women predominated (42.1%).

CONCLUSIONS: This study determined that the most frequent clinical manifestations were vaginal bleeding and lower abdominal pain. Among the ultrasound findings, the “honeycomb” pattern was the most frequent. The most commonly used treatment was uterine curettage. No follow-up was performed.

KEYWORDS: gestational trophoblastic disease, hydatidiform mole, epidemiological characteristics, clinical characteristics.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) comprende un conjunto de afecciones los cuales se derivan a partir de una anormal proliferación de tejido trofoblástico de la placenta como consecuencia de una fecundación anómala. En esta entidad tenemos a la mola hidatiforme (MH) y la neoplasia trofoblástica gestacional (NTG), dentro de esta última categoría se integra al coriocarcinoma, al tumor trofoblástico del sitio placentario y al tumor trofoblástico epitelioide. Debido a que esta patología posee un comportamiento biológico variable desde forma benignas hasta procesos con una alta capacidad invasiva y metastásica, lo que representa un problema importante por las complicaciones graves que pueda ocasionar. (1)

La epidemiología posee variabilidad de acuerdo a la región geográfica evaluada. Mientras en Europa y Norteamérica se registran tasas de 66 casos por cada 100 000 gestaciones, la frecuencia cambia drásticamente en el continente asiático; un ejemplo de ello es Indonesia, en donde los casos son aún mayores alcanzando 1754 casos por cada 100 000 nacimientos. (2)

En Perú la incidencia oscila entre 2.33 y 4.77 por cada 1000 embarazos, evidenciando que la enfermedad trofoblástica gestacional representa una patología relevante en nuestra realidad. (3)

La enfermedad trofoblástica gestacional posee importancia debido a su potencial de persistencia, malignización y metástasis. El 10 y 30 % de los casos puede evolucionar a enfermedad trofoblástica persistente aumentando la morbimortalidad materna. (4)

Las manifestaciones clínicas de la ETG suelen incluir sangrado vaginal, dolor a nivel de hipogastrio, hiperémesis gravídica, entre otros. Entre los hallazgos laboratoriales el aumento de la hormona gonadotropina coriónica humana subunidad beta (β -hCG). Estas manifestaciones clínicas y laboratoriales resultan esenciales para el diagnóstico y manejo oportuno. Siendo esto de vital relevancia para disminuir el riesgo de complicaciones en las pacientes.

En nuestro país los estudios relacionados a la ETG son muy limitados, mientras que en nuestra región Ayacucho no se cuenta con investigaciones respecto a esta patología, dificultando esta ausencia de información el conocimiento sobre la magnitud real del problema y establecer comparaciones con otras regiones del Perú. Además, también se ve afectado el fortalecimiento de estrategias para el diagnóstico temprano y posterior manejo oportuno de nuestra población.

En ese contexto, el presente trabajo adquiere importancia clínica, social, científica debido a que permitirá identificar las características epidemiológicas, clínicas diagnósticas, clínicas terapéuticas y antecedentes obstétricos de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante el 2021-2025. Asimismo, los resultados contribuirán a fortalecer el conocimiento local sobre esta patología; servirá como referencia para futuras investigaciones.

El presente trabajo sobre las **“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TROFLOBLÁSTICA GESTACIONAL EN EL HOSPITAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2021-2025”** está constituido por los siguientes capítulos:

CAPÍTULO I: Encontraremos el planteamiento y formulación del problema como también detallamos la justificación y presentamos los objetivos de estudio.

CAPÍTULO II: Abarcamos el marco teórico, los antecedentes y bases teóricas científicas sobre la enfermedad trofoblástica gestacional.

CAPÍTULO III: Se exponen las variables con su operacionalización correspondiente.

CAPÍTULO IV: Detallamos la metodología, incluyendo el tipo y diseño de estudio, población, técnicas e instrumento de recolección de datos, así como también los aspectos éticos, análisis y procesamiento de datos.

CAPÍTULO V: Presentamos los resultados obtenidos por medio de cuadros y gráficos, explicando cada variable; comparamos nuestros datos obtenidos con otros estudios similares con los cuales desarrollamos las respectivas discusiones.

CAPÍTULO VI: Finalmente desarrollamos las conclusiones y recomendaciones.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	2
DEDICATORIA.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I.....	12
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	14
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	14
1.3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	14
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	14
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.4.1. JUSTIFICACIÓN.....	15
1.4.2. IMPORTANCIA.....	16
CAPÍTULO II.....	17
MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. ANTECEDENTES	17
2.2. BASES TEÓRICAS CIENTÍFICAS.....	27
2.3. DEFINICIONES OPERACIONALES.....	37
CAPÍTULO III.....	39
HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	39
3.1. VARIABLES.....	39

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	40
CAPÍTULO IV.....	41
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	41
4.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	41
4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
4.3.1. POBLACIÓN.....	42
4.3.2. MUESTRA.....	42
4.3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	42
4.3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	42
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
4.5. PROCEDIMIENTO	43
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	43
4.7. ASPECTOS ÉTICOS	44
CAPÍTULO V.....	45
RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	45
5.1. RESULTADOS.....	45
5.2. DISCUSIONES.....	55
CAPÍTULO VI.....	61
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	61
6.1. CONCLUSIONES.....	61
6.2. RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS	72
ANEXO 01. OTROS RESULTADOS.....	72
ANEXO 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	74

ANEXO 03: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	76
ANEXO 04: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	79
ANEXO 05: CARTA DE ACEPTACIÓN DE ASESORÍA	82

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) son un grupo de procesos patológicos interrelacionados que se originan a partir de la placenta. Es un conjunto de alteraciones celulares originadas por un crecimiento y desarrollo anómalo del trofoblasto después de una fertilización inadecuada. La enfermedad trofoblástica gestacional incluye a la mola hidatiforme: mola hidatiforme completa (MHC) y mola hidatiforme parcial (MHP) y a la neoplasia trofoblástica gestacional; esta última está comprendida por el coriocarcinoma, el tumor trofoblástico epitelioides y el tumor trofoblástico del sitio placentario. (1)

La epidemiología de la enfermedad trofoblástica gestacional aún no está muy clara. Los estudios epidemiológicos han registrado datos que reportan gran variabilidad en distintas regiones respecto a la incidencia de esta patología. (2)

Europa y Norteamérica mostraron tasas intermedias de enfermedad trofoblástica gestacional; como, por ejemplo; 66 por cada 100 000 embarazos en Italia y 121 en Estados Unidos. En contraste con Alaska (389 por cada 100 000 partos) y Hawai (460 por cada 100 000 nacimientos vivos) lugares donde se registraron proporciones significativamente más altas. Los datos de los países asiáticos muestran una marcada variabilidad, con tasas que van desde 81 por cada 100 000 embarazos en un estudio realizado en China hasta 1754 por cada 100 000 partos en Indonesia. En el Oriente Medio, las tasas variaron entre 320 y 580 por 100 000 embarazos. En relación a Latinoamérica, un estudio realizado en

Paraguay reportó la tasa más baja de ETG observada en cualquier región latina, con 23 por cada 100 000 embarazos, mientras que otro estudio de Brasil encontró una tasa significativamente alta de 465 por cada 100 000 embarazos. (2)

Como podemos notar la incidencia y prevalencia de la enfermedad trofoblástica gestacional varía con respecto a la zona geográfica; la incidencia es mayor en Asia respecto a los continentes de Europa y América, en la región de Latinoamérica la incidencia es aproximadamente 4.6 por cada 1000 embarazos. En Perú la incidencia oscila de 2.33 a 4.77 por cada 1000 embarazos. (3)

De la ETG la mayoría de los casos son mola hidatiforme completa (80%), 15% son mola hidatiforme parcial y 5% son coriocarcinomas. La MHC es más frecuente que la MHP. (1) Según investigaciones realizadas se ha encontrado que, en América del Norte, Nueva Zelanda, Australia y Europa, la mola hidatiforme ocurre en una tasa de entre 0.57 y 1.1 por cada 1000 gestaciones. En cambio, en Japón y el sudeste asiático, los estudios sugieren que la incidencia podría ser de hasta 2 por cada 1000 embarazos. (5)

En Norteamérica y Europa, la mola hidatiforme tiene una incidencia de 1 a 3 por cada 1000 embarazos y en México de 2.4 por cada 1000 embarazos. Entre el 10 - 30% se complican con enfermedad gestacional trofoblástica persistente. (6)

Dentro de las neoplasias trofoblásticas gestacionales tenemos que la incidencia de coriocarcinoma es alrededor de 3 por cada 100 000 partos en Europa y América del Norte, mientras que en el sudeste asiático es de aproximadamente 23 por cada 100 000 nacimientos. Este riesgo aumenta conforme aumenta la edad materna. El tumor trofoblástico epitelioides y el tumor trofoblástico del sitio placentario son condiciones extremadamente raras, y la mayoría de los casos se diagnostican mucho tiempo después de embarazos no molares. La incidencia del primero es de aproximadamente 1 por cada 100 000 partos, mientras que la incidencia del tumor trofoblástico del sitio placentario es de aproximadamente 0.1 por cada 100 000 partos. (4)

En nuestra región no hay estudios referentes a la enfermedad trofoblástica gestacional, por eso es importante conocer las características epidemiológicas y clínicas de esta patología y poder obtener datos representativos de nuestra región

que permita realizar comparaciones con la realidad de otras regiones del Perú. Asimismo, los datos obtenidos permitirán realizar un diagnóstico precoz y mejorar el manejo en el Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2021-2025?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Cuáles son las características epidemiológicas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2021-2025?

¿Cuáles son las características clínicas diagnósticas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2021-2025?

¿Cuáles son las características clínicas terapéuticas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2021-2025?

¿Cuáles son los antecedentes obstétricos de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2021-2025?

1.3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2021-2025.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características epidemiológicas de pacientes con enfermedad

trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2021-2025.

- Determinar las características clínicas diagnósticas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2021-2025.
- Determinar las características clínicas terapéuticas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2021-2025.
- Identificar los antecedentes obstétricos de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2021-2025.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional engloba un espectro de alteraciones poseen ciertas características particulares. Esta enfermedad requiere ser caracterizada y tener una vigilancia clínica adecuada debido al gran impacto que puede generar en la persona que la presente, pues tienen capacidad de malignizar y metastatizar. La incidencia de este grupo de patologías a nivel mundial es diversa, varía de acuerdo a la región geográfica siendo en los países orientales mayor respecto a los occidentales. Existen pocos estudios sobre las características clínicas y epidemiológicas en relación a esta entidad en nuestro país y más relevante aún que no contamos con ningún estudio en la región de Ayacucho, por tal motivo es de relevancia conocer las características clínicas de esta enfermedad en nuestra región y contar con datos epidemiológicos actuales de la enfermedad trofoblástica gestacional, la información obtenida nos permitirá conocer la realidad de esta patología en el Hospital Regional de Ayacucho para así poder mejorar el diagnóstico y manejo.

Este estudio contribuye también con la actualización de los datos como es la frecuencia de los factores relacionados a esta entidad para así poder tomar medidas preventivas como diagnósticas adecuadas, así mismo nos permitirá

contrastar nuestros resultados con estudios similares a nivel nacional e internacional.

1.4.2. IMPORTANCIA

Nos permitirá conocer la realidad de esta entidad y tomar medidas para mejorar el seguimiento de esta patología y de esta manera contribuir en la salud de la paciente y evitar posibles complicaciones debido a la capacidad de malignización de esta patología.

Servirá también como precedente a futuros trabajos de investigación relacionados al tema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Para la delimitación de las antecedentes internacionales y nacionales de este presente estudio se requirió una flexibilización en el criterio preferente de cinco años de antigüedad acerca de la revisión de información. Esta medida responde a que el tema del estudio analizado constituye una línea de investigación con escasos reportes previos recientes en la literatura académica y médica. Por lo cual, con el fin de evitar un sesgo por omisión y garantizar un marco comparativo de manera sólida para la posterior discusión de los resultados, se incluyeron los trabajos de investigación de mayor antigüedad que conservan plena validez metodológica y representan el estado del arte disponible para esta temática estudiada.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Correa L et al (Chile, 2024) en su estudio “Caracterización de enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital de Talca, 2013-2022”. **Objetivos:** Caracterizar clínica y epidemiológicamente a las pacientes diagnosticadas con embarazo molar en el Hospital Regional durante el periodo 2013-2022. **Metodología:** Estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal. Los datos para este estudio fueron recolectados de la base de datos del Servicio de Oncología Ginecológica del Hospital de Talca, donde se obtuvieron una muestra de 100 pacientes. **Resultados:** Se observó predominio de casos en las mujeres con rango de edad 25-30 años (26%). Los principales síntomas fueron metrorragia en un 67%, dolor abdominal o hipogástrico en un 40% y náuseas y vómitos en un

7%. El tratamiento principal realizado fue de aspiración uterina que comprende tanto a la aspiración endouterina, así como al legrado (92%), un 66% de las pacientes recibió solamente como tratamiento la aspiración uterina y un 26% asociado con quimioterapia. Tipo de mola más predominante fue la mola parcial 54% (n = 54), mola completa 36% (n = 36), continuándose con mola invasora 6% (n = 6), y 4% (n = 4) coriocarcinoma. **Conclusiones:** La falta de estudios epidemiológicos a nivel nacional complica la obtención de datos de manera precisa acerca de la incidencia, las características clínicas y el tipo de ETG. Es necesario realizar más estudios que permitan recolectar información actualizada y detallada sobre esta patología en diferente grupo de poblaciones. (7)

Ayala A & Gutiérrez L (El Salvador,2022) su estudio “Caracterización epidemiológica y clínica de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional San Juan De Dios De San Miguel en el periodo de enero 2017 a diciembre 2021”. **Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en enero 2017 a diciembre 2021.**Metodología:** Tipo descriptivo de corte transversal y retrospectivo, la muestra estuvo conformada por 84 pacientes con el diagnóstico en mención, para la recopilación de información se utilizó el expediente clínico de las pacientes en el análisis y procesamiento de los datos se utilizó el programa Excel. **Resultados:** En relación a la edad, la mayor cantidad de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional, 56% tenían entre 21 a 30 años; el 57% de las pacientes provenían del área urbana; solo el 1% presentan antecedente de mola previa; con referencia al tipo de ETG el 99% fue mola hidatiforme completa, 1% la de tipo parcial y ninguna paciente presentó coriocarcinoma; por otro lado el 65 % eran nulíparas; en cuanto a los niveles de β -hCG, de las paciente el 82% presentó nivel de β -hCG entre 51-100 000 mUI/ml, sobre los controles, el 93% de ellas sí asistieron a sus controles post-evacuación. **Conclusiones:** Entre las características relevantes encontradas en el estudio fueron: La edad con rango más frecuente fue entre 21 a 30 años, 6 a 12 semanas de edad gestacional, primera gestación, valor de β -hCG entre 51 000 a 100 000 mUI/ml, tratamiento

más usado fue el procedimiento quirúrgico, asistieron a sus controles post-evacuación el mayor porcentaje de pacientes. (8)

Carpio A & Rojas G (Ecuador, 2021) en su estudio titulado “Características clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2021”. **Objetivo:** Determinar las características clínicas de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional ingresadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, entre 2016-2019. **Metodología:** Es un estudio descriptivo, se identificó a todas las pacientes con el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional entre 2016 -2019 en la base de datos digital del Departamento de Ginecología y Obstetricia donde obtuvieron un total de 39 personas, pero solo se estudiaron a 34 ya que 5 no contaban con reporte histopatológico. **Resultados:** La edad promedio fue de 24.5 años, siendo más frecuente en el rango etario entre 20-34 años (67.6%). De las pacientes estudiadas el estado civil más frecuente fue de la unión libre en un 41.2%, en cuanto al antecedente de paridad, lo más frecuente fueron las nulíparas en un 47.1% y el antecedente de aborto fue en 20.6%. La edad gestacional se concentró en las primeras 12 semanas con un 70.6, siendo la clínica más frecuente la hemorragia transvaginal con un 76.5%. De 34 pacientes estudiados casi la mitad de las pacientes (47%) reporto niveles de β -hCG que superaban los 100 000 mUI/ml y la forma más frecuente de la enfermedad trofoblástica gestacional fueron las molas hidatiformes completas en un 52.9%, mola parcial 23.6% y 8.8% de coriocarcinoma. **Conclusiones:** El rango de edad con más prevalencia para esta patología se situó entre los 20 a 34 años y en más del 75% de las pacientes estudiadas presentaron sangrado transvaginal como manifestación clínica más frecuente. (9)

López C & Tzirin H (Guatemala, 2018) en el estudio “Caracterización sociodemográfica, clínica y terapéutica de pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional” **Objetivo:** Determinar las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional de pacientes del Hospital Regional de Escuintla y

Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, entre 2013-2017. **Metodología:** Tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se incluyeron todos los casos con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional siendo un total de 108 pacientes. **Resultados:** Entre las características sociodemográficas: el rango de edad más frecuente entre 15-22 años, estado civil soltera (74.1%), grado de instrucción primaria (52.8%). Los antecedentes obstétricos fueron: nulíparas (45.4%), no abortos previos (88.9%), no embarazo molar previo (97.2%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: hemorragia vaginal como motivo de consulta (54.6%) y al examen físico (67.6%), con respecto a la edad gestacional se encontraba en el primer trimestre (57.4%), seguido del segundo trimestre (40.7%); en cuanto a los niveles séricos de β -hCG superaron a 100 000 mUI/ml (53.7%). El tratamiento más utilizado fue el de aspirado endouterino (81.5%); con relación a la clasificación histopatológica lo más frecuente fue el de la mola hidatiforme completa (85.2%), continuado por mola hidatiforme parcial (13%), por último, solo 1.9% presentaron coriocarcinoma. **Conclusiones:** Entre las características sociodemográficas se reportó una mediana de 23 años para la edad materna, identificando que la mayoría de pacientes eran solteras y que contaban únicamente con nivel de educación primaria. En los antecedentes obstétricos, casi la mitad de las mujeres eran primigestas e igual proporción multíparas, destacando que la mayor parte no registraba antecedentes de gestación molar previa. Las manifestaciones clínicas en más de la mitad de las pacientes fue la hemorragia vaginal. El protocolo diagnóstico se basó en combinación de ecografía confirmatoria, cuantificación de β -hCG e informe anatomopatológico Finalmente, el aspirado manual endouterino (AMEU) se consolidó como el principal tratamiento de elección en más del 75% de la población, sobre la histopatología 9 de cada 10 pacientes presentaron mola hidatiforme completa. (10)

Díaz D(Colombia,2018) en su estudio “Características clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional, Clínica Maternidad Rafael Calvo (enero 2007 a mayo 2018)”. **Objetivo:** Identificar las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional en la clínica

de maternidad Rafael Calvo durante el periodo de enero 2007 a mayo 2018. **Metodología:** Estudio tipo descriptivo retrospectivo, se hizo uso del estadístico Epidat una vez obtenido los datos correspondientes de las historias clínicas de las pacientes, cuya población fue de 109 pacientes con diagnóstico histopatológico de enfermedad trofoblástica. **Resultados:** El 5.5% contaban con antecedente de enfermedad trofoblástica; la manifestación clínica que predominó fue el sangrado vaginal con un 68%; el tipo de enfermedad trofoblástica gestacional que prevaleció fue la mola incompleta 71.6%, seguida por mola completa 28.4%, no se encontró casos de coriocarcinoma. Entre los hallazgos ecográficos tenemos; 69.7% compatible con patrón en “panal de abejas”; 4.8% aborto incompleto. Respecto al manejo se realizó legrado uterino maduración y curetaje en 69.9% y aspiración manual endouterino 33.1%. **Conclusiones:** Se presentaron diversos casos en los que la sospecha clínica inicial no era un embarazo molar; por lo tanto, para efectuar un diagnóstico adecuado, es fundamental no solo considerar las características clínicas, sino también imagenológicas y laboratoriales. En este estudio consideran que la imagen típica en “panal de abeja” sigue siendo el hallazgo más distintivo y de alta sospecha para la ETG y resaltan la importancia de un diagnóstico precoz para evitar las futuras complicaciones de la enfermedad trofoblástica. (11)

Guevara CG (El Salvador, 2018) en su trabajo de investigación “Perfil epidemiológico y clínico en pacientes con diagnóstico de enfermedad gestacional del trofoblasto en Hospital Nacional De La Mujer entre Julio 2015 a Julio 2016”. **Objetivo:** Conocer el perfil clínico y epidemiológico en pacientes con diagnóstico de Enfermedad gestacional del trofoblasto en Hospital Nacional de Mujer durante Julio 2016. **Metodología:** Tipo descriptivo de corte transversal, retrospectivo; la muestra fue igual al universo, 123 pacientes que tuvieron como diagnóstico de egreso la enfermedad trofoblástica gestacional, la fuente de información fueron los expedientes de las pacientes con dicho diagnóstico, las informaciones del expediente clínico fueron procesados en el programa Excel 2016. **Resultados:** El mayor porcentaje 62.5% de las pacientes con diagnóstico de enfermedad gestacional del trofoblasto tenían entre 20 a 29 años; el estado civil más frecuente

fue la unión libre con un 71%, respecto a la paridad el mayor porcentaje 46% eran nulíparas; así mismo solo 6 de las 123 pacientes presentaban antecedente de mola, en cuanto a los niveles de β -hCG cuantitativa sérica el 15% de las pacientes presentaron un resultado <1000 mUI/ml, 19% entre 1000 a 10 000 mUI/ml, 30% entre 10 000 a 100 000 mUI/ml y el 27% mayor a 100 000 mUI/ml. Sobre la anatomopatológica, el 56% fueron mola hidatiforme (tanto parcial como completa), abortos hidrópicos 5%, mola invasora 3% y un único caso de coriocarcinoma. **Conclusiones:** Se observó que la enfermedad trofoblástica gestacional se presentó con mayor frecuencia en mujeres de 20 a 29 años y en cuanto a su estado civil el mayor porcentaje se encuentran en unión libre. En relación al perfil clínico; incluye mayormente a pacientes nulíparas, que no poseen ni antecedente de aborto ni embarazo molar previos. Los niveles de β -hCG que presentan la mayoría de las pacientes se encuentra entre 10 000 y 100 000 mUI/ml. En relación con el resultado histopatológico, se identificaron alteraciones trofoblásticas en el 56% de las pacientes, ya sean mola completa o parcial, y solo 1 caso coriocarcinoma. (12)

Jagtap SV et al (India, 2017) su trabajo de investigación titulado “Enfermedad trofoblástica gestacional: estudio clínico-patológico en un hospital de tercer nivel”. **Objetivo:** Estudiar las características clinicopatológicas y la prevalencia de diferentes formas de enfermedad trofoblástica gestacional. **Metodología:** Tipo descriptivo, observacional y analítico, y se realizó en el Hospital Krishna y Centro de Investigación Médica, Universidad KIMS, Karad, Maharashtra, India; entre mayo de 2012 y abril de 2016. La muestra estuvo conformado por 77 casos, para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS. Fueron incluidos todos los casos con sospecha clínica de enfermedad trofoblástica gestacional, la cual se confirmó a través de estudios histopatológicos. **Resultados:** La prevalencia de la enfermedad trofoblástica fue de 4 por cada 1000 partos, el 96.10% fueron molas hidatiformes, solo uno fue coriocarcinoma; el 57.14% de las pacientes tenían entre 20 a 25 años. La presentación clínica más común fue el sangrado vaginal 94.80%; dolor 62.34%. En la mayoría de casos (53.25%) los niveles de β -hCG fue de 50 000 a 100 000 mUI/ml. **Conclusiones:** La mola hidatiforme mostró una mayor

prevalencia en comparación con otras formas de enfermedad trofoblástica gestacional. En este estudio, predominó la mola hidatiforme completa. Los niveles séricos de β -hCG resultaron ser los más sensibles y específicos para su diagnóstico. Es crucial realizar un seguimiento de pacientes para identificar de manera temprana tumores trofoblásticos malignos y disminuir la tasa de mortalidad. (13)

ANTECEDENTES NACIONALES

Talledo A & Vicente D (Trujillo, 2021) cuyo estudio titulado “Características epidemiológicas y obstétricas de la mola hidatiforme los años 2005 - 2019. Hospital Regional Docente de Trujillo”. **Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas y obstétricas de la mola hidatiforme durante los años 2005-2019 en el Hospital Regional Docente de Trujillo. **Metodología:** Es un estudio observacional y descriptivo, con una muestra de 172 historias clínicas con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional. **Resultados:** La frecuencia de embarazo molar correspondió al 0.3% del total de pacientes, entre las características epidemiológicas fueron: la edad materna en el rango etario entre 20 a 29 años (42.4%), estado civil conviviente (70.4%), el grado de instrucción de secundaria (52.3%) y en cuanto al lugar de procedencia fue el de área urbana (86.6%). Las características obstétricas fueron las siguientes: gestantes no nulíparas (67.4%), edad gestacional entre la primera y doceava semana (61%) y no antecedentes de aborto (69.2%). **Conclusiones:** El embarazo molar tuvo una proporción de 0.3% en pacientes atendidas, las características epidemiológicas que predominaron fueron: el grupo etario entre 20 a 29 años, estado civil conviviente, grado de instrucción secundaria y lugar de procedencia urbano. Las características obstétricas más frecuentes fueron de pacientes no nulíparas, edad gestacional entre 1 y 12 semanas y no antecedentes de aborto. (14)

Huamán D (Huancayo, 2019) cuyo estudio titulado “Características de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes del Hospital El Carmen Huancayo 2015-2018”. **Objetivo:** Identificar las características de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes del Hospital Regional Docente Materno

Infantil “El Carmen” en el periodo 2015 al 2018. **Metodología:** Estudio descriptivo. La muestra fue igual al de la población, 61 pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional. **Resultados:** Las características demográficas fueron: el rango de edad más frecuente fue el de 18-30 años (42.6%), procedencia mayoritariamente del área urbana (72.1%), de condición multíparas (34.4%), antecedente de aborto (50.8%) y número de abortos 1 (42.6%). Las manifestaciones clínicas más predominantes fueron: el dolor en hipogastrio en 85.2%, seguido de sangrado vaginal en 77%, náuseas y vómitos en 59%, altura uterina discordantes en 14.8% y se concentró el 52.5% de los casos en la edad gestacional de 8 a 12 semanas. En cuanto al tratamiento elegido en el 95.1% de las pacientes fue el legrado uterino. **Conclusiones:** El intervalo de edad con mayor predominancia fue de 19 a 30 años y los hallazgos clínicos más comunes fueron el sangrado por vía vaginal seguido de dolor en hipogastrio y náuseas y vómitos. (15)

Humpiri M (Arequipa, 2013) con el estudio titulado “Características Epidemiológicas y Clínicas de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 - 2011”. **Objetivo:** Identificar las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes diagnosticadas de Enfermedad Trofoblástica Gestacional atendidas en el Hospital III Goyeneche de Arequipa en el período 2007 - 2011. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se estudiaron 35 historias clínicas. **Resultados:** Las características epidemiológicas principales fueron: La edad promedio fue de 28.9 años con rango de edad de 25-29 (25.7%), procedencia de área urbana (60%), primigestas (34.3%) y nulíparas (40%). Los hallazgos clínicos reportaron un claro predominio de diagnósticos dentro del primer trimestre de gestación (80%), siendo los síntomas principales el dolor hipogástrico en 80% y la pérdida hemática vaginal en 77.1%. Al examen físico se reveló la presencia de sangrado vaginal (62.9%) y la desproporción de altura uterina (48.6%). Dentro del laboratorio, los hallazgos fueron que la β -hCG tuvo un promedio de 167 410 mUI/ml, un valor mínimo de 36 mUI/ml y un valor máximo de 500 000 mUI/ml. Los hallazgos ecográficos fueron una imagen en “panal de abejas” (85.7%) y ausencia fetal en un 45.7%. El

tratamiento quirúrgico más realizado fue el AMEU en un 80%. No se pudo precisar bien la evolución de los pacientes en 45.7% por falta de seguimiento. Los hallazgos anatomopatológicos informaron que el 57.1% fueron de mola completa, seguido de 40% mola parcial y un 2.9% de coriocarcinoma. **Conclusiones:** Las principales expresiones clínicas que predominaron fueron el sangrado por vía vaginal y la presencia de dolor en hipogastrio. En relación al tratamiento de elección se realizó de manera individualizada según la gravedad de cada paciente, abarcando procedimientos como el AMEU, legrado uterino instrumental o la histerectomía abdominal total. La mayoría de las pacientes no presentaron complicaciones después del tratamiento. (16)

Albinagorta O & Saona U(Lima,2013) en su trabajo de investigación “Enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Aspectos epidemiológicos y clínicos”. **Objetivo:** evaluar aspectos clínicos y epidemiológicos de pacientes con Enfermedad Trofoblástica Gestacional atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Nacional Cayetano Heredia entre enero de 1981 y diciembre de 1990.**Metodología :** es un estudio observacional, retrospectivo, transversal tipo descriptivo; se identificó originalmente a 134 pacientes con diagnóstico tanto clínico, ecográfico o anatomopatológico de enfermedad trofoblástica gestacional de estas fueron excluidas 21.**Resultados:** El 60.18% de los casos estuvieron entre el rango de edad de 21 a 35 años, respecto a las manifestaciones clínicas de ingreso se reportó que 90.26% tuvieron ginecorragia y el 39.82% tuvo altura uterina discordante en relación al tiempo de amenorrea; en cuanto a los hallazgos ecográficos previas a la evacuación en 8 de las pacientes se encontró quistes tecaluteínicos; así mismo en los hallazgos laboratoriales se obtuvo los valores de β -hCG antes de la evacuación en 62 pacientes de las cuales 39 fueron por inmunofluorescencia y 23 por orina de 24h; de las que se tomó la muestra sanguínea el 53.85% presentaron valor $> 100\ 000$ UI/l. Tratamiento el legrado endouterino se realizó en 76.8%, 15.20% histerectomía radical, acerca del seguimiento se realizó el control de β -hCG post-evacuación en 62.83% de las pacientes de estas la caída de los valores fue adecuado en 52.11% mientras que

23.94% mostraron niveles persistentes de β -hCG. **Conclusiones:** A pesar de que la frecuencia de esta patología no fue muy alta durante los 10 años de investigación en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, se concluyó que las pacientes de edad avanzada constituyen un grupo de alto riesgo para desarrollar la ETG. Al analizar el cuadro clínico, este estuvo encabezada por la hemorragia vaginal y la discordancia entre la altura uterina y el tiempo de amenorrea. (17)

Castro NG (Lima, 2007) en su estudio titulado “Estudio de las características clínicas - epidemiológicas de la enfermedad del trofoblasto gestacional en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los años 2001-2005”. **Objetivo:** identificar las características clínicas - epidemiológicas de la enfermedad del trofoblasto gestacional en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los años 2001 al 2005. **Metodología:** Con un enfoque retrospectivo, transversal y descriptivo. El estudio evaluó a una población inicial que abarcó 523 pacientes con el diagnóstico de enfermedad del trofoblasto gestacional, pero solo 349 casos contaban con la confirmación mediante el estudio de Anatomía Patológica. **Resultados:** Entre las características generales fueron las más frecuentes: el grupo etáreo de 20-34 años(63.9%), la edad gestacional menor a 12 semanas(49.9%), grado de instrucción secundaria(77.9%), estado civil conviviente(58.7%), En relación a los antecedentes, la paridad lo más frecuente fueron las nulíparas(56.7%), los antecedentes obstétricos fueron un antecedente de aborto(20.9%) y los antecedentes patológicos se encontraron un porcentaje bajo de estas(4.9%), pero con mayor frecuencia la tuberculosis pulmonar(1.4%). Dentro de los hallazgos clínicos tenemos a la hemorragia uterina de intensidad leve (86%), discordancia entre altura uterina y el tiempo de amenorrea en casi la mitad de los casos (47%). Asimismo, a nivel laboratorial, la cuantificación sérica β -hCG arrojó valores que superaban las 100 000 mUI/ml (35.5%). Entre los hallazgos ecográficos, la presencia de quistes luteínicos (5.2%), con diagnóstico compatible de ETG (86.8%). En el estudio histopatológico lo más frecuente fueron las molas completas (73.6%). El tratamiento más realizado fue legrado uterino (77.7%) seguido de AMEU (9.2%). **Conclusiones:** Se observó que la mayoría de casos corresponden a una patología benigna, las molas completas. Se

encontraron porcentajes bajos en los antecedentes patológicos y bajo nivel de instrucción. (18)

ANTECEDENTES REGIONALES:

Actualmente en nuestra región se evidencia una ausencia de literatura científica enfocada en la enfermedad trofoblástica gestacional, lo que limita la comprensión detallada de esta entidad nosológica en nuestra población local.

2.2. BASES TEÓRICAS CIENTÍFICAS

1) Enfermedad trofoblástica gestacional

Definición

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) engloba una serie de trastornos que se distinguen por el crecimiento y desarrollo anómalo del trofoblasto tras una fertilización defectuosa. Esta entidad comprende tanto tumores malignos como benignos; la ETG puede desarrollarse semanas o incluso años después de cualquier embarazo, aunque es más frecuente tras un embarazo molar. Si no se trata, la ETG puede diseminarse y conllevar a la muerte. (19)

Estas alteraciones generan cambios en las concentraciones de gonadotropina coriónica humana (β -hCG), la cual actúa como un marcador no solo para el diagnóstico si no también es útil para el pronóstico y seguimiento de la actividad tumoral, así como para evaluar la respuesta al tratamiento.

Clasificación:

Histológicamente la ETG se divide en dos grandes grupos: mola hidatiforme (contienen vellosidades) y otras neoplasias trofoblásticas (carecen de vellosidades); estas últimas son malignas o no molares.

- **Mola hidatiforme:** Este grupo comprende a la mola hidatiforme completa, mola hidatiforme parcial, mola hidatiforme invasiva.
- **Neoplasia trofoblástica gestacional:** Está comprendida por el coriocarcinoma, el tumor trofoblástico epitelioides y el tumor trofoblástico del sitio placentario.

MOLA HIDATIFORME

La mola hidatiforme (MH) es una condición dentro del grupo de trastornos

trofoblásticos del embarazo. Se caracteriza por un embarazo anómalo, donde ocurre una degeneración hidrópica de las vellosidades coriales y una proliferación trofoblástica, acompañada de un desarrollo embrionario, ese crecimiento exagerado de los trofoblastos vellosos con vellosidades quísticas "inflamadas" puede ser visible a nivel macroscópico durante el segundo trimestre, periodo en el que se desarrollan grupos de vesículas (similares uvas pequeñas) a partir de la transformación de las vellosidades coriónicas. (20)

Factores de riesgo del embarazo molar:

- Edad: diversos estudios concluyen que mujeres por debajo de los 16 años y mayores a 40 años presentan una incidencia considerablemente más elevada de gestación molar.
- Antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional siendo la incidencia de ETG en una segunda gestación entre el 1-2% y entre 15-25% en una tercera si ya se han tenido dos episodios previos.
- Etnia oriental.
- Antecedente de aborto espontáneo.
- Grupo sanguíneo ABO: mujer de grupo A con pareja de grupo O.
- Paridad.
- Factores dietéticos: las dietas deficientes en caroteno, folatos(B9).
- El tabaquismo también aumenta el riesgo de embarazo molar. (19)

Tipos de mola hidatiforme:

1) Mola hidatiforme completa

La mola hidatiforme completa se caracteriza por no presentar feto ni embrión, entre 90- 95% de los casos posee un cariotipo 46-XX. Esta alteración ocurre cuando un ovocito con un núcleo inactivo o que ha expulsado su pronúcleo es fecundo por un espermatozoide haploide, el cual duplica sus propios cromosomas sin la participación de los cromosomas de la madre. En 5% de los casos el ovocito inactivo puede ser fertilizado por dos espermatozoides haploides, uno con

cromosoma X y el otro Y. (21)

Macroscópicamente, la MHC está compuesta por vellosidades coriónicas marcadamente hidrópicas de distintos tamaños, estas le brindan un aspecto característico en "racimo de uva". A nivel microscópico, histológicamente, se visualiza vellosidades agrandadas y edematosas acompañadas con hiperplasia trofoblástica circunferencial, asimismo se evidencia la presencia de numerosas cisternas trofoblásticas en el centro de las vellosidades además de inclusiones de trofoblasto. El tejido fetal y los capilares vellosos están ausentes en las molas completas. En la mayoría de los casos se encuentra algún grado de atipia citológica y células activas mitóticamente. (22)

2) Mola hidatiforme parcial

Se produce cuando un ovocito que posee carga genética normal es fecundado por un espermatozoide con material genético duplicado o por dos espermatozoides. Como consecuencia, pueden resultar cariotipos 69-XXY (70%), 69-XXX (28%) o 69-XYY (3%). Genéticamente el tejido contiene tanto ADN materno como paterno. (21)

Morfológicamente presenta dos tipos de vellosidades; unas de gran tamaño, irregulares e hidrópicas y otras de menor tamaño que son fibrosas e inmaduras. La MHP posee tejido fetal; sin embargo, el feto no es viable. (21)

Patogénesis

Tras la fecundación, los trofoblastos son las primeras células en diferenciarse y forman la parte fetal de la placenta y contribuyen al suministro nutricional del embrión. Se reconocen tres tipos de células trofoblásticas: citotrofoblastos, sincitiotrofoblastos y trofoblastos intermedios. La proliferación anómala de estas células da origen a la enfermedad trofoblástica gestacional. Las alteraciones en los citotrofoblastos y sincitiotrofoblastos dan lugar a la mola hidatiforme y al coriocarcinoma mientras que los trofoblastos intermedios están relacionados con el tumor trofoblástico epitelioide.

Ambos tipos de mola, tanto la completa como la parcial, se originan por una proliferación excesiva de vellosidades coriónicas. Aún no se ha determinado con

certeza si la transformación trofoblástica causa la obliteración vascular y muerte del feto, o si, según otra hipótesis, la muerte fetal espontánea provoca la dismorfia vellosa y la proliferación trofoblástica. Diversos estudios muestran un grave déficit en la vasculogénesis en las enfermedades trofoblásticas, con un retraso notable en la angiogénesis en las molas completas tempranas, acumulación progresiva de líquidos y formación posterior de espacios quísticos(cisternas). (22)

Manifestaciones clínicas:

- Náusea y vómitos o hiperémesis gravídica (30 %).
- Hemorragia vaginal irregular (96 %).
- Restos molares, expulsión de vesículas (11 %).
- Tamaño uterino grande para la edad gestacional.
- Hipertiroidismo (7 %).
- Signos de preeclampsia o hipertensión gestacional (25 %).
- Signos de insuficiencia respiratoria, dolor torácico, disnea, taquipnea.
- Otros síntomas como mal estado general, dolor difuso y anemia. (23)

Diagnóstico:

1) Realizar una anamnesis adecuada.

2) Examen físico general: Buscar signos de preeclampsia, hipertiroidismo, insuficiencia respiratoria.

Examen ginecológico:

- Cérvix: Generalmente cerrado acompañado de sangrado que proviene de la cavidad uterina.
 - Útero: Tamaño uterino desproporcionado según la edad gestacional y de consistencia blanda.
- 3) Exámenes auxiliares:**
- Gonadotropina coriónica humana, unidad β , de la hCG (cuantitativo): Útil tanto para el diagnóstico como para el seguimiento.

En el contexto de la ETG, la hCG se considera el marcador tumoral ideal debido a su relación directa con la masa tumoral viable. A diferencia de un embarazo normal, donde los niveles alcanzan un pico hacia la semana 10 y luego descienden, en la ETG los niveles suelen ser desproporcionadamente altos para la edad gestacional (frecuentemente >100 000 mUI/ml). La hipersecreción de esta hormona se debe a la proliferación anómala e incontrolada del tejido trofoblástico. (24)

Niveles de hCG post-evacuación: Tras la evacuación de una mola, la vida media de la hCG es de aproximadamente 24 a 36 horas. En una evolución favorable, la curva de regresión debe mostrar un descenso logarítmico progresivo hasta alcanzar niveles indetectables (<5 mUI/ml). El tiempo promedio para la negativización varía según el tipo histológico:

- Mola hidatiforme parcial: Aproximadamente 7 a 9 semanas.
- Mola hidatiforme completa: Aproximadamente 9 a 11 semanas.

Cualquier desviación de esta curva de descenso (ya sea una meseta o un nuevo ascenso) es indicativo de persistencia de tejido trofoblástico activo. (24)

Criterios Diagnósticos de la FIGO basados en hCG:

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2000/2018) establece criterios estrictos para diagnosticar una neoplasia post-molar basándose exclusivamente en el comportamiento de la hormona, sin necesidad de confirmación histológica. Se diagnostica NTG si se cumple cualquiera de los siguientes:

- Meseta: Detección de niveles estables de hCG (variaciones menores al 10%) en cuatro mediciones durante tres semanas (días 1, 7, 14 y 21).
- Ascenso: Aumento de hCG (mayor al 10%) en tres mediciones continuas durante dos semanas (días 1, 7 y 14).
- Persistencia: Niveles detectables de hCG seis meses después de la evacuación molar, incluso si la curva es descendente. (25)

4) Ecografía Transvaginal:

La ecografía transvaginal es la primera prueba de imagen ante la sospecha de ETG. Dentro de los hallazgos ecográficos tenemos:

Mola Hidatiforme Completa:

- **Imagen en Escala de Grises:** Se describe clásicamente como una masa intrauterina ecogénica central que llena la cavidad, con múltiples espacios quísticos anecoicos de pequeño tamaño en su interior (patrón en "tormenta de nieve" o "panal de abejas").
- **Ausencia fetal:** No se visualiza embrión ni saco gestacional normal.
- **Ovarios:** Presencia de quistes tecaluteínicos (quistes grandes, multiloculados y bilaterales) en un 25-50% de los casos, secundarios a la sobreestimulación por niveles altos de β -hCG.

Mola Hidatiforme Parcial:

- **Placenta:** Se observa engrosada con espacios quísticos focales (cambios hidrónicos).
- **Feto:** A diferencia de la completa, aquí puede identificarse un feto o restos embrionarios, frecuentemente asociados a malformaciones o restricción del crecimiento intrauterino severo.
- **Signo del "Saco Vacío":** Puede presentarse como un saco gestacional con diámetro transversal aumentado pero vacío o con ecos amorfos.

5) Evaluación Doppler Color:

Es fundamental para evaluar la malignidad o invasión miometrial.

En la enfermedad invasiva (Mola Invasora o Coriocarcinoma), el Doppler muestra una vascularización miometrial intensa y desorganizada, con arterias que presentan flujos de baja resistencia y alta velocidad (debido a shunts arteriovenosos). (26)

6) Radiografía de tórax:

Para descartar presencia de enfermedad a distancia. (27)

Manejo:

Es importante el diagnóstico temprano, la evacuación oportuna y la vigilancia post evacuación además de distinguir entre las molas completas y las molas parciales para adaptar el tratamiento de manera secuencial y el seguimiento de las pacientes. Las gestaciones molares recurrentes o los tumores gestacionales predominan en las molas completas en comparación que las parciales. Es esencial la medición seriada de seguimiento de los niveles de β -hCG ante la posibilidad de que surjan tumores gestacionales. (28)

- **Terminación del embarazo molar:**

Cuando se desea preservar la fertilidad, la evacuación uterina mediante aspiración por succión y legrado constituye el tratamiento de elección para la terminación del embarazo molar. Asimismo, se recomienda iniciar una infusión de oxitocina al comienzo del procedimiento y mantenerla durante varias horas posteriores con el objetivo de favorecer la contractilidad uterina, favorecer la expulsión de restos tisulares y reducir el sangrado. Cuando el miometrio está contraído se realiza un curetaje completo.

Después del legrado, se administra la inmunoglobulina anti-D a pacientes que son Rh D negativas debido a que los tejidos fetales con una mola parcial pueden incluir glóbulos rojos con antígeno D. Ante la sospecha de mola completa se manejan de manera similar porque un diagnóstico definitivo del tipo de mola puede no confirmarse hasta la evaluación histológica de los productos evacuados. (29)

En pacientes con paridad satisfecha, la histerectomía es una opción terapéutica, ya que además de facilitar la evacuación uterina, contribuye a disminuir la necesidad de quimioterapia posterior al reducir el riesgo de invasión miometrial. Asimismo, puede disminuir hasta 50% la probabilidad de ETG persistente; sin embargo, no previene el desarrollo de metástasis (30)

- **Vigilancia post evacuación**

El control post evacuación se realiza a través de la medición seriada de β -hCG en suero. El valor del nivel inicial de β -hCG se obtiene a las 48 horas posterior de la evacuación, esto nos servirá como una línea base que se compara con las cuantificaciones posteriores de β -hCG. Se realizará mediciones semanales de β -

hCG hasta dos semanas posteriores de que esta se normalice. Después, se deben realizar mediciones mensuales entre 2 a 6 meses y posterior 2 meses por seis meses más después de que los niveles de β -hCG lleguen a normalizarse. Es importante recomendar un método anticonceptivo confiable a las pacientes durante al menos 6 meses posteriores a la normalización de la β -hCG. Después de esto se interrumpe el monitoreo y se permite el embarazo. (29,30)

2) NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Definición

La neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) comprende un grupo de enfermedades que se originan por una proliferación anormal del tejido trofoblástico, pudiendo presentarse después de un embarazo normal o de un embarazo molar. Se caracteriza por la capacidad invasiva del tejido trofoblástico sobre el miometrio y por su alto potencial de diseminación hematológica, con posibilidad de metastatizar hacia otros tejidos (31)

Hallazgos clínicos

Más del 50% de las pacientes con NTG no presentan manifestaciones clínicas y que el diagnóstico solo se realiza según concentraciones séricas de hCG estancadas o que estén en aumento medidas durante el seguimiento post-molar después de la evacuación uterina, Las pacientes con manifestaciones clínicas presentan el útero agrandado, sangrado vaginal que puede ser continuo o intermitente, con hemorragia repentina y a veces masiva y la persistencia de quistes de la teca lútea en los ovarios que son sugestivos de NTG post- molar. Las metástasis de NTG se producen por diseminación hematológica a los pulmones (80%), vagina (30%), cerebro (10%) e hígado (10%).

Diagnóstico

Ante la sospecha de un diagnóstico de NTG, se debe evaluar las posibles metástasis y los factores de riesgo. Es importante una historia clínica detallada y un examen clínico cuidadoso, además de otros exámenes como hemograma completo, factor Rh, pruebas de coagulación, función hepática y renal, niveles séricos de β -hCG. Siendo la medición de β -hCG, el pilar fundamental de la NTG

post-molar así como los criterios diagnósticos que son los siguientes:

1. Meseta del nivel de β -hCG en el suero (10%) para 4 mediciones durante un periodo de 3 semanas más en los días 1,7,14 y 21
2. Aumento del nivel de β -hCG en el suero mayor a 10%, durante 3 mediciones semanales consecutivas o más, durante el periodo de 2 semanas a más, días 1, 7 y 14.
3. El nivel de β -hCG en suero permanece durante más 6 meses o más.

Criterios histológicos para el coriocarcinoma

También se pueden usar estudios de imágenes para evaluar los sitios comunes de metástasis, siendo la tomografía computarizada el método más adecuado. (32) Se utilizan dos sistemas para clasificar a los pacientes con neoplasia trofoblástica gestacional. Ambos sistemas se correlacionan con los resultados clínicos e identifican a los pacientes en riesgo de fracaso del tratamiento.

Estadificación

Desde el año 2000, la FIGO propuso un sistema de estadificación clínica de la neoplasia trofoblástica gestacional que solo tiene en cuenta el desarrollo de metástasis y el lugar en que se desarrollan no considerando otros factores de riesgo.

Dentro de la estadificación clínica tenemos:

- Estadio I: Enfermedad confinada al útero.
- Estadio II: Se extiende fuera del útero, pero se limita a las estructuras genitales (vagina, ligamento ancho, anexos)
- Estadio III: Se extiende hacia los pulmones con o sin afectación del tracto vaginal.
- Estadio IV: Comprende los demás lugares metastásicos. (32)

Puntuación-pronóstico

Está basada en factores de riesgo e incluidos inicialmente en la estadificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aceptadas en el 2000 por la FIGO, con una última actualización en el 2015. Permite determinar si la paciente tiene alto o bajo riesgo de no tener respuesta al tratamiento con la monoterapia. Los

factores de riesgo son ocho y cada uno puede recibir una puntuación de 0,1,2 o 4. Las pacientes con puntajes entre 0 y 6 son clasificadas como de bajo riesgo. En los casos de NTG con puntuación menor a 4, la respuesta a la quimioterapia con un solo agente suele ser favorable; mientras que aquellas con puntajes entre 4 y 6 requieren una evaluación adicional de otros factores de riesgo para determinar el tratamiento más adecuado, Por otro lado, las pacientes con puntuaciones iguales o superiores a 7 son consideradas de alto riesgo y requieren tratamiento con poliquimioterapia combinada. Asimismo, las mujeres con una puntuación de 13 se clasifican como de ultra alto riesgo y al igual que aquellas con metástasis cerebrales, hepáticas o enfermedad diseminada, deben ser manejadas de manera diferenciada. (19)

Clasificación histológica:

Existen tipos de neoplasias trofoblásticas gestacionales, que mencionaremos a continuación:

- Coriocarcinoma gestacional: Es una neoplasia maligna epitelial de línea pura, constituido por elementos neoplásicos del trofoblasto intermedio, citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto sin vellosidades coriónicas. Se observan en los nódulos tumorales una necrosis central y hemorragia. Los pacientes con coriocarcinomas gestacionales tienden a desarrollar metástasis sistémicas temprana.
- Tumor trofoblástico de sitio placentario: Es un tumor raro que surge de trofoblastos intermedios caracterizados por la ausencia de vellosidades. Estos tumores secretan niveles relativamente bajos de hCG.
- Los tumores trofoblásticos epitelioideos: Son tumores raros que también derivan de células trofoblásticas intermedias de tipo coriónico. El sitio principal de compromiso es el útero. Este tumor se caracteriza por niveles bajos de hCG. Su tratamiento principal es la histerectomía porque este tumor es resistente a la quimioterapia. (33)

Tratamiento:

1) Enfermedad de bajo riesgo:

La NTG de bajo riesgo incluye enfermedad no metastásica (estadio I) y enfermedad metastásica con puntuaciones menores a 7. El tratamiento comprende como agente único a la quimioterapia, siendo los dos mejores fármacos la dactinomicina y el metotrexato, logrando ambos la remisión completa en pacientes con neoplasia trofoblástica gestacional. En general el metotrexato es menos tóxico que la dactinomicina. Repitiéndose los regímenes cuando los niveles de β -hCG sean indetectables.

2) Enfermedad de alto riesgo:

La quimioterapia de combinación se utiliza para enfermedades de alto riesgo, que son pacientes en estadio II y III con puntuación FIGO mayor a siete y pacientes con enfermedad metastásica en la presentación siendo los sitios metastásicos más comunes el pulmón, el hígado y el cerebro. Se han utilizado varios regímenes con éxito. Uno es el EMA-CO (etopósido, metotrexato, actinomicina D, ciclofosfamida y la vincristina), que es considerado un estándar de atención para los pacientes que tienen enfermedad de alto riesgo. Ha demostrado una notable tasa de respuesta del 93%, además de una disminución en la tasa de mortalidad a solo el 9%. En otros casos especiales se puede usar la cirugía y la radioterapia adyuvante. En las enfermedades de alto o bajo riesgo, una vez que los niveles séricos de β -hCG son indetectables, la vigilancia serológica continua por un año.

(34)

2.3. DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **Enfermedad trofoblástica gestacional:** Grupo de trastornos relacionado con el crecimiento anormal de las células del trofoblasto que forman la placenta. Se incluye en este grupo a la mola hidatiforme y a la neoplasia trofoblástica gestacional.
- **Mola hidatiforme:** Es un tipo de enfermedad trofoblástica gestacional caracterizada por hiperplasia trofoblástica asociada a degeneración generalizada de las vellosidades coriónicas. Se clasifica en mola hidatiforme completa y mola hidatiforme parcial.
- **Embarazo molar:** Forma parte de las enfermedades trofoblásticas

gestacionales. Se toma como sinónimo de mola hidatiforme.

- **Características epidemiológicas:** Conjunto de atributos, factores determinantes y rasgos estadísticos que describen la frecuencia, distribución y comportamiento de una enfermedad o una condición clínica. Estas características se basan en las variables clásicas de la Epidemiología descriptiva: persona, tiempo y lugar.
- **Características clínicas:** Conjunto de manifestaciones objetivas(signos), percepciones subjetivas(síntomas) y alteraciones paraclínicas(resultados de imágenes y laboratoriales) que presenta un individuo o persona debido a una alteración de la salud o un proceso patológico. Estas características permiten describir la presentación, evolución, gravedad y espectro fenotípico de una entidad patológica particular, constituyendo la base fundamental para el diagnóstico, la clasificación clínica y la toma de decisiones terapéuticas.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

El presente estudio no plantea hipótesis, debido a que el alcance de este trabajo no busca establecer relaciones causales. De acuerdo a los lineamientos de Sampieri, quién sostiene que las hipótesis son obligatorias en investigaciones de nivel correlacional, en nuestro caso se trata de un estudio descriptivo. (35)

3.1. VARIABLES

VARIABLE 1:

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Edad

Estado civil

Procedencia

Grado de instrucción

Número de parejas sexuales

Antecedentes patológicos

VARIABLE 2:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

DIAGNÓSTICAS:

- Edad gestacional

- Manifestaciones clínicas
- Hallazgos al examen físico
- Hallazgos ecográficos
- Hallazgos laboratoriales
- Hallazgos anatomopatológicos

TERAPEÚTICAS:

- Tratamiento
- Seguimiento

ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

- Paridad
- Abortos previos
- Embarazo molar previo

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Ver anexo 03)

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se define bajo un diseño observacional, dado que las variables se analizarán en su estado natural sin intervención ni manipulación por parte del investigador. De acuerdo con el periodo y secuencia de estudio, es de tipo transversal, puesto que la recolección de los datos se efectuará en un momento único y determinado. El estudio es de nivel descriptivo, orientado exclusivamente a la identificación, medición y caracterización de los fenómenos de interés dentro de la población seleccionada. Asimismo, posee un carácter retrospectivo, debido a que la información objeto de análisis corresponde a hechos y registros generados con anterioridad al inicio del proceso investigativo. Para la ejecución del estudio, se empleará la revisión de historias clínicas como técnica de recolección de datos. Este procedimiento permitirá describir detalladamente el comportamiento y las condiciones de las variables en estudio mediante fuentes secundarias, omitiendo cualquier tipo de seguimiento prospectivo de los sujetos.

4.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Inductivo, ya que a partir del análisis de fenómenos específicos se genera datos generales que pueden ser extrapolados y aplicados a la población estudiada.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1. POBLACIÓN

La población está conformada por 101 historias clínicas de pacientes con diagnóstico

de enfermedad trofoblástica gestacional o embarazo molar o mola hidatiforme, registradas en la base de datos que cuenta el Hospital Regional de Ayacucho.

4.3.2. MUESTRA

Durante el desarrollo de esta investigación se prescindió de técnicas de muestreo optando por trabajar con la totalidad de la población (95 historias clínicas); por lo tanto, se estableció una muestra censal que abarca el 100 % de historias clínicas de pacientes registradas con el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional durante 2021-2025, esto permitirá asegurar una representatividad integral de los datos obtenidos y realizar un análisis adecuado para este estudio.

El estudio es de tipo censal. puesto que se consideró la totalidad de pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional durante el periodo de estudio. No obstante, tras la revisión de historias clínicas, se excluyeron 6 pacientes por presentar datos insuficientes para la investigación. Quedando 95 historias clínicas las cuales cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

4.3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historias clínicas que registren como diagnóstico enfermedad trofoblástica gestacional o embarazo molar o mola hidatiforme.
- Historias clínicas que cuenten con datos completos.
- Pacientes que cuenten con confirmación diagnóstica clínica, ecográfica o anatomopatológica.
- Pacientes que fueron atendidas durante los años 2021-2025.

4.3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas incompletas o mal llenadas.
- Historias clínicas que no cumplan el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional o embarazo molar o mola hidatiforme.
- Historias clínicas que se encuentren en procesos legales.

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizará la recolección de datos a través de una fuente secundaria, mediante la revisión de historias clínicas con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional y el registro sistemático de la información en fichas.

4.5. PROCEDIMIENTO

Se elaboró el proyecto de tesis y se presentó ante la Decanatura de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga para su evaluación y aprobación. Posteriormente, mediante dictamen, se designó a los integrantes de la comisión encargada de la revisión del proyecto. Una vez aprobado por dicha comisión, se emitió la resolución correspondiente que autorizó su ejecución, tras lo cual se solicitó la evaluación y aprobación por parte del Comité de Ética. Asimismo, se gestionó la autorización ante la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Ayacucho (HRA) para la ejecución del estudio. Posteriormente, se procedió a la recolección de datos de las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, utilizando una ficha de recolección de datos. Finalmente, la información obtenida fue procesada y analizada mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 25, a partir de lo cual se obtuvo los resultados para su interpretación.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó mediante el paquete especializado IBM SPSS Statistics versión 25. Los datos recolectados fueron sometidos a un proceso de depuración, clasificación y sistematización, permitiendo una organización rigurosa de acuerdo con la naturaleza de la variable utilizada para asegurar la integridad de los resultados antes de su interpretación definitiva.

Se empleó la estadística descriptiva para caracterizar el comportamiento de la muestra bajo los siguientes criterios técnicos para el análisis de las variables cualitativas: el análisis se centró en la distribución de frecuencias, expresando los resultados mediante valores absolutos y frecuencias porcentuales, conforme a las exigencias de cada dimensión evaluada. Toda la información procesada se

presentó de manera clara y estructurada a través de tablas de frecuencias y herramientas de visualización gráfica (tales como diagramas de barras), facilitando así la interpretación de los hallazgos en estricta correspondencia con los objetivos de la investigación.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación se rigió por los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, establecidos en la Declaración de Helsinki y las Pautas Éticas Internacionales del CIOMS (2016). De conformidad con lo estipulado en la RM N° 233-2020-MINSA, este estudio fue clasificado como una investigación sin riesgo. Esta categorización se fundamenta en que el diseño es de carácter retrospectivo, observacional y descriptivo, empleando exclusivamente fuentes secundarias (historias clínicas). No se realizó ninguna intervención física, biológica o psicológica sobre las pacientes, ni se modificó las conductas terapéuticas registradas. Se solicitó formalmente al Comité de Ética del HRA la exoneración (dispensa) del consentimiento informado, fundamentada en la naturaleza retrospectiva del estudio y el uso exclusivo de registros históricos de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, lo cual dificulta la ubicación física de las pacientes en la actualidad. Esta solicitud se sustenta en que la investigación representa un riesgo inexistente para la integridad o privacidad de las participantes, dado que se emplearán procesos de anonimización rigurosos que garantizan que los datos sean utilizados únicamente con fines científicos, académicos y de salud pública, asegurando en todo momento que no se vulneren los derechos fundamentales ni la confidencialidad de la información clínica. El manejo de la información recolectada se rigió bajo estrictos protocolos de confidencialidad. Los datos provenientes de las fuentes documentales fueron anonimizados a través de una codificación alfanumérica, omitiendo variables identificatorias personales. La integridad de la base de datos fue protegida mediante contraseñas de acceso limitado a los investigadores responsables.

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIONES

5.1. RESULTADOS

5.1.1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

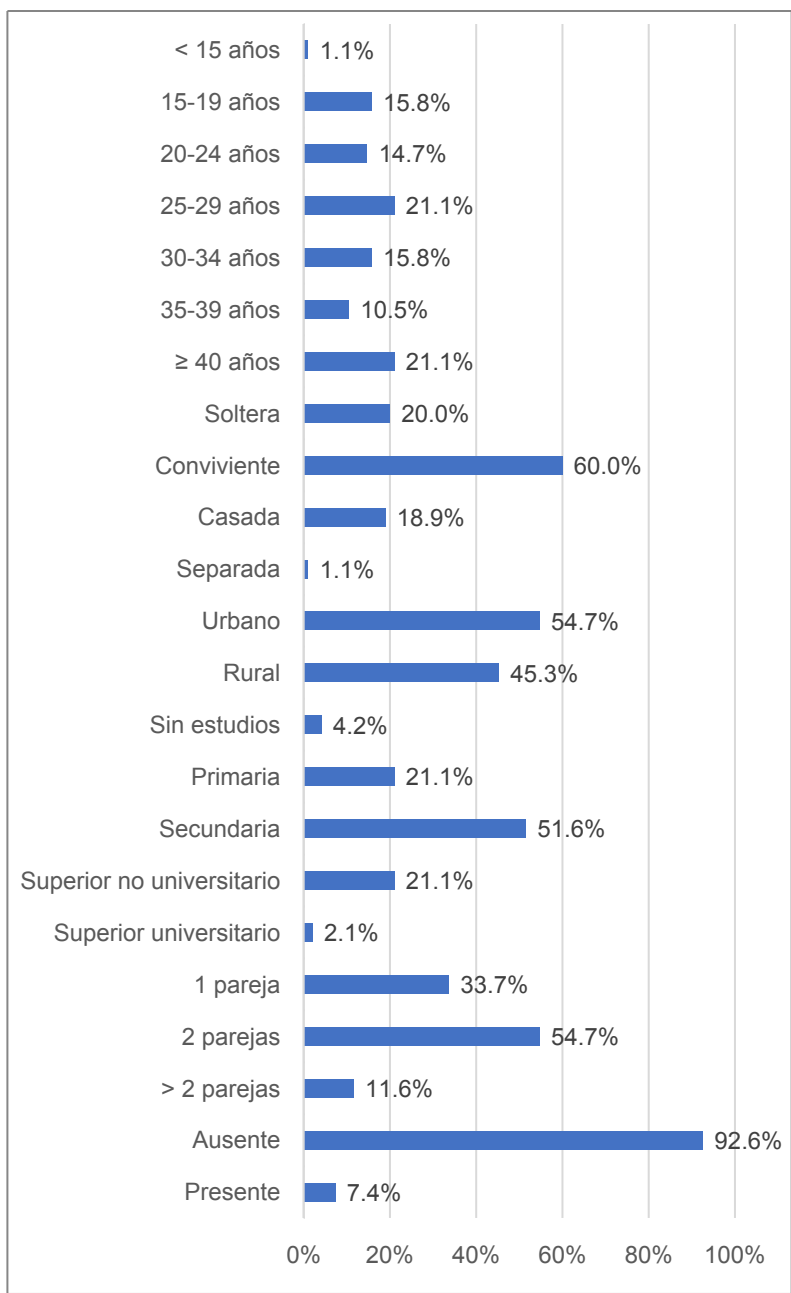
Tabla 1: Características epidemiológicas de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional (n = 95)

		n (%)
Edad	< 15 años	1 (1.1%)
	15-19 años	15 (15.8%)
	20-24 años	14 (14.7%)
	25-29 años	20 (21.1%)
	30-34 años	15 (15.8%)
	35-39 años	10 (10.5%)
	≥ 40 años	20 (21.1%)
Estado civil	Soltera	19 (20.0%)
	Conviviente	57 (60.0%)
	Casada	18 (18.9%)
	Separada	1 (1.1%)
Procedencia	Urbano	52 (54.7%)
	Rural	43 (45.3%)
Grado de instrucción	Sin estudios	4 (4.2%)
	Primaria	20 (21.1%)

	Secundaria	49 (51.6%)
	Superior no universitario	20 (21.1%)
	Superior universitario	2 (2.1%)
Número de parejas sexuales	1 pareja	32 (33.7%)
	2 parejas	52 (54.7%)
	> 2 parejas	11 (11.6%)
Antecedentes patológicos	Ausente	88 (92.6%)
	Presente	7 (7.4%)
	Fibroadenoma de mama	1 (1.1%)
	Hepatitis B	1 (1.1%)
	Hipotiroidismo	1 (1.1%)
	HTA	1 (1.1%)
	Leucemia	1 (1.1%)
	Quiste hidatídico	1 (1.1%)
	Tumor cerebral y epilepsia	1 (1.1%)

Nota. n = frecuencia, % = porcentaje.

Figura 1: Características epidemiológicas de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional (n = 95)



En la tabla 1 y figura 1, se presentan las características epidemiológicas de 95 pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho durante el periodo 2021-2025 para responder el primer objetivo específico. Con respecto a la edad, se observaron mayores porcentajes de forma idéntica en los rangos de 25 a 29 años y 40 años a más (21.1% cada uno), seguidos por los grupos de 15 a 19 años y 30 a 34 años (15.8% cada uno), las mujeres con edad de 20 a 24 años (14.7%), 35

a 39 años (10.5%) y menores a 15 años (1.1%). En cuanto al estado civil, se identificó un predominio de las mujeres convivientes (60.0%), seguidas por las solteras (20.0%), casadas (18.9%) y separadas (1.1%). En relación a la procedencia, una mayor proporción indicó la zona urbana (54.7%) frente a la rural (45.3%). Respecto al grado de instrucción de la población de estudio, el nivel de secundaria agrupó mayor cantidad de pacientes (51.6%) por encima de los categorías primaria y superior no universitario (21.1% cada uno), sin estudios (4.2%) y superior universitario (2.1%). Por otra parte, la mayor parte de la muestra indicó haber tenido dos parejas sexuales (54.7%); seguido por quienes han señalado las opciones de una pareja (33.7%) y más de dos parejas (11.6%). Por último, hay una marcada predominancia de la ausencia de antecedentes patológicos (92.6%) frente a las pacientes que sí la presentan (7.4%), encontrándose en estas últimas una distribución equitativa (1.1% en cada caso) para fibroadenoma de mama, hepatitis B, hipotiroidismo, hipertensión arterial, leucemia, quiste hidatídico y la asociación de tumor cerebral con epilepsia.

5.1.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIAGNÓSTICAS**

Tabla 2: Características clínicas diagnósticas de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional (n = 95)

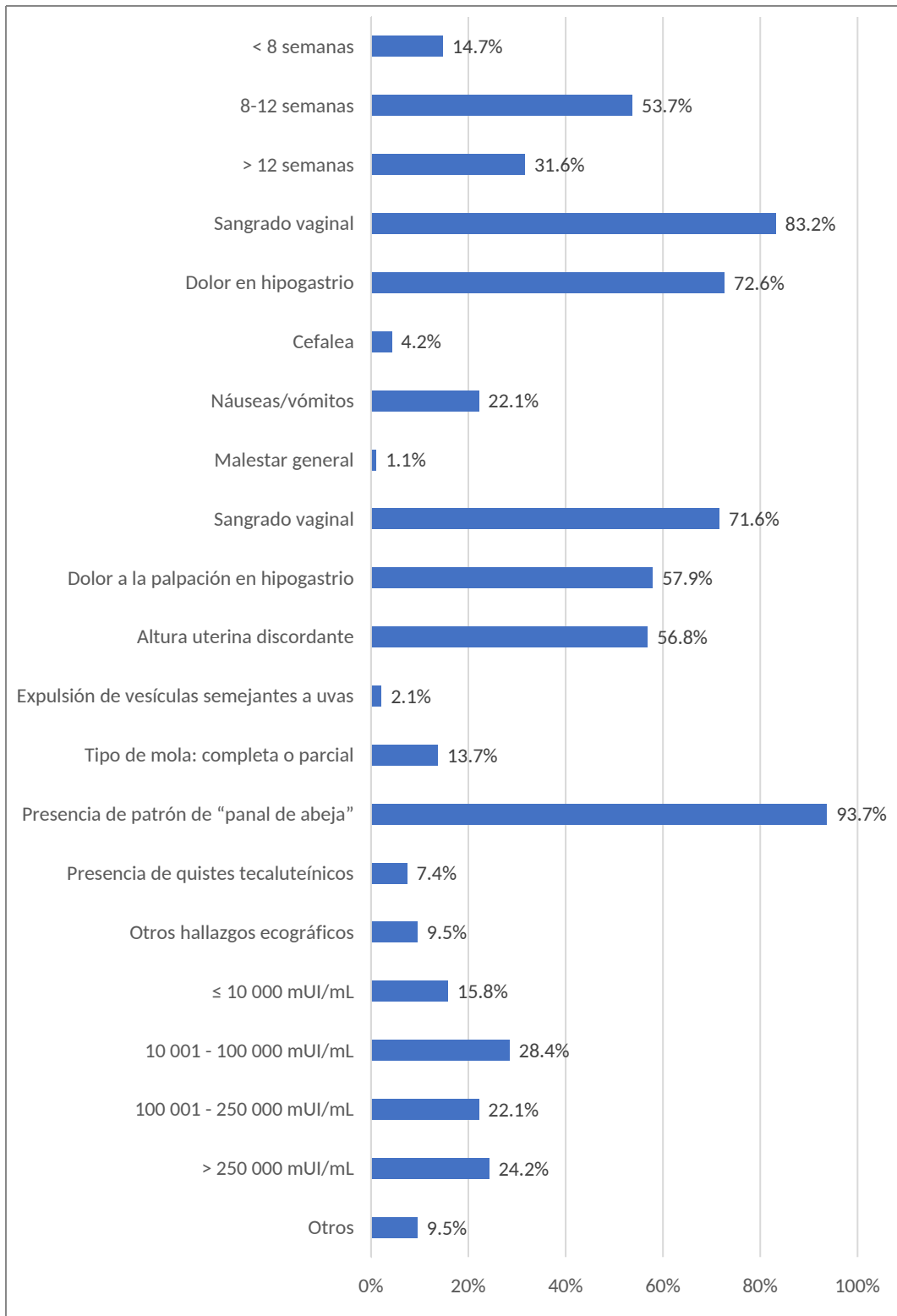
		n (%)
Edad gestacional	< 8 semanas	14 (14.7%)
	8-12 semanas	51 (53.7%)
	> 12 semanas	30 (31.6%)
Manifestaciones clínicas ^a	Sangrado vaginal	79 (83.2%)
	Dolor en hipogastrio	69 (72.6%)
	Cefalea	4 (4.2%)
	Náuseas y/o vómitos	21 (22.1%)
	Malestar general	1 (1.1%)
Hallazgos al	Sangrado vaginal	68 (71.6%)

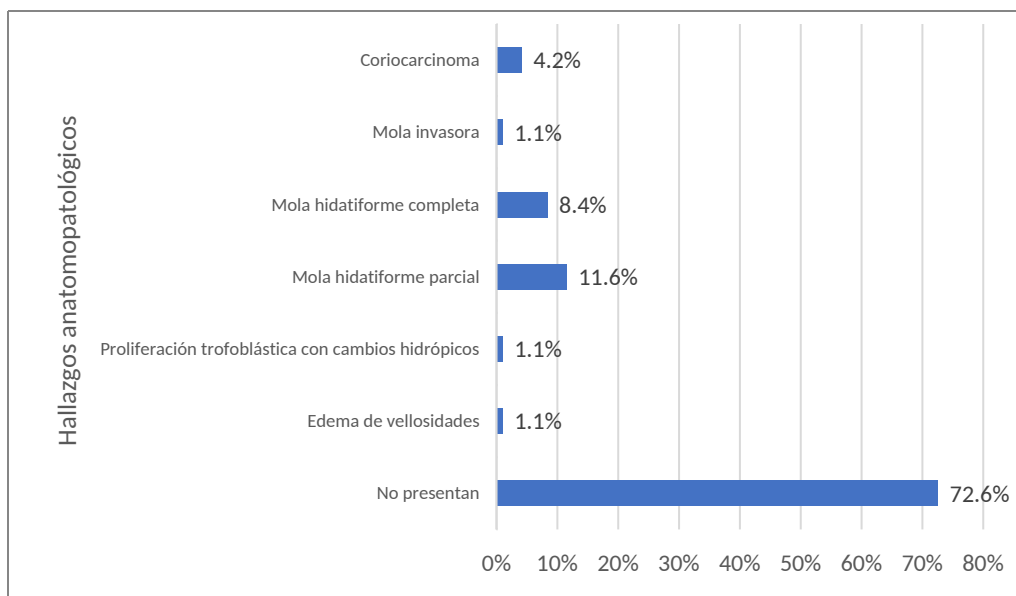
examen físico ^a	Dolor a la palpación en hipogastrio	55 (57.9%)
	Altura uterina discordante	54 (56.8%)
	Expulsión de vesículas semejantes a uvas	2 (2.1%)
Hallazgos ecográficos ^a	Tipo de mola: completa o parcial	13 (13.7%)
	Tipo de mola: completa	12 (12.6%)
	Tipo de mola: parcial	1 (1.1%)
	Presencia de patrón en “panal de abeja”	89 (93.7%)
	Presencia de quistes tecaluteínicos	7 (7.4%)
	Otros hallazgos ecográficos	9 (9.5%)
	Endometrio engrosado	2 (2.1%)
	Endometrio heterogéneo	4 (4.2%)
	Líquido libre en saco de Douglas	3 (3.2%)
Hallazgos laboratoriales (Niveles séricos de β-hCG)	Puntaje	
	≤ 10 000 mUI/mL	15 (15.8%)
	10 001 - 100 000 mUI/mL	27 (28.4%)
	100 001 - 250 000 mUI/mL	21 (22.1%)
	> 250 000 mUI/mL	23 (24.2%)
	Otros (β-hCG cualitativa)	9 (9.5%)
Hallazgos anatomopatológicos	No presentan	69 (72.6%)
	Sí presentan	26 (27.4%)
	Edema de vellosidades	1 (1.1%)
	Proliferación trofoblástica con cambios hidrópicos	1 (1.1%)
	Mola hidatiforme parcial	11 (11.6%)
	Mola hidatiforme completa	8 (8.4%)
	Mola invasora	1 (1.1%)
	Coriocarcinoma	4 (4.2%)

Nota. n = frecuencia, % = porcentaje.

^a Opción múltiple

Figura 2: Características clínicas diagnósticas de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional (n = 95)





En la tabla 2 y figura 2, se describen las características clínicas diagnósticas de 95 pacientes diagnosticadas con ETG en el hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho durante el periodo 2021-2025 con el propósito de dar respuesta al segundo objetivo específico. Con respecto a la edad gestacional, más de la mitad de la muestra se concentró en el rango de 8 a 12 semanas (53.7%), continuando los grupos > 12 semanas (31.6%) y < 8 semanas (14.7%). En cuanto a las manifestaciones clínicas, fueron predominantes el sangrado vaginal (83.2%) y el dolor en hipogastrio (72.6%) por encima de las náuseas y/o vómitos (22.1%), la cefalea (4.2%) y el malestar general (1.1%). En los hallazgos al examen físico, se evidenció una alta prevalencia de sangrado vaginal (71.6%), seguido por el dolor a la palpación en hipogastrio (57.9%), la altura uterina discordante (56.8%) y una minoría con expulsión de vesículas semejantes a uvas (2.1%). Al evaluar los hallazgos ecográficos, se encontró una marcada predominancia de la presencia de patrón en “panal de abeja” en los pacientes (93.7%), y con menores porcentajes, el tipo de mola: completa o parcial (13.7%), la presencia de quistes tecaluteínicos (7.4%) y otros (9.5%), siendo este último que agrupa a casos de endometrio heterogéneo (4.2%), líquido libre en saco de Douglas (3.2%) y endometrio engrosado (2.1%). Finalmente, en los hallazgos laboratoriales, los niveles séricos de β -hCG, se encontró el intervalo de 10 001 a 100 000 mUI/ml con mayor proporción (28.4%), seguido de los grupos mayor a

250 000 mUI/ml (24.2%), 100 001 a 250 000 mUI/ml (22.1%), menor o igual a 10 000 mUI/mL a menor proporción (15.8%) y otros reportes como β -hCG cualitativa (9.5%). Asimismo, se analiza la información de los hallazgos anatomopatológicos cuyos resultados indicaron que la mayoría no contaba con resultados de anatomía patológica (72.6%) frente al grupo que sí los reportó (27.4%). Con respecto a este último segmento, se evidenció la presencia de mola hidatiforme parcial (11.6%) y completa (8.4%), seguida de coriocarcinoma (4.2%) y con un porcentaje idéntico para los casos de edema de vellosidades, proliferación trofoblástica con cambios hidrópicos y mola invasora (1.1% para cada uno).

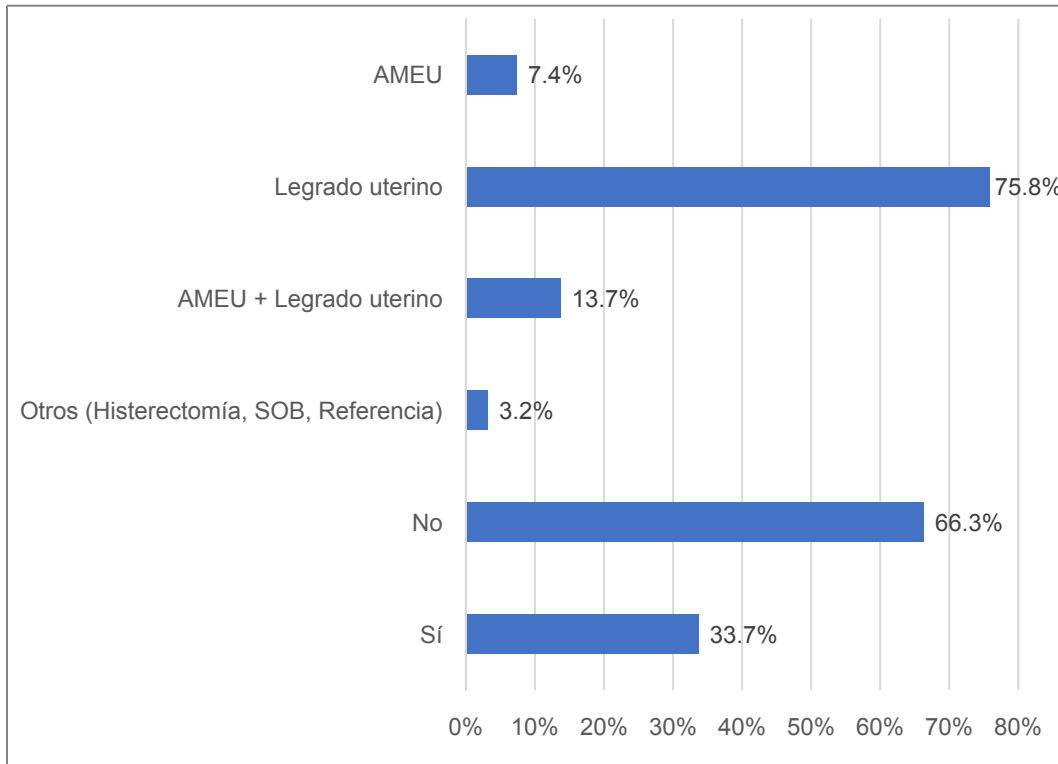
- **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS TERAPÉUTICAS.**

Tabla 3: Características clínicas terapéuticas de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional (n = 95)

		n (%)
Tratamiento	AMEU	7 (7.4%)
	Legrado uterino	72 (75.8%)
	AMEU + Legrado uterino	13 (13.7%)
	Otros (Histerectomía, SOB, Referencia)	3 (3.2%)
	Legrado uterino + Histerectomía + SOB	1 (1.1%)
	Referencia	2 (2.1%)
Seguimiento	No	63 (66.3%)
	Sí	32 (33.7%)

Nota. n = frecuencia, % = porcentaje.

Figura 3: Características clínicas terapéuticas de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional (n = 95)



En la tabla 3 y figura 3, se revisa la información de las características clínicas terapéuticas de 95 pacientes diagnosticadas con ETG en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho durante el periodo 2021-2025 con el fin de responder al tercer objetivo específico. Con respecto al tratamiento, el procedimiento principal fue el legrado uterino (75.8%), seguido por menores porcentajes de la combinación de AMEU y legrado uterino (13.7%), solamente AMEU (7.4%) y otros procedimientos (3.2%) que incluyen al tratamiento con referencia (2.1%) y la combinación de legrado uterino, histerectomía y SOB (1.1%). Por último, más de la mitad no continuó con el seguimiento clínico posterior (66.3%) en comparación con un sector menor que sí cumplió con sus controles (33.7%).

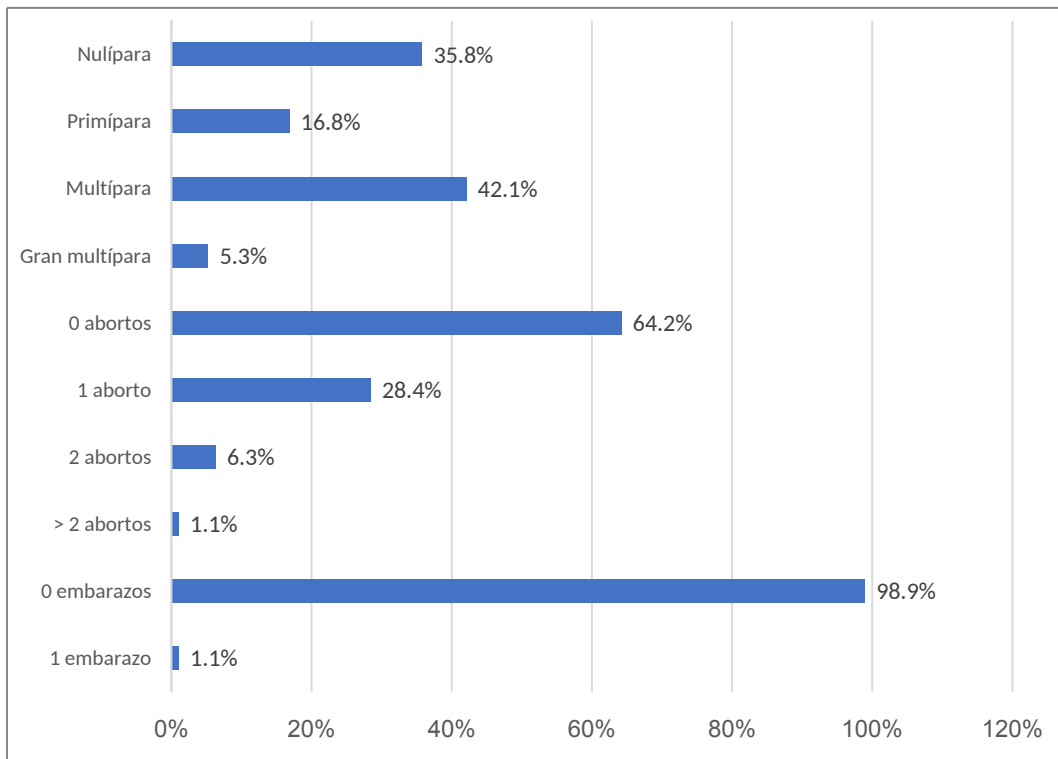
5.1.3. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Tabla 4: Antecedentes obstétricos de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional (n = 95)

		n (%)
Paridad	Nulípara	34 (35.8%)
	Primípara	16 (16.8%)
	Múltipara	40 (42.1%)
	Gran múltipara	5 (5.3%)
Abortos previos	0 abortos	61 (64.2%)
	1 aborto	27 (28.4%)
	2 abortos	6 (6.3%)
	> 2 abortos	1 (1.1%)
Embarazo molar previo	0 embarazos	94 (98.9%)
	1 embarazo	1 (1.1%)

Nota. n = frecuencia. % = porcentaje

Figura 4: Antecedentes obstétricos de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional (n = 95)



En la tabla 4 y figura 4, se visualizan los datos de los antecedentes obstétricos de 95 pacientes diagnosticadas con ETG en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho durante el periodo 2021-2025 con el fin de responder al cuarto objetivo específico. Con respecto a la paridad, la mayor proporción de los casos correspondió a la condición de multípara (42.1%), seguida por las mujeres nulíparas (35.8%), primíparas (16.8%) y, en menor medida, gran multípara (5.3%). En cuanto a los abortos previos, se visualizó un marcado predominio de pacientes sin abortos (64.2%) por encima de quienes registraron un aborto (28.4%), dos abortos (6.3%) y una minoría con más de dos abortos (1.1%). Finalmente, respecto al embarazo molar previo, la muestra en su casi totalidad no reportó esta condición (98.9%) frente un porcentaje mínimo que sí presentó un embarazo previo (1.1%).

5.2. DISCUSIONES

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

En relación con la edad se evidenció que los grupos etarios con mayor frecuencia fueron las pacientes de 25 a 29 años y aquellas ≥ 40 años, ambos con 21.1%. A nivel internacional nuestros resultados coinciden con el estudio de Correa et al. (Chile-2024) donde se observó que el grupo etario más afectado fue de 25 a 30 años, representando el 26% de la muestra. Estos hallazgos evidencian que la patología se concentra principalmente en mujeres en edad reproductiva plena. A nivel nacional nuestros datos obtenidos se asemejan al estudio de Humpiri M(Arequipa-2013) donde se reportó que el grupo etario más frecuente fue el de 25-29 años con un 25.7%. Estos hallazgos, permiten observar que la patología se presentó predominantemente en mujeres en edad reproductiva ya que es en este rango de edad donde se concentra una mayor tasa de natalidad. No obstante, nuestro estudio también resalta un porcentaje elevado de pacientes ≥ 40 años, resultado que difiere con varios antecedentes analizados. Sin embargo, este dato coincide con la literatura revisada ya que este rango de edad representa un grupo de riesgo para desarrollar ETG.

Respecto al estado civil, se evidenció el predominio de la condición de conviviente (60%), resultados que guardan similitud con lo reportado por Guevara CG (El Salvador - 2018) quien encontró el estado civil unión libre (conviviente) como condición más frecuente en un 71%, asimismo Carpio A & Rojas G (Ecuador-2021) en 41.2%. Esto podría explicarse por la característica sociodemográfica de la población debido a que la convivencia representa una forma de relación conyugal más frecuente en mujeres en edad reproductiva.

En relación a la procedencia, predominó el área urbana en un 54.7%, siendo semejante a lo reportado por Ayala A & Gutiérrez L (El Salvador-2022) en su estudio con un 57% y por Talledo A & Vicente D (Trujillo, 2021) 86.6%. Similitud que podría explicarse a que en las zonas urbanas presentan mayor densidad poblacional y mejor acceso al servicio de salud facilitando de esta manera el diagnóstico temprano.

En cuanto al grado de instrucción se identificó que un 51.6% presentaron un nivel educativo secundario, resultado que difiere con el estudio de López C & Tzirin H (Guatemala-2018) en el que predominó el grado de instrucción primaria con un 52.8%. Este hecho podría atribuirse a la variabilidad de las poblaciones estudiadas y al acceso de la educación entre ambas.

Respecto al número de parejas sexuales el presente estudio reportó un 54.7% de pacientes que tuvieron como antecedente 2 parejas sexuales. No obstante, no se encontraron estudios que reporten esta variable. Sin embargo, la inclusión de esta variable, nos permitió ampliar la caracterización epidemiológica para futuros estudios.

En cuanto a los antecedentes patológicos se evidenció que la mayoría no presentó ningún antecedente patológico con un 92.6%; solo un 7.4% si lo presentó. Dentro de este último grupo se reportó patologías con igual porcentaje (fibroadenoma de mama, hepatitis B, hipotiroidismo, hipertensión arterial, leucemia, quiste hidatídico, tumor cerebral asociado a epilepsia) cada una con 1.1%. Siendo similar a lo reportado por Castro NG (Lima-2007) quien encontró bajos porcentajes de antecedentes patológicos con 4.9%, dentro de las patologías reportadas fueron:

hipertensión arterial (0.9%) y otros como hepatopatías, vesícula biliar (1.4%). La baja frecuencia de los estudios informa acerca de la poca asociación entre los antecedentes patológicos de enfermedades crónicas con el desarrollo de la ETG.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIAGNÓSTICAS

En referencia a la edad gestacional tenemos que un 53.7% de las pacientes presentaron entre 8 a 12 semanas de gestación, seguido de >12 semanas en un 31.6%. Estos hallazgos concuerdan con el estudio de Huamán D. (Huancayo-2019) quien encontró una mayor frecuencia de edad gestacional entre 8 a 12 semanas con un 52.5%. Esto podría explicarse debido a que en el primer trimestre se manifiestan con mayor intensidad los signos y síntomas de la ETG, por lo cual las pacientes acuden al establecimiento de salud.

Con respecto a las manifestaciones clínicas se reportó que el sangrado vaginal fue la clínica más frecuente con un 83.2%, seguido de dolor en hipogastrio 72.6%, náuseas y/o vómitos 22.1%; mientras cefalea y malestar general presentaron porcentajes menores. Siendo similar a los siguientes estudios: según Jagtap SV et al. (India-2017), dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron sangrado vaginal con un 94.8%, seguido de dolor en hipogastrio con 62.4%; asimismo, López C & Tzirin H (Guatemala-2018) y Díaz D (Colombia-2018) reportaron que el sangrado vaginal fue la clínica más frecuente con 54.3% y 68% respectivamente. Estas concordancias podrían explicarse ya que el sangrado vaginal es una de las manifestaciones clínicas más frecuentes debido a la proliferación anómala del trofoblasto.

En relación con los hallazgos al examen físico se identificó que el sangrado vaginal primó con un 71.6%, seguido de dolor a la palpación en hipogastrio con 57.9%, altura uterina discordante 56.8% y expulsión de vesículas semejante a uvas 2.1%, resultados que guardan analogía a los reportados por Castro NG (Lima-2007) quien menciona al sangrado vaginal como hallazgo clínico más frecuente con un 86%, seguido de útero aumentado de tamaño 47%. Del mismo modo Humpiri M (Arequipa-2013) reportó la presencia de sangrado vaginal como hallazgo al examen físico más frecuente con un 62.9%, seguido de altura uterina

discordante 48.6%. Estos hallazgos son consistentes con las características propias de esta patología.

Con respecto a los hallazgos ecográficos se identificó que el más frecuente fue el patrón en “panal de abejas” con un 93.7%, seguido de tipo de mola completa (12.6%) y tipo de mola parcial (1.1%). Díaz D (Colombia-2018) reportó el patrón en “panal de abejas” en un 69.7% siendo el más frecuente. Asimismo, Humpiri M (Arequipa-2013) informa este mismo hallazgo con un 85.7%. Analogías que podrían explicarse porque dicho patrón ecográfico representa la proliferación anormal de las vellosidades coriónicas edematosas.

Respecto a los hallazgos laboratoriales el nivel sérico de β -hCG se encontró que el mayor porcentaje presentó valores entre 10 001-100 000mUI/ml con un 28.4%, seguido de >250 000 mUI/ml (24.2%) y de 100 001- 250 000 mUI/ml (22.1%). Resultados que fueron semejantes a lo presentado por Guevara CG (El Salvador-2018), quién reportó que la mayoría de pacientes (30%) presentó niveles séricos de β -hCG entre 10 000 a 100 000 mUI/ml. Característica que confirma que los hallazgos laboratoriales de niveles séricos de β -hCG son importantes para el diagnóstico y el seguimiento de ETG.

En relación a los hallazgos anatomopatológicos, la mayoría (72.6%) no contaron con el hallazgo, y solo el 27.4% si lo tuvieron. Dentro de esta última se reportó un 11.6% de mola parcial, 8.4% mola completa, 4.2% coriocarcinoma y 1.1% de mola invasora. Estos hallazgos guardan relación con lo reportado por Correa L et al. (Chile-2024) quienes informan que la mola parcial fue de 54%, mola completa 36%, mola invasora 6% y coriocarcinoma 4%. Estas coincidencias radican en que el principal hallazgo anatomopatológico fueron las molas hidatiformes, confirmando así que estas representan la forma más frecuente de forma de presentación de la ETG.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS TERAPÉUTICAS

En cuanto al tratamiento se evidenció que el procedimiento más frecuente realizado fue el legrado uterino con un 75.8%, continuándose con AMEU + legrado

uterino 13.7%, y únicamente AMEU 7.3%. Estos hallazgos son comparables a lo reportado por Huamán D (Huancayo-2019) quien menciona que el tratamiento más frecuente fue el legrado uterino (95.1%). Sin embargo, nuestro estudio difiere con lo reportado por Correa et al (Chile-2024) quien encontró que el tratamiento principal fue AMEU + legrado uterino (92%). La similitud con el primer estudio podría deberse a que el legrado uterino constituye uno de los métodos terapéuticos más empleados para su extracción debido a su eficacia mientras que el contraste con el segundo estudio podría deberse a la variación en los protocolos terapéuticos de cada país.

En relación al seguimiento posterior al tratamiento se evidenció que el 66.3% no tuvo seguimiento y aquellos que si contaron con controles posteriores fue de 33.7%. Nuestro estudio difiere por lo reportado por Albinagorta O & Saona U (Lima-2013) debido a que el 62.83% si tuvieron seguimiento. Diferencia que podría atribuirse por limitaciones al acceso de salud representando dificultades para el seguimiento y controles posteriores. El monitoreo posterior es fundamental para poder detectar la persistencia y posterior malignidad de esta patología.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

En relación con la paridad se evidenció predominio de las multíparas (42.1%) seguido de nulíparas (35.8%) y multíparas (5.3%). Resultados que difieren de lo mencionado por Guevara CG (El Salvador-2018) quien encontró predominio de nulíparas (46%). Estas diferencias pueden ser debido a la variación de las características socioculturales y demográficas de la población en relación.

Con respecto a los antecedentes de abortos previos se identificó que el 64.2% no presentó abortos previos, seguido de un aborto con 28.4% y 2 abortos 6.3%. Coincidiendo con lo reportado con López C & Tzirin H (Guatemala-2018) quienes mencionan que el 88.9% de las pacientes no tenían antecedente de aborto previo. Similitud que podría relacionarse a las variaciones de las características obstétricas de la población.

En cuanto al embarazo molar previo se evidenció que el 98.9% no presentó este antecedente a comparación de aquellos que si presentaron que fue de 1.1%. Resultados que son comparables con el estudio de López C & Tzirin H (Guatemala-2018), quienes informaron que el 97.2% no presentó antecedentes de embarazo molar previo, de igual manera Ayala A & Gutiérrez L (El Salvador-2022) reportaron que solo el 1% presentó antecedente de embarazo molar previo. Si bien el antecedente de embarazo molar previo constituye un antecedente obstétrico que es poco frecuente, es importante resaltar que la presencia de este, constituye un factor de riesgo de importancia para la recurrencia de esta patología.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- En cuanto a las características epidemiológicas de la población de estudio, se concluye que los rangos de edad más frecuentes fueron 25 – 29 años y ≥ 40 años, asimismo predominó el estado civil conviviente, grado de instrucción secundaria, procedencia zona urbana, antecedente de 2 parejas sexuales y la mayoría no tenían antecedentes patológicos.
- Se concluye que las características clínicas diagnósticas de las pacientes, estuvieron representadas por una edad gestacional entre 8 a 12 semanas, predominó como manifestaciones clínicas: sangrado vaginal y dolor en hipogastrio. Además, dentro de los hallazgos físicos destacó el sangrado vaginal y la altura uterina discordante. Así como en los hallazgos ecográficos predominó el patrón en “panal de abeja”. En cuanto a los hallazgos laboratoriales los niveles de β -hCG de mayor predominio se encontró en el rango de 10 001-100 000 mUI/ml. Además de lo señalado anteriormente, se concluye en relación a los hallazgos anatomopatológicos que la mayoría de las pacientes no contaron con estos resultados. Sin embargo, dentro de los casos que si reportaron lo más frecuente fue la mola hidatiforme parcial, seguida de mola hidatiforme completa y coriocarcinoma.

- Sobre las características clínicas terapéuticas de la población de estudio se concluye que el tratamiento terapéutico más empleado fue el legrado uterino, seguido de la combinación de AMEU + legrado uterino. Así mismo se evidenció que más de la mitad de las pacientes no tuvieron seguimiento después de la post-evacuación reflejando una limitada adherencia a los controles posteriores.
- Respecto a los antecedentes obstétricos de las pacientes, se concluye que predominó la condición multípara, además la mayoría no presentó el antecedente de abortos previos ni embarazo molar previo.
- Según la literatura, las neoplasias trofoblásticas gestacionales son las formas menos frecuentes de ETG, siendo una de ellas el coriocarcinoma. En este estudio, se reportaron 4 casos de 95 pacientes que tuvieron como diagnóstico coriocarcinoma en los últimos 5 años. Este hallazgo es significativo para nuestro medio ya que hay estudios en otras regiones que no informan casos de neoplasias.

6.2. RECOMENDACIONES

Se recomienda optimizar el abastecimiento continuo y disponibilidad de reactivo de β -hCG para el dosaje sérico cuantitativo para esta patología ya que esto nos permitirá tener un diagnóstico oportuno y preciso, así como un adecuado seguimiento posterior a la evacuación.

Se recomienda fortalecer las sesiones de consejería a pacientes diagnosticadas con ETG, esta intervención debe enfocarse en concientizar de manera clara y comprensible sobre la enfermedad y el riesgo de malignización que conlleva, generando así adherencia a los controles post – evacuación puesto que son indispensables después del alta.

Se recomienda al hospital establecer un sistema de contrarreferencia y seguimiento especializado en coordinación con los establecimientos del primer nivel de atención para las pacientes procedentes de zonas rurales alejadas, debido a la poca asistencia a sus controles respectivos.

A la comunidad universitaria y hospitalaria a promover futuras investigaciones de tipo correlacional en relación a esta patología para poder asociar factores de riesgo con las variables presentadas en este presente estudio. Aunque la literatura médica describe a la enfermedad trofoblástica gestacional como una de las patologías poco frecuentes de la primera mitad del embarazo, los hallazgos presentados demuestran la presencia en nuestro medio, evidenciándose de esta manera la escasez de investigaciones previas en nuestra región sobre el tema investigado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coronado PJ, Marquina G, Diestro M, Alonso S, Sánchez del Río A, Hardisson D, et al. Enfermedad trofoblástica gestacional. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2020 [citado 29 octubre de 2025];63(3):165-184. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n3/05-GAP-enfermedad-trofoblastica-gestacional.pdf>
2. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchia C. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases [Internet]. Lancet Oncol. 2003;4(11):670-678 [citado 27 diciembre de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14602247/>
3. Huanca-Llamo J, Aranzabal-Alegria G, Chanduví W. Factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en un hospital de referencia peruano. Rev Fac Med Hum. 2020;20(1):64-69 [citado 21 de diciembre de 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000100064
4. Horowitz NS, Eskander RN, Adelman MR, Burke W. Epidemiology, diagnosis, and treatment of gestational trophoblastic disease: A Society of Gynecologic Oncology evidenced-based review and recommendation [Internet]. Gynecol Oncol. 2021 [citado 26 de noviembre de 2025];163(3):605-613. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34686354/>
5. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole [Internet]. Am J Obstet Gynecol. 2010 [citado 16 de octubre de 2025];203(6):531-539. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
6. López-Camelo JS, Castilla EE. Aspectos genéticos de la mola hidatidiforme. Perinatol Reprod Hum. 2015;29(3):123-130 [citado 18 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista->

[perinatologia-reproduccion-humana-144-articulo-aspectos-geneticos-mola-hidatidiforme-S0187533715000369](#)

7. Correa-Muñoz L, Arias-Senn E, Astroza-Suárez S, Bahamonde-Mella M, Mella-Mansilla T, Millar-Saldaña M, et al. Caracterización de enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital de Talca, 2013-2022 [Internet]. Rev Chil Obstet Ginecol. 2024 [citado 18 de noviembre de 2025];89(3):152-157. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262024000300152
8. Ayala Salamanca AA, Gutiérrez Saravia LJ. Caracterización epidemiológica y clínica de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel en el periodo de enero 2017 a diciembre 2021 [tesis en Internet]. San Salvador: Universidad de El Salvador; 2022 [citado 21 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ues.edu.sv/server/api/core/bitstreams/16718fb1-8997-4525-bd61-9d4840185ced/content>
9. Carpio Mogrovejo AS, Rojas Burbano GA. Características clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2021 [tesis en Internet]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2021 [citado 11 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://rest-dspace.ucuenca.edu.ec/server/api/core/bitstreams/b3f275d5-bb5d-4895-8816-7f015152ee27/content>
10. López del Águila CR, Tzirin Toj HG. Caracterización sociodemográfica, clínica y terapéutica de pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional [tesis en Internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2018 [citado 06 de noviembre del 2025]. Disponible en: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2018/062.pdf>

11. Díaz Ramírez D. Características clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional, Clínica Maternidad Rafael Calvo (enero de 2007 a mayo 2018) [tesis de especialidad en Internet]. Cartagena: Universidad de Cartagena; 2018 [citado 12 de diciembre 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/server/api/core/bitstreams/a92f01ea-c3c7-4056-b1fb-83d761cd1a4c/content>
12. Guevara López CG. Perfil epidemiológico y clínico en pacientes con diagnóstico de enfermedad gestacional del trofoblasto en Hospital Nacional de la Mujer entre julio 2015 a julio 2016 [tesis en Internet]. San Salvador: Universidad de El Salvador; 2017 [citado 03 de diciembre 2025]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177876/476->
13. Jagtap SV, Aher V, Gadhiya S, Jagtap SS. Gestational trophoblastic disease: clinicopathological study at tertiary care hospital. J Clin Diagn Res. 2017;11(8):EC27-EC30. 2018 [citado 06 de noviembre del 2025]. doi:10.7860/JCDR/2017/27232.10458. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5620778/>
14. Talledo León AB, Vicente Pusceas DY. Características epidemiológicas y obstétricas de la mola hidatiforme durante los años 2005-2019. Hospital Regional Docente de Trujillo [tesis en Internet]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2021 [citado 10 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/8012>
15. Huamán Romero DM. Características de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes del Hospital El Carmen Huancayo 2015-2018 [tesis en Internet]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2019 [citado 23 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/628>
16. Humpiri Aparicio MA. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011 [tesis de pregrado en Internet]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2013 [citado el 26 noviembre de

- 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/4a40bdca-af5c-4453-97d3-678692c6fc58>
17. Albinagorta OR, Saona UP. Enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Aspectos epidemiológicos y clínicos. Rev Med Hered [Internet]. 2013 [citado el 24 de noviembre de 2025];5(4):180-186. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/456>
18. Castro Reyes NG. Estudio de las características clínico-epidemiológicas de la enfermedad del trofoblasto gestacional en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los años 2001 - 2005 [tesis de pregrado en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007 [citado el 05 de noviembre 2025]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/3a8d03d6-2be4-4efa-a1e7-a6d2ffb18400/content>
19. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Enfermedad trofoblástica gestacional [Guía de Asistencia Práctica en Internet]. Prog Obstet Ginecol. 2020 [citado 02 de diciembre de 2025];63(3):165-184. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n3/05-GAP-enfermedad-trofoblastica-gestacional.pdf>
20. Galaz-Montoya CI, Razo-Aguilera G, Grether-González P, Aguinaga-Ríos M. Aspectos genéticos de la mola hidatidiforme. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2015 [citado 06 de diciembre de 2025];29(3):113-117. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/289991386_Aspectos_geneticos_de_la_mola_hidatidiforme
21. Vélez-Bohórquez M, Olaya-Contreras M. Enfermedad trofoblástica gestacional. Revisión de la bibliografía. Patología Rev Latinoam [Internet]. 2022 [citado 03 noviembre de 2025];60:1-11. Disponible en: <https://www.revistapatologia.com/articulo/enfermedad-trofoblastica-gestacional-revision-de-la-bibliografia>

22. Bruce S, Sorosky J. Gestational Trophoblastic Disease. 2024 feb 25. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [citado 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470267/>
23. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología [Internet]. Lima: INMP; 2018 [citado 18 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>
24. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, et al. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2021 update. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2021 [citado 20 noviembre de 2025];155 Suppl 1(Suppl 1):86-93. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34669197/>
25. Díaz Mediavilla I, Asensi Miranda J, Martínez Urabayen U, Isusi Fontán M, Ormaetxe Albéniz L, González Ripalda P, et al. Enfermedad trofoblástica gestacional: lo que el radiólogo debe saber [comunicación de congreso en Internet]. En: 37 Congreso Nacional SERAM; 22-25 de mayo de 2024; Bilbao. Madrid: SERAM; 2024 [citado 05 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/10044>
26. Stevens FT, Katzorke N, Tempfer C, Kreimer U, Bizjak GI, Fleisch MC, et al. Gestational Trophoblastic Disorders: An Update in 2015. Geburtshilfe Frauenheilkd [Internet]. 2015 [citado 27 de noviembre de 2025];75(10):1043-1050. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4629994/>
27. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de Práctica Clínica de Enfermedad Trofoblástica Gestacional. En: Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Ginecología [Internet]. Lima: INMP; 2020 [citado 20 de noviembre de 2025]. p. [colocar el rango de páginas de la guía]. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/uploads/GUIA_GINECOLOGIA_INMP.pdf

28. Gonzalez J, Popp M, Ocejo S, Abreu A, Bahmad HF, Poppiti R. Gestational Trophoblastic Disease: Complete versus Partial Hydatidiform Moles. Diseases [Internet]. 2024 [citado 15 de noviembre de 2025];12(7):159. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/382354570_Gestational_Trophoblastic_Disease_Complete_versus_Partial_Hydatidiform_Moles
29. Chaves Solano M, Saborío González K, Solís Cerdas E. Actualización en patología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias. Rev Med Sinerg [Internet]. 2019 [citado 27 de diciembre de 2025];4(5):e193. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/193>
30. Cavaliere A, Ermito S, Dinatale A, Pedata R. Management of molar pregnancy. J Prenat Med [Internet]. 2009 [citado 22 de noviembre de 2025];3(1):15-17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22439034/>
31. Durón González R, Bolaños Morera P. Enfermedad trofoblástica gestacional. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2018 Mar [citado 15 de diciembre de 2025];35(1). Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152018000100030
32. Biscaro A, Braga A, Berkowitz RS. Diagnosis, classification and treatment of gestational trophoblastic neoplasia. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2015 [citado 06 de diciembre de 2025];37(1):42-51. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/JwXMVzvbhtDpqzsMsFF47Qd/?format=html&lang=en>
33. Mendes da Silva AL, do Nascimento Monteiro K, Yazaki Sun S, Borbely AU. Gestational trophoblastic neoplasia: Novelties and challenges. Placenta [Internet]. 2021 [citado 05 de noviembre de 2025];116:38-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33685753/>
34. Alazzam M, Tidy J, Osborne R, Hancock BW, Lawrie TA. Chemotherapy for resistant or recurrent gestational trophoblastic neoplasia. Cochrane

- Database Syst Rev [Internet]. 2012 [citado 08 de noviembre de 2025];(12):CD008891. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23235667/>
35. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación [Internet]. 6.ª ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2014 [citado 29 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
36. Real Academia Nacional de Medicina de España. Diccionario de términos médicos [Internet]. Madrid: RANME; 2012 [citado 27 de noviembre 2025]. Disponible en: <https://dtme.ranm.es/index.aspx>
37. Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario panhispánico del español jurídico [Internet]. Madrid: RAE; 2020 [citado 27 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/>
38. Rogowska AM. Comparing the Self-Reported Health, Happiness, and Marital Happiness. En: Shackelford TK, editor. Encyclopedia of Sexual Psychology and Behavior [Internet]. Cham: Springer; 2023 [citado 11 de diciembre de 2025]. p. 1-9. Disponible en: https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-3-031-08956-5_2106-1
39. Campbell EW Jr, Lynn CK. The Physical Examination. En: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editores. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations [Internet]. 3a ed. Boston: Butterworths; 1990. Capítulo 4 [citado 12 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361/>
40. Instituto Nacional del Cáncer (EE. UU.). Diccionario de cáncer [Internet]. Bethesda (MD): NCI; c2026 [citado 14 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/>

41. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico [Internet]. Pamplona: CUN; c2023 [citado 19 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico>

ANEXOS

ANEXO 01. OTROS RESULTADOS

Anexo 1.1. Hallazgos anatomopatológicos complementarios de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional (n = 69)*

Fuente: Registro del Servicio de Anatomía Patológica, Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2026.

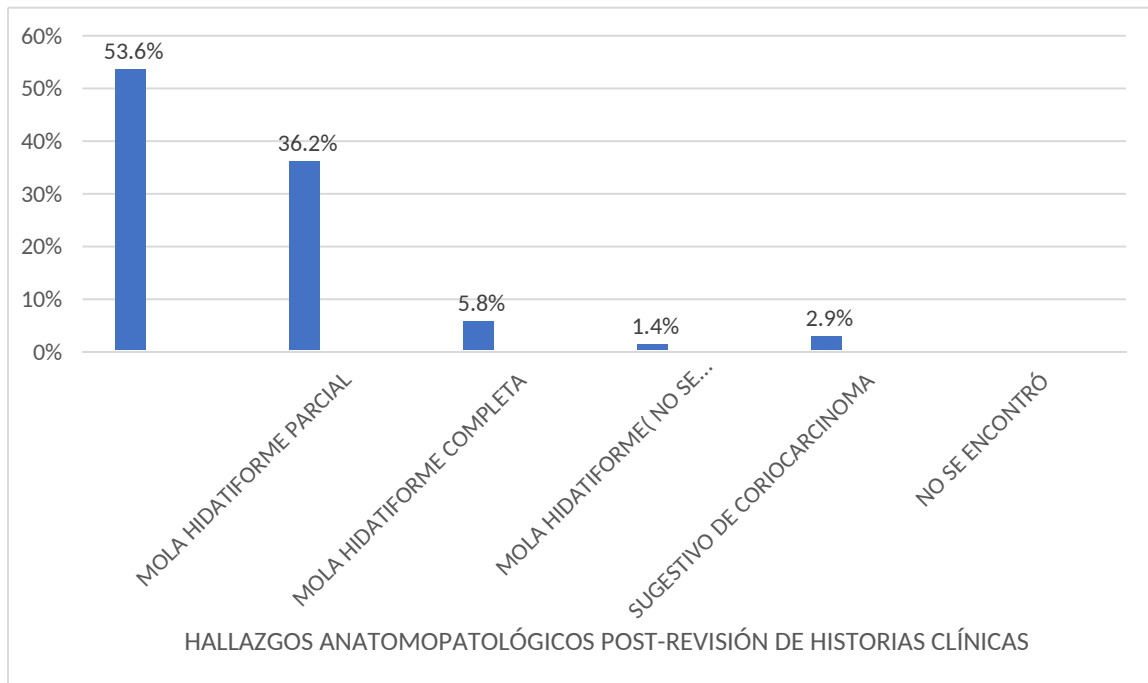
Nota*: Datos obtenidos para completar la información no registrada en las historias clínicas

Tabla 1: Hallazgos anatomopatológicos complementarios de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional (n=69)

Hallazgos anatomopatológicos	n (%)
Mola hidatiforme parcial	37 (53.6%)
Mola hidatiforme completa	25 (36.2%)
Mola hidatiforme (no se especifica si es mola parcial o mola completa)	4 (5.8%)
Sugestivo de coriocarcinoma	1 (1.4%)
No se encontró	2 (2.9%)

Nota. n = frecuencia. % = porcentaje

Figura 1: Hallazgos anatomopatológicos complementarios de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional (n=69)



ANEXO 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TROFLOBLÁSTICA GESTACIONAL EN EL HOSPITAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2021-2025.				
VARIABLE	PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	METODOLOGÍA
<p>VARIABLE 1: Características epidemiológicas Edad materna Estado civil Procedencia Grado de instrucción Antecedentes patológicos</p> <p>VARIABLE 2: Características clínicas DIAGNÓSTICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad gestacional • Manifestaciones clínicas • Hallazgos al examen físico • Hallazgos ecográficos • Hallazgos laboratoriales • Hallazgos anatomopatológicos <p>TERAPÉUTICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento ▪ Seguimiento <p>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paridad ▪ Abortos previos ▪ Embarazo molar previo 	<p>¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2021-2025?</p>	<p>Determinar las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2021-2025.</p>	<p>Nuestro estudio no cuenta con hipótesis.</p>	<p>Tipo de investigación: Es una investigación de enfoque cuantitativo. Descriptivo. Diseño investigación: observacional, transversal. Método de investigación: Método inductivo. Población: 101 pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho. Tamaño de muestra: Conformada por 95 pacientes que cumplieron los criterios de selección de la población. Técnica de recolección de datos: Fuente secundaria. Instrumento de recolección de datos: Ficha de</p>
	PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICOS	
	<p>¿Cuáles son las características epidemiológicas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2021-2025?</p>	<p>Identificar las características epidemiológicas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2021-2025.</p>	<p>Nuestro estudio no cuenta con hipótesis.</p>	
	<p>¿Cuáles son las características clínicas diagnósticas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2021-2025?</p>	<p>Determinar las características clínicas diagnósticas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2021-2025.</p>		

	<p>¿Cuáles son las características clínicas terapéuticas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2021-2025?</p>	<p>Determinar las características clínicas terapéuticas de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2021-2025.</p>		<p>recolección de datos. Análisis de datos: Microsoft Excel y el software estadístico IBM SPSS Statistics (versión 25).</p>
	<p>¿Cuáles son los antecedentes obstétricos de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2021-2025?</p>	<p>Identificar los antecedentes obstétricos de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2021-2025.</p>		

ANEXO 03: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES	INSTRUMENTO
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	EDAD	Tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento de la paciente hasta el momento de su captación o registro en el estudio. (36)	Tiempo transcurrido expresado en años cumplidos al momento de la atención, verificado y extraído de la historia clínica obstétrica.	Cualitativa	Ordinal	< 15 años 15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35- 39años ≥40 años	Ficha de recolección de datos
	ESTADO CIVIL	Condición jurídica/social de la paciente respecto a su vínculo de pareja. (36)	Condición legal o de convivencia de la paciente al momento de la apertura de la historia clínica obstétrica.	Cualitativa	Nominal	-Soltera -Conviviente -Casada -Separada -Viuda	Ficha de recolección de datos
	PROCEDENCIA	Lugar geográfico de residencia habitual de la paciente. (37)	Clasificación de la zona de vivienda registrada en la historia clínica obstétrica.	Cualitativa	Nominal	Urbano Rural	Ficha de recolección de datos
	GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nivel máximo de estudios formales alcanzado por la paciente. (36)	Nivel de escolaridad más alto completado por la paciente según el registro en la historia clínica obstétrica.	Cualitativa	Ordinal	-Sin estudios -Primaria -Secundaria - Superior universitario -Superior no universitario	Ficha de recolección de datos
	NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	Cantidad total de compañeros sexuales a lo largo de la vida de la paciente. (38)	Total de individuos con quienes la paciente ha tenido contacto sexual, registrado en la historia clínica obstétrica.	Cuantitativa	Discreta	1 2 >2	Ficha de recolección de datos
	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	Enfermedades sistémicas diagnosticadas del paciente. (36)	Presencia o ausencia de condiciones médicas patológica preexistentes registradas en la historia clínica de la paciente.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Presente Ausente	Ficha de recolección de datos
CARACTERÍSTICAS	EDAD	Número de semanas	Cálculo en semanas	Cualitativa	Ordinal	< 8 semanas	Ficha de

DIAGNÓSTICAS	GESTACIONAL	desde el primer día de la última menstruación de la madre y el día del probable parto. (36)	según fecha de última menstruación registrada en historia clínica.			8 a 12 semanas > 12 semanas	recolección de datos
	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	Signos y síntomas o síndromes relacionados a una patología. (36)	Presencia de signos y síntomas relacionados a ETG consignados en la historia clínica.	Cualitativa	Nominal politómica	-Sangrado vaginal -Dolor en hipogastrio -Cefalea -Náuseas y / o vómitos -Malestar general	Ficha de recolección de datos
	HALLAZGOS AL EXAMEN FÍSICO	Datos objetivos de la exploración clínica materna y obstétrica.(39)	Recolección de los datos registrados en la sección de " Examen Físico General y Preferencial " de la historia clínica.	Cualitativa	Nominal politómica	-Sangrado vaginal -Dolor a la palpación en hipogastrio -Altura uterina discordante -Expulsión de vesículas semejantes a uvas	Ficha de recolección de datos
	HALLAZGOS ECOGRÁFICOS	Características morfológicas de estructuras anatómicas por ultrasonografía (40).	Conclusión del informe ecográfico del contenido uterino en la historia clínica.	Cualitativa	Nominal politómica	-Tipo de mola: MOLA O PARCIAL -Presencia de patrón en "panal de abejas". -Presencia de quistes teca luteínicos. -Otros hallazgos	Ficha de recolección de datos
	HALLAZGOS LABORATORIALES	Estudios analíticos de muestras de fluidos o tejidos de las pacientes obtenidas. (40)	Valor del primer resultado de β -hCG registrado en la historia clínica antes del tratamiento.	Cualitativa	Ordinal	\leq 10 000 mUI/mL -10 001 - 100 000 mUI/mL -100 001 - 250 000 mUI/mL -> 250 000 mUI/mL - Otros (β -hCG cualitativa)	Ficha de recolección de datos
	HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓ-	Identificación de una enfermedad mediante	Informe de anatomía patológica que se	Cualitativa	Nominal politómica	Si presentan (Especificar el tipo)	Ficha de recolección de

	GICOS	el examen de tejidos o células al microscopio. (40)	encuentre registrado en la historia clínica.			histológico) No presentan	datos
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS TERAPÉUTICAS	TRATAMIENTO	Conjunto de medidas que tienen como objetivo aliviar, curar o prevenir enfermedades. (41)	Tipo de tratamiento sea médico o quirúrgico registrada en la historia clínica.	Cualitativa	Nominal politómica	-Legrado uterino - AMEU - AMEU + legrado uterino - OTROS	Ficha de recolección de datos
	SEGUIMIENTO	Evaluación de la evolución de los síntomas y cambios en pruebas diagnósticas, clave en patologías de evolución lenta. (41)	Asistencia a controles posteriores a la evacuación de la ETG.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si No	Ficha de recolección de datos
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	PARIDAD	Número de gestaciones previas que alcanzaron viabilidad fetal (>500g o >22 semanas). (36)	Valor registrado en la fórmula obstétrica de la historia clínica.	Cualitativa	Ordinal	-Nulípara -Primípara -Multípara (2-4) -Gran multípara (≥ 5)	Ficha de recolección de datos
	ABORTOS PREVIOS	Antecedente de interrupción de gestaciones anteriores antes de alcanzar la viabilidad fetal. (36)	Número de abortos que se registran en la historia clínica obstétrica.	Cuantitativa	Nominal politómica	0 1 2 >2	Ficha de recolección de datos
	EMBARAZO MOLAR PREVIO	Historia de gestación con degeneración hidrópica de vellosidades coriales (ETG).(40)	Antecedente de diagnóstico de ETG registrada en historia clínica	Cualitativa	Nominal politómica	0 1 2 >2	Ficha de recolección de datos

ANEXO 04: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENFERMEDAD TROFLOBLÁSTICA GESTACIONAL EN EL HOSPITAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2021-2025.

Instrucciones: Marcar con una (X) la opción correspondiente o completar según corresponda.

Código de ficha: _____

Fecha: ____ / ____ / _____

I. CARACTERÍSTICAS

EPIDEMIOLOGICAS

1) EDAD:

- < 15 años
- 15-19 años
- 20-24 años
- 25-29 años
- 30-34 años
- 35-39 años
- ≥40 años

2) ESTADO CIVIL:

- Soltera
- Conviviente
- Casada
- Separada
- Viuda

3) PROCEDENCIA:

Urbano

Rural

4) GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- Sin estudios
- Primaria
- Secundaria
- Superior universitario
- Superior no universitario

5) NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES:

- 1
- 2
- > 2

6) ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- Presente
- Ausente

II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

• DIAGNÓSTICAS

7) EDAD GESTACIONAL:

- < 8 semanas
- 8 a 12 semanas
- > 12 semanas

8) MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

- Sangrado vaginal
- Dolor en hipogastrio
- Cefalea
- Náuseas y/o vómitos
- Malestar general

9) HALLAZGOS AL EXAMEN FÍSICO:

- Sangrado vaginal
- Dolor a la palpación en hipogastrio
- Altura uterina discordante
- Expulsión de vesículas semejantes a uvas

10) HALLAZGOS ECOGRÁFICOS:

- Tipo de mola: COMPLETA O PARCIAL
- Presencia de patrón en “panal de abeja”

Presencia de quistes tecaluteínicos

Otros hallazgos ecográficos (endometrio engrosado, endometrio heterogéneo, liquido libre en saco de Douglas).

11) HALLAZGOS LABORATORIALES:

NIVELES DE β - hCG:

- $\leq 10\ 000$ mUI/mL
- 10 001 - 100 000 mUI/mL
- 100 001 - 250 000 mUI/mL
- > 250 000 mUI/mL
- Otros (β -hCG cualitativa)

12) HALLAZGOS

ANATOMOPATOLOGICOS:

- SÍ (ESPECIFICAR EL TIPO HISTOLOGICO)
- NO

• TERAPÉUTICAS

12) TRATAMIENTO:

- AMEU
- LEGRADO UTERINO
- AMEU + LEGRADO UTERINO

OTROS (HISTERECTOMIA, SOB,
REFERENCIA)

13) SEGUIMIENTO:

Sí

NO

III.ANTECEDENTES

OBSTÉTRICOS

14) PARIDAD:

Nulípara

Primípara

Multípara (2-4)

Gran multípara (≥ 5)

15) ABORTOS PREVIOS:

0

1

2

> 2

16) EMBARAZO MOLAR PREVIO:

0

1

2

> 2

ANEXO 05: CARTA DE ACEPTACIÓN DE ASESORÍA

CARTA DE ACEPTACION PARA SER ASESOR DE TESIS

AYACUCHO, 02 DE FEBRERO DEL 2026

Yo **DRA. Marilú Francisca OBANDO CORZO**, médico ginecobstetra identificado con DNI N °21554469 he recibido el pedido de los estudiantes **Sosa Chavez Marcelina Mercedes** identificada con DNI N° 70172662 y **Bautista Barrios Yina Jannet** identificado con DNI N° 71873431, de la Escuela Profesional de Medicina Humana, para ser asesor de tesis del trabajo titulado: “**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TROFLOBLÁSTICA GESTACIONAL EN EL HOSPITAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2021-2025”**”.

En tal sentido, acepto y me propongo a desempeñar la función de asesor del presente trabajo de tesis. Asimismo, aclaro bajo juramento no tener vínculo parentesco con las tesis hasta el cuarto grado de consanguinidad ni segundo de afinidad, conforme a lo establecido en el reglamento de ingreso, estudios y grados académicos de la escuela profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.

Atentamente,



.....
Dra. Marilú Francisca OBANDO CORZO

DNI N° 21554469

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

RD. N° 408 – 2026 – UNSCH – FCSA - D

BACHILLERES: -

- MARCELINA MERCEDES SOSA CHAVEZ.

- YINA JANNET BAUTISTA BARRIOS

En la ciudad de Ayacucho siendo las 11 :10 horas del día veinte tres de junio del dos mil veintiséis, se reunieron en el Auditorio del Centro Cultural de la UNSCH los docentes miembros del jurado evaluador de la tesis titulada: Características Epidemiológicas y Clínicas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital "Miguel ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2021 - 2025 , para el acto de sustentación, presentado por las Bachilleres: Marcelina Mercedes Sosa Chavez, Y Yina Jannet Bautista Barrios, para optar el Título profesional de Médico Cirujano.

Los miembros del Jurado de sustentación de la tesis, está conformado por:

Presidente: Prof. Dr. Jorge Alberto Rodríguez Rivas.

Miembros: Prof. Dr. Jorge Alberto Rodríguez Rivas.

Prof. Dr. Jorge Miguel Cevallos Sáez

Prof. Dra. Laura Lisbeth Saire Bocángel

Secretaria docente: Prof. Dra. Betzabé Quispe Camacho.

Con el quorum de reglamento se dio inicio a la sustentación de tesis, el presidente de la comisión pide al secretario docente dar lectura a los documentos presentados por los recurrentes, y da algunas indicaciones a los sustentantes. Dio inicio a la exposición la Bachiller MARCELINA MERCEDES SOSA CHAVEZ , y una vez concluida su exposición, se dio inicio a la sustentación de la Bachiller, YINA JANNET BAUTISTA BARRIOS, una vez concluida la sustentación de ambas bachilleres, el presidente del jurado Dr. Jorge Alberto Rodríguez, Rivas, solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas; los docentes miembros del Jurado realizan sus preguntas, observaciones y aclaraciones correspondientes. Una vez concluida la sección de preguntas, el presidente del jurado invita a los sustentantes y al público en general, a abandonar el auditorio para que los miembros del Jurado, puedan proceder con la calificación de la Sustentación de Tesis.

RESULTADO DE LA EVALUACION FINAL

BACHILLERES:

- MARCELINA MERCEDES SOSA CHAVEZ.

- YINA JANNET BAUTISTA BARRIOS

NOMBRE DE JURADOS	Nota de Tex.		Nota de Exposición.		Nota de respuesta a preguntas		Promedio	
	Est. 1	Est. 2	Est. 1	Est. 2	Est. 1	Est. 2	Est. 1	Est. 2
DR. Dr. José Alberto Rodríguez Rivas.	-	-	-	-	-	-	-	-
DR. Dr. José Alberto Rodríguez Rivas.	18	18	18	18	18	18	18	18
DR. Dr. Jorge Miguel Cevallos Sáez	18	18	18	18	18	18	18	18
DRA. Dra. Laura Lisbeth Saire Bocángel	18	18	18	18	18	18	18	18
Promedio Final							18	18

De la evaluación realizada por los miembros de jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar a las Bachilleres, , Marcelina Mercedes Sosa Chavez, Y Yina Jannet Bautista Barrio. quienes, obtuvieron las notas de , respectivamente para lo cual los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente.

Siendo las 12 y 30 horas, se da por concluido con la presenta sustentación de tesis.



Dr. Jorge Alberto Rodríguez Rivas
 PRESIDENTE



Dr. Jorge Cevallos Sáez
 MIEMBRO



Dra. Laura Saire Bocángel.
 MIEMBRO



Dra. Betzabé Quispe Camacho
 SECRETARIA DOCENTE



UNSCH

FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL
DE MEDICINA HUMANA

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El que suscribe, responsable verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado en **segunda instancia** para la Escuela Profesional de medicina humana; en cumplimiento a la Resolución de Consejo Universitario N° 171-2023-UNSCH-CU, Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la UNSCH y el RESOLUCIÓN DECANAL N.° 720-2023-UNSCH-FCSA /D, deja constancia que:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TESISISTA:

BAUTISTA BARRIOS Yina Jannet
SOSA CHAVEZ Marcelina Mercedes

ESCUELA PROFESIONAL:

Escuela Profesional de Medicina Humana

TÍTULO DE LA TESIS:

Características epidemiológicas y clínicas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2021-2025.

EVALUACIÓN DE LA ORIGINALIDAD :

16% de similitud

Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, **es procedente otorgar la constancia de originalidad** para los fines que crea conveniente.

Ayacucho, 17 de junio de 2026

Dr. Jorge Alberto Rodríguez Rivas
Director

Dr. Jorge Alberto Rodríguez Rivas
Director de la escuela profesional de Medicina Humana
Facultad de Ciencias de la Salud

(Verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado de la EPMH)

Cc. Archivo,
JJRR/lea.

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA
Av. Independencia S/N Ciudad Universitaria
Ayacucho. Cel: 947971319
ep.medicinahumana@unsch.edu.pe

Características epidemiológicas y clínicas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2021-2025.

por Yina Jannet BAUTISTA BARRIOS Marcelina Mercedes SOSA CHAVEZ

Fecha de entrega: 17-jun-2026 09:24a. m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2984984915

Nombre del archivo:

CARACTERISTICAS_EPIDEMIOLOGICAS_Y_CLINICAS_DE_PACIENTES_CON_ENFERMEDAD_TROFOBLASTICA_GESTACIONAL_EN_EL_HOSPITAL_MIGUEL_ANGEL_MARISCAL_LLEF
2025.pdf (1.32M)

Total de palabras: 17914

Total de caracteres: 109696

Características epidemiológicas y clínicas de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2021-2025.

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga

Trabajo del estudiante

3%

2

hdl.handle.net

Fuente de Internet

3%

3

tesis.ucsm.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.unsch.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

dspace.ucuenca.edu.ec

Fuente de Internet

1%

6

oncosego.sego.es

Fuente de Internet

1%

7

repositorio.unsaac.edu.pe

Fuente de Internet

1%

8

www.elsevier.es

Fuente de Internet

<1%

9

repositorio.upt.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

10

repositorio.unan.edu.ni

Fuente de Internet

<1%

11

oldri.ues.edu.sv

Fuente de Internet

<1%

12

dspace.esPOCH.edu.ec

Fuente de Internet

<1%

13

repositorio.upsjb.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

14

www.revistapatologia.com

Fuente de Internet

<1%

15	biblioteca.usac.edu.gt Fuente de Internet	<1 %
16	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE Trabajo del estudiante	<1 %
17	repositorio.unphu.edu.do Fuente de Internet	<1 %
18	ri-ng.uaq.mx Fuente de Internet	<1 %
19	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
20	docplayer.es Fuente de Internet	<1 %
21	repositorio.ucsg.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
22	repositorio.unjfsc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
23	biblioteca.medicina.usac.edu.gt Fuente de Internet	<1 %
24	dspace.unach.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
25	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
26	ri.conicet.gov.ar Fuente de Internet	<1 %
27	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo