



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE MATAGALPA

UNAN – FAREM

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS, TECNOLOGIA Y SALUD

MONOGRAFIA

Para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

Tema:

**Abordaje clínico y terapéutico de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional,
en mujeres atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital
Escuela César Amador Molina de Matagalpa, en el periodo 2021**

Autoras

**Anielka María Rodríguez Rosales
Mirtha de los ángeles Martínez López**

Tutor:

**Dr. Luis Alberto Zelaya
Especialista en ginecoobstetricia**

Matagalpa, diciembre 2023



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE MATAGALPA

UNAN – FAREM

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS, TECNOLOGIA Y SALUD

MONOGRAFIA

Para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

Tema:

**Abordaje clínico y terapéutico de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional,
en mujeres atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital
Escuela César Amador Molina de Matagalpa, en el periodo 2021**

Autoras

**Anielka María Rodríguez Rosales
Mirtha de los ángeles Martínez López**

Tutor:

**Dr. Luis Alberto Zelaya
Especialista en ginecoobstetricia**

Matagalpa, diciembre 2023

Dedicatoria

Es un maravilloso placer culminar satisfactoriamente esta etapa como estudiantes, por ello queremos agradecer a Dios quien nos ha ayudado a lograr nuestros sueños.

Este trabajo fruto de nuestro esfuerzo y constancia va dedicado con mucho amor a nuestros padres quienes sembraron la semilla del amor, la responsabilidad, el deseo de triunfar y de superación, los valores morales y espirituales para con ellos servir a Dios y a los más necesitados.

Así mismo va dedicado a todas las personas que nos han apoyado y han hecho que nuestra investigación se realice, por la motivación, comprensión y entusiasmo que nos han brindado.

Agradecimiento

A Dios Omnipotente, por la vida que nos ha concedido y por regalarnos el don de la sabiduría, para lograr culminar nuestra formación académica.

A nuestros padres, quienes con sacrificio, amor y entrega permitieron que nuestro sueño se hiciera realidad.

A nuestro docente Dr. Luis Alberto Zelaya por el apoyo, paciencia y dedicación brindada en la realización de este trabajo investigativo.

A los médicos del Hospital Escuela Cesar Amador Molina, quienes aportaron sus conocimientos y experiencias en nuestra formación como profesionales de la salud.

A los pacientes, por ser parte de nuestro aprendizaje a lo largo de este camino.

Carta aval del tutor

La enfermedad trofoblástica gestacional, es una patología de gran impacto social en nuestro país, siendo el coriocarcinoma la forma más maligna de este grupo de enfermedades, por lo tanto, el trabajo de todo profesional de la salud, debe ser el de prevenir la misma.

Me satisface, el haber aportado a este estudio a través de mi tutoría científica y técnica, y estoy seguro, que los resultados del mismo, servirán de base para la realización de otros proyectos futuros, que nos permitan un mejor abordaje, y una pronta instauración del tratamiento, para mejorar la calidad de vida y pronostico.

DR. Luis Alberto Zelaya
Especialista en ginecoobstetricia perinatología
Hospital Escuela César Amador Molina

Resumen

Comentado [MG1]: Se redacta en un solo párrafo a espacio sencillo.

La enfermedad trofoblástica gestacional comprende un grupo de enfermedades en las que se forman células anormales en el interior del útero después de la concepción. El propósito de la investigación, es analizar el abordaje clínico y terapéutico de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Escuela Cesar Amador Molina, en el periodo 2021, específicamente se pretende para esto ,caracterizar sociodemográficamente a las pacientes en estudio, identificar los factores de riesgo de mayor y menor prevalencia en la enfermedad, constatar los antecedentes Gineco-obstétricos presentes en las pacientes, así mismo mencionar el manejo clínico, diagnóstico y terapéutico de la enfermedad. Metodológicamente, este es un estudio descriptivo, de corte transversal; el estudio se llevó a cabo en el Hospital Escuela Cesar Amador Molina, en el servicio de ginecología, con una población de 60 pacientes, para obtener la información del estudio se procedió a realizar actividades como: selección del lugar, coordinación con las autoridades responsables, elaboración de los instrumentos y posteriormente se procedió a la recolección de la información. Se concluyó que las edades de mayor incidencia estaban entre 20 a 35 años procedentes de la zona rural, un gran porcentaje de la población en estudio no tienen antecedentes de mola hidatiforme, ni aborto previo, de igual manera se encontró que la principal manifestación clínica es el sangrado transvaginal, donde se les brindo un manejo clínico, diagnóstico y terapéutico, el procedimiento realizado en su mayoría fue el AMEU, por lo que se recomienda complementar con estudios subsecuentes en esta unidad hospitalaria para el fortalecimiento de las estrategias diagnósticas y terapéuticas para esta patología. **Palabras claves:** enfermedad trofoblástica gestacional, neoplasia trofoblástica gestacional, mola hidatiforme, tumores trofoblásticos, hormona gonadotropina coriónica humana.

INDICE

CAPITULO I.....	1
1.1.INTRODUCCIÓN.....	1
1.2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.3 JUSTIFICACION.....	3
1.4 OBJETIVOS.....	4
CAPITULO II.....	5
2.1. MARCO REFERENCIAL.....	5
a)ANTECEDENTES.....	5
b. MARCO TEORICO.....	8
b.1. Enfermedad Trofoblástica Gestacional - ETG.....	8
b.1.2. Epidemiologia.....	8
2.2. PREGUNTAS DIRECTRICES.....	20
CAPITULO III.....	21
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	21
3.1. Enfoque de investigación.....	21
3.2. Tipo de investigación.....	21
3.3. Poblacion y Muestra.....	21
3.4. Técnica e instrumento.....	22
3.5. Método.....	22
3.6. Variables de estudio.....	22
CAPITULO IV.....	24
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	24
4.1 Caracterización sociodemográfica de las pacientes con ETG.....	24
4.2 Factores de riesgos de mayor y menor prevalencia en pacientes con ETG.....	25
4.3 Antecedentes gineco obstétricos en pacientes con ETG.....	26
4.4 Diagnóstico clínico, métodos auxiliares y tratamiento en pacientes con diagnóstico ETG.....	27
4.5 Métodos diagnósticos en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia.....	28
4.6 Resultados de biopsia en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia.....	29
4.7 Método anticonceptivo post evacuación de cavidad uterina en las pacientes.....	30
CAPITULO V.....	33
5.1 Conclusiones.....	33
5.2 RECOMENDACIONES.....	34

5.BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS.....	37

CAPITULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional, es una patología que comprende un grupo de condiciones relacionadas con el embarazo, mismas que se derivan del tejido trofoblástico placentario después de la fertilización normal o anormal; cuya forma más benigna se encuentra representada por la mola hidatiforme y en contraposición con ésta encontramos el coriocarcinoma; caracterizándose todas ellas por la hipersecreción de la subunidad beta de la hormona gonadotropina coriónica humana (HCG).

La presente investigación tiene como propósito, describir el abordaje clínico y terapéutico de la enfermedad trofoblástica gestacional, en mujeres atendidas en el servicio de ginecoobstetricia, la cual tiene gran importancia debido a que esta patología en nuestro país es muy frecuente, pero sobre todo representa una condición que pone en riesgo la vida de la paciente y que puede conllevar al desarrollo de una neoplasia letal si no se aborda adecuadamente.

Por lo que en la presente investigación, se encontró que las pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica gestacional, se encuentran en edades reproductivas, no relacionadas con complicaciones obstétricas, y que el manejo terapéutico brindado a las pacientes, es la aspiración manual endouterina, por lo que se recomienda aumentar la tasa de detección diagnóstica temprana de esta patología y complementar con estudios subsecuentes para el fortalecimiento de estrategias diagnósticas y terapéuticas.

Comentado [MG2]: Cómo esta organizada su monografía... en capítulos?

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad trofoblástica gestacional es un problema ginecológico muy frecuente del cual han sido pocos los estudios publicados que muestren sus características dentro de nuestro medio, no obstante, esta patología se encuentra dentro de las enfermedades que se pueden curar en un cien por ciento si se toman las medidas necesarias a tiempo, los problemas presentes en esta enfermedad radican en; la lentitud del inicio del tratamiento, negatividad al tratamiento, mala nutrición, plazos demasiado largos para obtener resultados de exámenes de laboratorio (BHCG), entre otros.

Por lo tanto, en consideración a que la efectividad del tratamiento va en dependencia del estadio clínico y de los largos periodos que se deben esperar las pacientes por diferentes causas se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es el abordaje clínico y terapéutico de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, en mujeres atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Escuela César Amador Molina de Matagalpa, en el periodo 2021?

1.3 JUSTIFICACION

La enfermedad trofoblástica gestacional es el término utilizado para abarcar un grupo de tumores tipificados por la proliferación anormal del trofoblasto que incluye un amplio espectro de entidades clínico patológicas, en la enfermedad trofoblástica se agrupan las neoplasias desarrolladas a expensas de la placenta o de las células germinativas de las gónadas de ambos sexos.

Esta investigación tiene como propósito contribuir positivamente al personal de salud en el diagnóstico oportuno y adecuado de esta patología, ya que esta enfermedad tiene un alto potencial para malignizarse con tendencia a la invasión local y metastásica.

Por lo tanto, es de gran importancia que los médicos comprendan su etiología, evolución natural y manejo, debido a su alto potencial de curación con la posibilidad de preservar la función reproductiva si se diagnostica a tiempo y se trata adecuadamente según sus criterios de riesgo y pronóstico.

Por lo que tendrá un gran impacto ya que la enfermedad trofoblástica gestacional es de aparición frecuente en el ámbito de los servicios de ginecología y obstetricia, pero sobre todo en algunas regiones con características sociodemográficas asociadas a la procedencia rural y bajo nivel socioeconómico entre otras variables de interés según la bibliografía consultada, cabe destacar que en nuestra unidad de formación médica representa un buen número de casos que se convierten en emergencias hemorrágicas o a largo plazo en una neoplasia que es totalmente prevenible con los protocolos diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento implementados, por lo que será de mucha utilidad para el personal de salud del servicio de ginecoobstetricia.

Comentado [MG3]: Esto lleva la justificación: Por párrafos.

Menciona que se estudia (tema)
Menciona para qué el estudio (propósito)
Resalta la importancia del tema de investigación.
(Problemática existente)
Hace mención del impacto que tendrá el trabajo.
Indica a quienes servirá la información y los resultados del trabajo.

1.4 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Describir el abordaje clínico y terapéutico de la enfermedad trofoblástica gestacional, en mujeres atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Escuela Cesar Amador Molina, periodo 2021

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Caracterizar socio demográficamente a las pacientes en estudio.
2. Identificar los factores de riesgo de mayor y menor prevalencia en la enfermedad trofoblástica gestacional
3. Conocer los antecedentes gineco-obstétricos presentes en las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional
4. Correlacionar el manejo diagnóstico, terapéutico y de seguimiento en las pacientes con enfermedad trofoblástica según normativa Minsa 109.

CAPITULO II

2.1. MARCO REFERENCIAL

a) ANTECEDENTES

Antecedentes internacionales

(Huanca, 2019) En Lima, Perú realizo un estudio sobre factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Hipólito Unanue durante el periodo de enero del 2014 a diciembre del 2018, encontrando que la Mola hidatiforme completa fue el tipo de enfermedad trofoblástica más frecuente en el 22 % de los casos, seguido por mola hidatiforme parcial 8,9 %, las pacientes mayores de 35 años se vieron mayormente afectada en el 45 % de los casos, 63.33% pacientes que presentan enfermedad trofoblástica gestacional presento nivel socioeconómico bajo un 55% de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional presentó multiparidad, Se obtuvo que un 48.33% de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional presento antecedente de aborto.

Se obtuvo que un 13.30% de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional presentaron menarquia a la edad menor a 12 años. Este estudio se relaciona con nuestra investigación, debido a que uno de nuestros objetivos es describir la clasificación clínico-patológica de la enfermedad trofoblástica gestacional.

(Pastora, 2016) realizó monografía titulada “enfermedad trofoblástica gestacional como factores de riesgo asociados en el embarazo” con el objetivo de valorar la prevalencia de esta, la monografía llevo a las siguientes conclusiones al realizar un estudio prospectivo descriptivo en el cual se analizaron 24 casos de Enfermedad Trofoblástica encontrando una frecuencia de 1 en 283 partos. El 79.1% correspondió a mujeres jóvenes entre 20 y 30 años, 65.5% primigestas. Mola Hidatiforme completa fue la variedad que se presentó con más frecuencia. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron hemorragia uterina y aumento excesivo del tamaño uterino. En la totalidad de los casos el diagnóstico fue realizado ultrasonográficamente.

Comentado [MG4]: Los antecedentes como mínimo deberían ser 3 por cada nivel.. Si pueden anexar uno mas seria mejor.

El método terapéutico más utilizado fue el legrado uterino instrumental. A la mitad de las pacientes se les dio seguimiento. Esta monografía se relacionó con el estudio a realizar ya que abarca uno de nuestros objetivos que es el abordaje terapéutico de la enfermedad incidencia.

(Carlos & Castilblanco, 2018) realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre caracterización clínica de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital Ginec Obstetricia Ramón Gonzáles Coro, en las pacientes atendidas en el periodo 2008 a 2012. El estudio tuvo como objetivo, determinar el comportamiento clínico de las pacientes con Enfermedad Trofoblástica Gestacional, la población a estudio fue un total 18 casos, en donde reportan que el principal motivo de ingreso fue el sangrado vaginal y al examen físico el principal signo encontrado fue la salida de sangre por el orificio cervical externo; de acuerdo a la edad de las pacientes el 83,4% tenía una edad mayor de 24 años, al examen físico encontraron que el 94% de las pacientes presentó un útero aumentado de tamaño y de acuerdo a la clasificación de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional el 83% correspondió a mola hidatiforme parcial. Esta investigación se relaciona con nuestro estudio ya que describe las principales manifestaciones clínicas encontradas en las pacientes en estudio.

Antecedentes Nacionales

(Martinez, 2017) realizó en León, Nicaragua un estudio descriptivo titulado “Características clínicas, manejo y seguimiento en pacientes con mola hidatiforme ingresada en el servicio de ARO I, Heodra en el periodo de enero 2013 a mayo 2016” Encontrando que El 57.1% de pacientes con diagnóstico de mola hidatiforme está en el rango de 20-34 años; 68.5 % habitan en el área rural, 57% corresponde a las pacientes cuyo estado civil es unión libre y de acuerdo al nivel de instrucción el 48.5% lo presenta aquellas con estudio primario. En cuanto a la paridad el 40.5 % son multigestas; el 64.8% no tenían antecedentes obstétricos desfavorables y las semanas de amenorrea en que mayormente se diagnosticaba la mola era menor de las 12 semanas de gestación (54%). El 86% de las pacientes se encontraban asintomáticas y fue un hallazgo ultrasonográfico en su primer control como se diagnosticó.

Además, el 78% de los diagnósticos por ultrasonido fueron confirmados histológicamente por la presencia de presencia de masas heterogéneas predominantemente

ecogénicas, con múltiples focos hipocóicos, denominada apariencia en “tormenta de nieve” o “panal de abeja” (Dicho estudio se relaciona con nuestra investigación ya que también caracteriza demográficamente a las pacientes de su estudio).

(Arturo & Pérez, 2020), realizaron monografía en el Hospital Bertha Calderón Roque titulada “abordaje diagnóstico y terapéutico del embarazo molar” con el objetivo de mejorar el abordaje terapéutico, causa, antecedentes y factores socioeconómicos, dando como diagnóstico que la mayoría de las pacientes acudían con un motivo de consulta de sangrado transvaginal, dolor en bajo vientre o hiperémesis gravídica. La mayoría de las pacientes tenían una altura de fondo uterino mayor al tamaño esperado para su edad gestacional y concluyó también que la cuantificación de la hormona Gonadotropina Coriónica Humana no era realizada en la gran mayoría de los casos, al cual atribuyó el factor económico como principal causa. Esta monografía tiene relación con el estudio ya que engloba el abordaje terapéutico y no diagnóstico.

(Meza, 2013), realizó el trabajo investigativo “Manejo clínico, terapéutico de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes atendidas en el departamento de Ginecología en la sala de ARO I en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello enero 2005 a junio 2012. Con el objetivo de conocer el seguimiento brindado a las pacientes con enfermedad trofoblástica en donde se concluyó que no se estaba realizando un adecuado seguimiento según las normas internacionales de atención al embarazo molar. Dicho estudio se relaciona con nuestra investigación ya que de igual manera nuestro estudio tiene como objetivo conocer cuál es el seguimiento que se brinda a las pacientes con esta patología.

Antecedentes Locales

No se encontraron antecedentes locales relacionados con nuestro estudio.

b. MARCO TEORICO

b.1. Enfermedad Trofoblástica Gestacional - ETG

b.1.1. Definición

La enfermedad trofoblástica gestacional es el término utilizado para abarcar un grupo de tumores tipificados por la proliferación anormal del trofoblasto, incluye un amplio espectro de entidades clínico patológicas que va desde la ETG benigna (mola hidatiforme completa y mola hidatiforme parcial) hasta patologías malignas (mola hidatiforme invasora, coriocarcinoma, tumor del sitio placentario y tumor trofoblasto epitelial) también conocida como neoplasia trofoblástica gestacional. (Disaia, 2018)

(Gary, 2019) Mencionó: “En la enfermedad trofoblástica se agrupan las neoplasias desarrolladas a expensas de la placenta o de las células germinativas de las gónadas de ambos sexos. Un tumor trofoblástico puede tener su origen en células primordiales desplazadas a distintos órganos”

De acuerdo a lo anterior existen dos tipos de entidades, las cuales son benignas y malignas. La primera conocida como mola hidatiforme la cual es una masa o tumor que se forma en el interior del útero al comienzo del embarazo y se subdivide en parcial, cuando hay una placenta anormal y algo de desarrollo fetal o completa cuando hay una placenta anormal pero no hay feto. Siendo así un tumor trofoblástico, un tipo de neoplasia compuesto por células trofoblásticas que pueden diseminarse al musculo del útero y vasos sanguíneos, también puede diseminarse a los pulmones, la pelvis o los ganglios linfáticos, este crece de forma lenta y los signos o síntomas aparecen en meses o años después de un embarazo normal.

b.1.2. Epidemiología

La incidencia notificada de ETG varía ampliamente en todo el mundo, desde la más baja de 23 por 100 000 embarazos (Paraguay) a la más alta de 1299 por 100 000 embarazos (Indonesia). Sin embargo, al menos parte de esta variabilidad obedece a las diferencias de los criterios de diagnóstico y notificación.

La incidencia notificada en los Estados Unidos es de cerca de 110 a 120 por 100 000 embarazos. La incidencia notificada de coriocarcinoma, la forma más maligna de ETG en los

Estados Unidos es de cerca de 2 a 7 por 100 000 embarazos. La tasa de incidencia estandarizada por edad (1960 Word Standard) es de alrededor de 0,18 por 100 000, presentándose principalmente entre los 15 y 49 años.

En Nicaragua se encontró una frecuencia de Enfermedad Molar de 1 por cada 645 embarazos. Posteriormente en el estudio de Altamirano. Al realizado en Hospital Bertha Calderón Roque de enero 2010 a enero 2020 se encontró embarazo molar en una frecuencia de 1 por cada 223 embarazos, con un promedio de incidencia de 3.8 molas por mes. (Duron, 2018, pág. 18)

En relación a lo anterior, la incidencia notificada de ETG varía ampliamente en todo el mundo, desde la más baja en países occidentales y más alta en países latinoamericanos, la cual puede deberse a la prevalencia de factores genéticos y antecedentes obstétricos en unos grupos más que en otros.

b.1.3. Factores de riesgo

b.1.3.1. Factores de riesgos con mayor prevalencia en la ETG.

Hay dos factores que se relacionan sistemáticamente con un aumento del riesgo de ETG:

- Edad de la madre.
- Antecedentes de mola hidatiforme (MH)

Factores de riesgo y probabilidad de desarrollar ETG

- Mola previa (50%)
- Aborto previo (25%)
- Embarazo ectópico previo (5%)
- Embarazo previo de término (20%)
- Edad mayor de 40 y 50 años la incidencia de NTG es de 40% y 50% respectivamente. (MINSA, 2018)

Comentado [MG5]: Falta cita

b.1.3.2 Factores de riesgos de menor prevalencia en la ETG

- Uso prolongado de anticonceptivos orales (50%)
- Tabaquismo (25)

- Déficit de vitamina A (5%)
- Grupo sanguíneo (20%). (MINSA, 2018)

Según el (MINSA, 2018), las pacientes con antecedente de mola parcial o completa tienen 10 veces más riesgo de un embarazo molar subsecuente, (incidencia 1-2%), por lo que se debe realizar ultrasonido obstétrico en cuanto se sospecha un embarazo subsecuente.

b.1.4. Clasificación clínico-patológica de la enfermedad trofoblástica gestacional

La enfermedad trofoblástica gestacional (GTD) consta de seis entidades clínico patológicas distintas: mola hidatiforme completa (CHM), mola hidatiforme parcial (PHM), mola invasiva (IM), Coriocarcinoma (CCA), tumores trofoblásticos del lecho placentario y tumor trofoblástico epitelial (ETT). Estos tumores abarcan un porcentaje menor que los tumores ginecológicos y todos producen gonadotropina coriónica humana, que se puede utilizar como marcador tumoral para el diagnóstico. (MINSA, 2018)

De tal manera que esta clasificación muestra las seis entidades tanto clínicas como patológicas de la enfermedad, mostrando una subdivisión tanto de la mola hidatiforme como el Coriocarcinoma, siendo esta última la más agresiva y con un mayor porcentaje de complicaciones.

b.1.4.1 Mola hidatiforme parcial

Presencia de tejido embrionario o fetal. Hiperplasia trofoblástica focal, variabilidad marcada en el tamaño de las vellosidades con importante edema y cavitación, presentando inclusiones prominentes en el estroma trofoblástico de las vellosidades, presentándose ocasionalmente atipia focal y leve del trofoblasto en el sitio de implantación. Puede producirse por 2 mecanismos:

- a) Polispermia: Es el mecanismo más frecuente, en que un ovocito es fertilizado por dos o más espermatozoides.
- b) Ovocito fertilizado por un espermatozoide diploide, por un defecto en la primera división meiótica del mismo. Muy infrecuente.

b.1.4.2. Mola Hidatiforme completa

La cual se subdivide en mola de alto y bajo riesgo, caracterizándose por la ausencia de tejido embrionario o fetal. Degeneración hidrópica de vellosidades coriales, hiperplasia trofoblástica difusa con atipia difusa y marcada del trofoblasto en el sitio de la implantación molar. Puede tener un doble origen:

En el 95% de los casos muestra un cariotipo 46, XX resultado de la fecundación de un ovocito con núcleo inactivo por un espermatozoide haploide, que reduplica sus propios cromosomas, sin participación de los cromosomas maternos.

En un 5% de los casos el ovocito inactivo es fecundado por dos espermatozoides haploides, uno con cromosoma X y el otro Y (la fecundación con dos Y provocaría un aborto precoz).

b.1.4.3. Neoplasia trofoblástica gestacional

Se define por valores de hormona gonadotropina coriónica humana estables, crecientes o elevados de forma prolongada tras la evacuación de una mola TTSP O TTE de presencia de metástasis tras la evacuación de una mola.

b.1.4.4. Mola invasora

Es una lesión localmente invasora, que rara vez da metástasis a distancia, caracterizada por invasión local al miometrio sin involucrar al estroma endometrial.

Neoplasias trofoblásticas gestacional, incluye la mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del lecho placentario, tumor trofoblástico gestacional, esta misma se subdivide en: metastásica y no metastásica.

b.1.4.5. Coriocarcinoma

Tumor maligno del epitelio trofoblástico, compuesto por sincitio y cito - trofoblasto anaplásico y células gigantes multinucleadas, que invade y puede dar metástasis a sitios distantes.

b.1.4.6. Tumor trofoblástico del lecho placentario

Es un tumor extremadamente raro. Se origina en el sitio de implantación de la placenta y deriva de células del trofoblasto intermedio de la placenta, las cuales se identifican por la secreción de lactógeno placentario y pequeñas cantidades de fracción beta de hormona gonadotropina coriónica. No contiene vellosidades coriales.

b.1.4.7. Tumor trofoblástico epitelial

Es una neoplasia infrecuente de bajo potencial maligno derivada del trofoblasto intermedio de tipo coriónico. La mayoría de los TTE se originan durante la edad reproductiva tras un parto normal, un aborto o, raramente, una mola hidatiforme.

b.1.4.8. Metastásica con buen pronóstico

Se caracteriza por la ausencia de metástasis cerebrales y hepáticas, HCG previa al tratamiento menor de 40,000 mUI/ml, sin embarazo a término previo, sin quimioterapia previa.

b.1.4.9. Metastásica con mal pronóstico

Se caracteriza por ser de larga duración mayor de cuatro meses, HCH previa al tratamiento mayor de 40,000 mUI/ml, hay presencia de metástasis cerebrales o hepáticas, embarazo a término previo y quimioterapia previa.

Afirma (López, 2015) que según el sistema de estadificación anatómica de la neoplasia trofoblástica gestacional de la Federación Internacional de Gineco Obstetricia, existen cuatro tipos de estadios:

- Estadio I: se limita al útero
- Estadio II: Existe enfermedad fuera del útero, pero se limita a los genitales.
- Estadio III: la enfermedad se ha extendido a los pulmones, con o sin afectación conocida del aparato genital.
- Estadio IV: resto de localizaciones metastásicas.

De tal manera que este sistema de estadificación nos permite conocer los estadios por los cuales la neoplasia trofoblástica logra invadir otros órganos secundarios al útero.

b.1.5. Manifestaciones clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional

Según (López, 2015), en la Enfermedad trofoblástica gestacional, debido a la proliferación de tejido trofoblástico que se puede llegar a presentar, las manifestaciones pueden incluir un útero excesivamente agrandado, sangrado vaginal y preeclampsia, en especial durante el embarazo temprano.

Las manifestaciones clínicas en La mola hidatiforme completa suelen aparecer entre las 11 y 25 semanas de gestación, sin embargo, en la mola parcial estos suelen aparecen entre las 9 y 34 semanas.

Las células placentarias trofoblástica poseen la habilidad de proliferar, invadir tejido huésped, evadir la respuesta inmune e incluso metastatizar, lo que conlleva a presentar distintas manifestaciones clínicas en las pacientes.

b.1.5.1. Mola hidatiforme

El síntoma característico de la mola hidatiforme es la hemorragia irregular. Casi todas las pacientes con molas presentan retrasos o irregularidades de la menstruación durante períodos variables de tiempo. La hemorragia vaginal suele producirse durante el primer trimestre del embarazo. Puede variar entre un manchado leve hasta hemorragias que hacen necesaria una transfusión sanguínea.

Otros posibles síntomas son las náuseas y los vómitos producidos por la elevada concentración de hormona gonadotropina coriónica humana.

La aparición de síntomas de preeclampsia en el primer trimestre del embarazo es casi patognomónica de una mola hidatiforme.

El embarazo molar también se asocia a otros trastornos médicos, como taquicardia e hipertensión secundarias a hipertiroidismo, o disnea y dolor torácico secundarios a un síndrome de dificultad respiratoria aguda. El desarrollo de hipertiroidismo es poco común, pero cuando aparece puede ser muy grave. Las manifestaciones clínicas del hipertiroidismo desaparecen una vez se evacua la mola.

También es posible la aparición de una dificultad respiratoria aguda secundaria a una embolia pulmonar trofoblástica. Este suceso es muy poco frecuente.

Entre otros signos y síntomas frecuentes se encuentran, crecimiento uterino mayor al esperado por edad gestacional, presencia de quistes tealuteínicos a nivel del ovario, ausencia de frecuencia cardíaca fetal.

b.1.5.2. Neoplasia trofoblástica gestacional

El síntoma más frecuente es la hemorragia uterina anómala, se puede encontrar metástasis hematogena que afectan fundamentalmente al pulmón, también se pueden producir síntomas secundarios a problemas hemorrágicos en sistema nervioso central, hígado, sistema digestivo y sistema urinario.

b.1.6. Diagnóstico de la enfermedad trofoblástica gestacional

Manifiesta (Alvarado, 2019), que es habitual el diagnóstico clínico de las pacientes con mola completa a partir de las características ecográficas y por una concentración elevada de hCG. Por el contrario, las pacientes con mola parcial reciben el diagnóstico clínico erróneo de aborto retenido.

Entre la mitad y las dos terceras partes de los casos de neoplasia trofoblástica gestacional que precisan tratamiento aparecen tras la evacuación de una mola parcial o completa.

El diagnóstico para la detección de enfermedad trofoblástica gestacional, no se basa solamente en la clínica, sino también en la utilización de otros medios auxiliares como la ecografía y el ultrasonido, así como la cuantificación de la hormona gonadotropina coriónica humana.

b.1.6.1. Diagnóstico de mola hidatiforme

Se debe tener en cuenta que para la realización de un buen diagnóstico se den tomar en cuenta lo siguiente:

- Historia clínica completa
- Examen físico y ginecológico completo.

- En toda paciente con sospecha de ETG pre evacuación se realizan los siguientes exámenes:
- Biometría hemática completa.
- Tiempos de coagulación
- Pruebas de funcionamiento renal y hepático (creatinina, Nitrógeno de urea, transaminasas, bilirrubinas, LDH)
- Grupo y RH
- Niveles de β HCG. (En caso de no contar con cuantificación en sangre, beta se puede utilizar HCG en orina de 24 horas, sin embargo, no es lo más adecuado)
- Radiografía de tórax
- Perfil Tiroideo
- Ultrasonido abdominal, pélvico, y Doppler.

Los datos de ETG por ultrasonido son los siguientes:

- a. Patrón difuso ecogénico mixto (zonas hiperecoicas y zonas hipoecoicas) (patrón en “panal”, “copos de nieve” “tormenta”).
- b. Presencia de quistes tecaluteínicos en el ovario.
- c. En casos de mola parcial o incompleta se puede encontrar la presencia de Feto.
- d. Se puede sospechar la invasión a miometrio cuando hay imágenes hiperecoicas dentro del miometrio por lo que se solicitará ultrasonido Doppler para descartar invasión a miometrio (incremento en la vascularización del miometrio).

Cuantificación sérica de fracción beta de Gonadotropina Coriónica Humana (B-HCG) superior a 100,000 UI/l.

La hormona gonadotropina coriónica humana es un dímero que consiste en 145 aminoácidos que forman la subunidad Beta que es única para HCG y 92 aminoácidos que conforman la subunidad alfa, esta última es idéntica a la Hormona luteinizante (LH), La hormona folículo estimulante (LH) y la hormona Estimulante de tiroides (TSH).

Por tal motivo es la fracción beta la que se utiliza para el diagnóstico y seguimiento de esta complicación.

Puede haber resultados falsos positivos por una reacción cruzada de anticuerpos heterofilicos con la HGC (HGC fantasma), y existen ciertas circunstancias que pueden ser asociadas a estos resultados falsos positivos, tal es el caso de:

- a. Pacientes que tienen niveles persistentes de HGC en límites bajos.
- b. Pacientes en quienes no disminuyen los valores de HGC posterior a la administración de Quimioterapia.
- c. Al realizar cuantificación de niveles séricos y urinarios de HGC no existe una correlación entre las mismas ya que los niveles en orina son negativos porque los anticuerpos heterofilicos no son excretados por vía renal lo cual es útil para excluir los falsos positivos y evitar tratamientos de histerectomía o quimioterapia innecesarios.

Cuando los niveles de HGC persisten elevados o en meseta sin evidencia de ETG por clínica ni estudios radiológicos se deberá considerar o siguiente:

- Nuevo embarazo
- Resultado falso positivo de β hGC.
- Enfermedad trofoblástica persistente.

b.1.7 Procedimientos y tratamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional

Según (MINSA, 2018). se basa en dos principios importantes, el primero es la evacuación de la cavidad uterina y el segundo es el seguimiento regular de la HCG para detectar Enfermedad Trofoblástica persistente.

Con respecto a lo anterior la vigilancia exacta de la hormona gonodotropina corionica humana es fundamental para diagnosticar con éxito y vigilar el curso del tratamiento de la enfermedad trofoblastica gestacional, del mismo modo se considera como tratamiento de elección la evacuacion uterina.

b.1.7.1 Mola hidatiforme:

- Canalizar con bránula No16 o mayor calibre disponible, al menos dos vías disponibles.
- Administrar solución salina normal: paciente estable 1000cc en 6 horas.
- Se repondrá líquidos y hemoderivados según pérdidas.

- Administrar dT según esquema.
- Suspender vía oral.
- Referir a paciente a segundo nivel de atención donde se cuente con quirófano para realizar AMEU bajo anestesia, hemoderivados y personal calificado para evacuación de Mola.
- Además de lo realizado en el primer nivel continuar con:
- Ingreso al establecimiento de salud.
- Controles de: estado neurológico, signos vitales, coloración de piel y mucosas, perfusión periférica (llenado capilar, cianosis central o periférica, frialdad periférica)
- Garantizar dos vías de acceso venoso de acuerdo a las condiciones hemodinámicas de las pacientes, si existe cuadro de shock hipovolémico tratar de acuerdo al protocolo del mismo.
- Realizar exámenes de laboratorio: biometría hemática completa, glucemia, creatinina examen general de orina, grupo y Rh, Radiografía PA de tórax, pruebas de funcionamiento hepático y renal.
- Cuantificación de fracción beta de HCG basal (antes de la evacuación).
- Preparar 1000 ml de paquete globular.
- Evacuar Mola en sala de operaciones bajo anestesia.

Evacuación de la mola hidatiforme

- La mola hidatiforme es curable al 100%, la decisión del tratamiento depende del deseo de preservar la capacidad reproductiva.
- Mola completa: evacuación mediante AMEU, considerar histerectomía en bloque en pacientes con paridad satisfecha.
- La histerectomía en bloque disminuye 3.5 a 10% el riesgo de desarrollar una NTG.
- Una vez establecido el diagnóstico ETG debe realizarse la evacuación preferentemente por AMEU, posterior a la evacuación se debe monitorear con HGC seriada en sangre.
- Puede Requerir dilatación de cuello uterino, por lo que debe realizarse siempre bajo anestesia

- No se recomienda oxitocina ni prostaglandinas previo a la evacuación por el riesgo de embolismo.
- Considerar si altura uterina mayor a 16 SDG mayor riesgo embolización pulmonar, realizar AMEU con mayor precaución. Considerar realizar histerectomía en bloque en paciente con paridad satisfecha según experiencia clínica y nivel de resolución.
- El manejo de mola parcial (por la dificultad del diagnóstico, cuando se sospeche) deberá realizarse siempre en el nivel más alto de resolución donde se cuente con todos los métodos diagnósticos y personal entrenado en el manejo y sobre todo seguimiento de este tipo de pacientes.

b.1.7.2 Histerectomía

- Pacientes que no desean conservar su capacidad reproductiva
- Se deben de conservar los anexos y se deben dejar los posibles quistes tecaluteínicos a menos que se observe torsión o rotura con hemorragia activa.
- Reduce el riesgo de secuelas posmolares, pero no el riesgo de neoplasia trofoblástica gestacional posmolar. (MINSA, 2018)

b.1.7.3. Seguimiento

- Valor cuantitativo de HCG y radiografía de tórax tras la evacuación
- Se tomará un control de B-h CG al mes de la evacuación, los controles subsiguientes se harán dentro de 15 días, hasta normalizarse, luego del último control post- evacuación normal se recomienda seguimiento mensual por un año o hasta obtener dos ediciones consecutivas negativas (<5mIU/ml).
- Anticoncepción: se recomienda el uso de anticonceptivos orales al menos 6 a 12 meses, sobre todo a base de progestina, no se recomienda el uso de DIU posterior a la evacuación. (MINSA, 2018)

b.1.7.4. Tratamiento profiláctico

En toda paciente con Mola hidatiforme de alto riesgo para desarrollar neoplasia trofoblástica se debe indicar quimioterapia profiláctica con: Actinomicina dosis única y/o Metotrexato. (MINSA, 2018)

b.1.9. Complicaciones

Las principales complicaciones de la evacuación de la mola son:

- Perforación uterina
- Hemorragia
- Infección
- Embolización pulmonar trofoblástica (potencialmente mortal). (MINSA, 2018)

2.2. PREGUNTAS DIRECTRICES

1. ¿Cuáles son las características socio demográficas de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo de mayor y menor prevalencia en la enfermedad trofoblástica gestacional?
3. ¿Cuáles son los antecedentes gineco-obstétricos presentes en las pacientes en estudio?
4. ¿Cuál es el abordaje diagnóstico, clínico terapéutico brindado a las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional según normativa Minsa 109?

CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque de investigación

Pecina (2021) El enfoque es una manera de ver las cosas o las ideas y en consecuencia también de tratar los problemas relativos a ellas.

Dicho estudio tiene un enfoque cuantitativo con técnicas cualitativas, ya que está orientado a recolectar datos analíticos y estadísticos.

3.2. Tipo de investigación

De acuerdo con (Soler, 2016), un estudio descriptivo es aquél en que la información es recolectada sin cambiar el entorno (es decir, no hay manipulación), estos se centran en darle más claridad a los problemas actuales mediante un proceso de recopilación de datos.

La presente investigación es de carácter descriptivo de corte transversal ya que busca describir el abordaje clínico terapéutico de la enfermedad trofoblástica gestacional, mediante la recopilación de datos encontrados en el Hospital Escuela Cesar Amador Molina.

3.3. Población y Muestra

La población de una investigación es aquella que está compuesta por todos los elementos (personas, objetos, organismos, historias clínicas) que participan del fenómeno que fue definido y delimitado en el análisis del problema de investigación. (Toledo, 2016)

En esta investigación, la población total está constituida por 60 expedientes de mujeres del área de ginecología, del hospital escuela cesar amador molina de la ciudad de Matagalpa en el periodo 2021.

Una muestra es una parte de la población. La muestra puede ser definida como un subgrupo de la población o universo, para seleccionar la muestra, primero deben delimitarse las características de la población. (Toledo, 2016)

La muestra en este estudio fue elegida por conveniencia y la constituyen los 60 expedientes de mujeres, del total de la población, diagnosticadas con enfermedad trofoblástica gestacional. El método de muestreo fue no probabilístico e intencional, se seleccionó la muestra a conveniencia.

3.4. Técnica e instrumento

(Pecina, 2021) Técnica: conjunto de reglas y procedimientos que permiten al investigador establecer la relación con el objeto o sujeto de la investigación, mientras que el instrumento es el mecanismo que usa el investigador para recolectar y registrar la información: formularios, pruebas, test, escalas de opinión y listas de chequeo.

Por tanto, la técnica e instrumento a utilizar fue: la revisión de expedientes clínicos correspondientes al área de ginecología.

3.5. Método

Según (Soler, 2016), el método es el medio o camino a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de los datos, se citan la observación y la encuesta.

El método a utilizar será tanto científico, ya que se recopilaban diferentes fuentes bibliográficas para la elaboración del estudio y empírico porque fue de ayuda la revisión de expedientes clínicos de las mujeres en nuestro estudio.

3.6. Variables de estudio

(Soler, 2016) ``Las variables en un estudio constituyen todo aquello que se mide la información que se colecta o los datos que se recaban con la finalidad de responder las preguntas de la investigación las cuales se especifican en los objetivos. ``

Objetivo específico No. 1 sociodemográfica	Objetivo específico No.2 Factores de riesgo	Objetivo específico No.3 Antecedentes gineco obstétricos	Objetivo específico No.4 diagnóstico clínico y terapéutico
Edad Procedencia Escolaridad	Mayor prevalencia Menor prevalencia	Gestas Antecedentes gineco obstétricos	Edad gestacional Manifestación clínica Medios diagnósticos auxiliares Manejo terapéutico

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Caracterización sociodemográfica de las pacientes con ETG

Se revisaron 60 expedientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional, ingresadas en el hospital escuela Cesar Amador Molina, en el periodo 2021, donde se evaluaron diferentes variables, en relación a la edad se encontraron que el 10% corresponden a mujeres menores de 19 años, el 73.33% a mujeres entre 19-35 años y un 16,67% a mujeres mayores de 35 años

Tabla 1: Edades de pacientes en estudio

Opciones	Edad	Porcentajes
<19	6	10.00%
20 - 35	44	73.33%
>35	10	16.67%
Total	60	100.00%

Fuente: Resultados de investigación a partir de revisión de expedientes

En cuanto a la procedencia el 76.67% corresponden a la zona rural y un 23.33% a la zona urbana.

Tabla 2: Procedencia de las pacientes en estudio

Opciones	Procedencia	Porcentaje
Rural	46	76.67%
Urbano	14	23.33%
Total	60	100.00%

Fuente: Resultados de investigación a partir de revisión de expedientes

De acuerdo a la escolaridad se encontró que el 50% de mujeres tuvieron una educación primaria, el 33% no obtuvo ningún nivel de escolaridad, el 13% secundaria, tan solo un 3% tienen un nivel universitario.

Tabla 3: Nivel escolar de las pacientes en estudio

Opciones	Escolaridad	Porcentaje
Primaria	30	50%
Secundaria	8	13%
Universitaria	2	3%
Ninguno	20	33%
total	60	100%

Fuente: Resultados de investigación a partir de revisión de expedientes

De los 60 expedientes clínicos analizados en el Hospital Escuela Cesar Amador molina, en el periodo 2021 se encontró que la mayoría tenían entre 20 a 35 años de edad, dato que tiene gran similitud con otros estudios como por ejemplo el realizado en Honduras por Pastora. (2016) que refiere que en su estudio las edades se encuentran entre los 20 y 30 años de edad. En relación a los demás datos demográficos la mayoría pertenece a la zona rural, el 50% tiene un nivel de estudio **primario**.

Comentado [MG6]: Separar párrafos

4.2 Factores de riesgos de mayor y menor prevalencia en pacientes con ETG

Según los 60 expedientes examinados, se encontró lo siguiente: los factores de riesgo de mayor prevalencia en la enfermedad trofoblástica son, el antecedente de mola hidatiforme con un porcentaje del 30%, edad de la madre un 8.3%, aborto previo un 7%, y embarazo ectópico en un 5%.

Tabla 4: factores de riesgo de mayor prevalencia de las pacientes en estudio

Opciones	Factores de riesgo de mayor prevalencia	Porcentaje
Antecedente molar	18	30%
Edad de la madre	5	8.3%
Aborto Previo	4	7%
Embarazo Ectópico previo	3	5%
Ninguno de los anteriores	30	50%
Total	60	100.00%

Fuente: Resultados de investigación a partir de revisión de expedientes

Comentado [MG7]: Nombre de la tabla

Según (MINSA, 2018). las pacientes con antecedente de mola parcial o completa tienen 10 veces más riesgo de un embarazo molar subsecuente`` en este caso se encontró que el factor de riesgo de mayor prevalencia de igual manera en el antecedente molar en un 30%.

4.3 Antecedentes gineco obstétricos en pacientes con ETG

De acuerdo a los antecedentes gineco obstétricos se encontró lo siguiente: El 30% tienen antecedente de mola hidatiforme, un 7% han presentado aborto previo, el 58% no ha presentado ninguno de los antecedentes anteriores.

Tabla 5: Antecedentes gineco obstétricos de las pacientes en estudio.

Opciones	Antecedentes gineco obstétricos	Porcentaje
Antecedente molar	18	30%
Aborto Previo	4	7%
Embarazo Ectópico previo	3	5%
Ninguno de los anteriores	35	58%
Total	60	100.00%

Comentado [MG8]: Nombre de la tabla

Fuente: Resultados de investigación a partir de revisión de expedientes

En mención al número de gestas que tuvieron las pacientes en estudio, se encuentra que: el 76.67% tuvieron entre 1 a 3 gestas, el 18.33% entre 4 a 6 gestas y el 5% más de 6 gestas.

Tabla 6: Número de gestaciones de las pacientes en estudio.

Gestas	Número de gestaciones	Porcentaje
1 a 3	46	76.67%
4 a 6	11	18.33%
>6	3	5.00%
total	60	100.00%

Fuente: Resultados de investigación a partir de revisión de expedientes

4.4 Diagnóstico clínico, métodos auxiliares y tratamiento en pacientes con diagnóstico ETG

Sobre los síntomas más frecuentes que presentan las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional, se encontró una frecuencia del 75% para sangrado vaginal, útero agrandado en un 16% e hiperémesis 8.3%.

Tabla 7: Síntomas presentes en las pacientes en estudio.

opciones	Síntomas	porcentaje
Sangrado vaginal	45	75.00%
Útero agrandado	10	16.66%
Hiperémesis	5	8.33%
total	60	100.00%

Fuente: Resultados de investigación a partir de revisión de expedientes

Según (López, 2015) “El síntoma característico de la mola hidatiforme es la hemorragia irregular. Teniendo una gran similitud con nuestra investigación ya que de acuerdo a los expediente el síntoma que se presenta con una frecuencia del 75% en las mujeres con enfermedad trofoblástica es la hemorragia uterina.

De acuerdo con lo analizado en cada expediente, con respecto a las semanas de gestación que tenían las pacientes al momento del diagnóstico se encontró que el 25% tenían de 5 a 10 semanas, el 41,67% entre 11 a 15 semanas y el 33% de 16 a 20 semanas de gestación.

Tabla 8: Edad gestacional presente en las pacientes en estudio.

Opciones	Edad gestacional	Porcentaje
5 a 10	15	25.00%
11 a 15	25	41.67%
16 a 20	20	33.33%
Total	60	100.00%

Fuente: Resultados de investigación a partir de revisión de expedientes

La edad gestacional según las semanas de amenorrea al momento del diagnóstico encontrada más frecuentemente fue entre 11 A 15 semanas de gestación (41.67%) de acuerdo a estudio realizados por (López, 2015) el cual encontró que la mola parcial suele aparecer entre las 9 y 34 semanas, por lo cual no se encontró mucha semejanza con nuestros resultados.

4.5 Métodos diagnósticos en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia

En cuanto a los medios auxiliares de diagnóstico que se utilizan están: el ultrasonido abdominal, pélvico y la cuantificación de hormona gonadotropina corionica humana, otro de los medios auxiliares que se debe de enviar es el Doppler, sin embargo, no se envió a ninguna de las pacientes en estudio. Estos resultados tienen gran similitud con el estudio de (Alvarado, 2019) quien menciona que estos deben de ser los principales estudios que se deben de enviar a las pacientes con sospecha de enfermedad trofoblástica.

Según expedientes, se encontró que los medios auxiliares que más se utilizan para corroborar el diagnostico en las pacientes son: ultrasonido abdominal y pélvico 100%, cuantificación de hormona gonadotropina coriónica humana 100%.

Tabla 9: Medios diagnósticos

opciones	Medios diagnósticos	Porcentaje
Ultrasonido pélvico y abdominal	60	100.00%
Cuantificación de Bh CG	60	100.00%
Total	60	100.00%

Fuente: Resultados de investigación a partir de revisión de expedientes

4.6 Resultados de biopsia en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia

Al 90% de la población estudiada se le realizó biopsia de estas se encontró que el 63.33% corresponde a mola hidatiforme parcial y que un 36.67% a mola hidatiforme completa, ninguna presentó coriocarcinoma.

Tabla 10: Resultados de biopsia

Opciones	Resultado de biopsia	porcentaje
Mola hidatiforme parcial	38	63.33%
Mola hidatiforme completa	22	36.67%
Coriocarcinoma	0	0.00%
Total	54	90.00%

Fuente: Resultados de investigación a partir de revisión de expedientes

En cuanto a los resultados de biopsia se encontró, que en relación a la clasificación clínico patológica el 63.33% corresponden a mola hidatiforme parcial al momento de realizar el diagnóstico histopatológico, observándose que, de las mujeres en estudio, ninguna presentó coriocarcinoma u otra neoplasia trofoblástica, según estudios realizados por (Pastora, 2016) la Mola Hidatiforme completa fue la variedad que se presentó con más frecuencia.

Según los expedientes, se encontró que el procedimiento realizado a las pacientes con mola hidatiforme, corresponde un 83.33% a la realización de aspiración manual endouterina y el 16.66% al legrado uterino instrumentado.

Tabla 11: Procedimientos terapéuticos

Opciones	Procedimientos	Porcentaje
AMEU	50	83.33%
LUI	10	16.66%
Total	60	100.00%

Fuente: Resultados de investigación a partir de revisión de expedientes

De igual manera, se encontró que el procedimiento que más se realiza a las pacientes con mola hidatiforme es la aspiración manual endouterina, coincide con lo mencionado en la norma (MINSA, 2018) que menciona: “una vez establecido el diagnóstico ETG debe realizarse la evacuación preferentemente por AMEU. No se debe realizar LUI en embarazo molar por riesgo de perforación uterina y complicaciones hemorrágicas.”

4.7 Método anticonceptivo post evacuación de cavidad uterina en las pacientes

El 48.33% el método planificación elegido fue las píldoras anticonceptivas, el 43.33% medroxiprogesterona y un 8.33% el método de planificación fue el preservativo.

Tabla 12: Métodos anticonceptivos post evacuación.

Opciones	Métodos anticonceptivos	Porcentaje
Píldoras	29	48.33%
Medroxiprogesterona	26	43.33%
Preservativos	5	8.33%
Total	60	100.00%

Fuente: Resultados de investigación a partir de revisión de expedientes.

Radiografía de tórax post evacuación de cavidad uterina en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Escuela César Amador Molina en el periodo 2021

Se encontró que al 100% de la población no se le envió radiografía de Tórax post evacuación.

Cuantificación de BhCG post evacuación de cavidad uterina en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Escuela César Amador Molina en el periodo 2021

En relación a la cuantificación de la hormona gonadotropina coriónica humana, se encontró que al 100% de las mujeres no se les envió cuantificación de hormona post evacuación.

En cuanto al seguimiento al 100% de pacientes se les brindó algún método de planificación familiar de estos al 43.33% se le administró acetato de Medroxiprogesterona al

48.33% píldoras anticonceptivas y el 5% restante con preservativo; a ninguna de las pacientes se les envió radiografía de tórax ni cuantificación post evacuación de BhCG ni los controles posteriores correspondientes, aunque cabe mencionar que es de suma importancia enviar controles seriados de cuantificación de la hormona, los días 1, 7,14 y 21 post evacuación y control con normograma para documentar el descenso normal. Luego del último control post evacuación normal se recomienda seguimiento mensual por 6 meses con B-HCG o hasta obtener dos ediciones consecutivas negativas, lo cual no se ha cumplido en ninguno de los estudios realizados a nivel nacional al 100% de pacientes (< 5 mlu/ml) (MINSa, 2018).

Lista de chequeo

Comentado [MG9]: Esto es una tabla

Numero	Item	Si	No	NA	Porcentaje
1	Garantizo funcionamiento de los accesos venosos como bránula No.16 para administrar cristaloides según requerimientos	√			100%
2	Tomo exámenes de laboratorio: BHC, función hepática y renal, tipo y Rh, Glicemia, radiografía de tórax, Ultrasonido pélvico, cuantificación sérica de fracción BHCG.	√			100%
3	Solicito a banco de sangre hemoderivados correspondientes según la necesidad del caso: paquete globular, plasma fresco congelado, plaquetas.	√			100%
4	Vigilo estado neurológico, pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y perfusión periférica.	√			100%
5	Llevo a sala de operaciones para hacer evacuación uterina bajo anestesia	√			100%
6	Realizo seguimiento seriado con HCG en establecimiento de salud de segundo nivel		√		0%
7	Administro dosis de anti D en pacientes Rh negativo no aloimmunizada	√			100%
8	Refirió oportunamente a oncología en caso de ser necesario			√	0%
9	Brindo información sobre métodos de planificación familiar, enfatizando el de mayor beneficio según el caso	√			100%

Comentado [MG10]: Le falta la fuente

Fuente: Lista de chequeo enfermedad trofoblástica gestacional basada en el Manual IMPAC de OMS.

En esta lista de chequeo se logró encontrar que a ninguna de las mujeres en estudio se le realiza seguimiento seriado con HCG y tampoco se refieren a oncología en caso de ser necesario.

CAPITULO V

5.1 Conclusiones

1. Se caracterizó sociodemográficamente a las pacientes en estudio, encontrándose que el mayor porcentaje de paciente con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional está en el rango de edad de 20 a 35 años, en cuanto a la procedencia el 76% corresponde a la zona rural y en cuanto al nivel de escolaridad se obtuvo un 50% primaria.
2. En cuanto a las mujeres atendidas en el servicio de ginecoobstetricia no se encontró factor de riesgo de mayor prevalencia para el diagnóstico de esta enfermedad.
3. De acuerdo a los antecedentes obstétricos, la mayoría son multíparas, sin embargo el 61.67% no han presentado antecedentes de mola hidatiforme.
4. El cumplimiento en el protocolo de atención según normativa nacional tiene un apego del 95 por ciento de los expedientes revisados, el seguimiento de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional persistente no se está enviando a valoración por gineco oncología a tercer nivel de atención, así mismo que el protocolo de exámenes paraclínicos en estas pacientes fue completo según normativa nacional, sin embargo no se cumple con el protocolo de seguimiento seriado del conteo de las gonadotropinas coriónica para evaluar la persistencia de la enfermedad o la resolución de la misma, de igual manera en el 90 por ciento de las pacientes se encontró el resultado de biopsia patológica según expediente de la consulta externa y ninguna de las pacientes sufrió complicaciones mayores ni muerte, al igual que ningún resultado de biopsia de malignidad.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Aumentar la tasa de detección diagnóstica de esta patología, por medio de captación temprana desde una prueba positiva de embarazo y la realización lo más pronto posible de la ecografía transvaginal.
2. Presentar los resultados de este estudio a las autoridades del hospital y trabajadores del servicio de ginecología y obstetricia para dar a conocer los nudos críticos en la atención medica de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional por medio de la identificación de los expedientes clínicos que no cumplieron con el protocolo de manejo según normativa MINSA.
3. Identificar las pacientes con mola persistentes que necesiten atención por el servicio de ginecooncología en tercer nivel de atención para mejorar los resultados a corto y largo plazo de esta patología.
4. Complementar con estudios subsecuentes en esta unidad hospitalaria para el fortalecimiento de las estrategias diagnósticas y terapéuticas para esta patología.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, G. (2019). instituto materno infantil - enfermedad trofoblastica. *Academic medicine*, 87.
- Arturo, O., & Pérez, R. (2020). *unan.edu.ni*. Obtenido de unan.edu.ni: <https://repositorio.unan.edu.ni/10448/1/99244.pdf>
- Disaia, P. J. (2018). *Oncologia ginecologica clinica*. Buenos Aires, Argentina: ELSEVIER CASTELLANO.
- Duron, B. (2018). epidemiologia enfermedad trofoblastica . *Resvista española de salud clinica*, 38.
- Gary, C. (2019). *Williams. Ginecologia y obstetricia* . Mexico: McGraw-Hill.
- Huanca, J. (12 de marzo de 2019). *reporsitorio.urp.edu.pe*. Obtenido de reporsitorio.urp.edu.pe: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1765?show=full>
- Lopez, E. (2015). Aspectos clinicos y morfologicos de la enfermedad trofoblastica gestacional. *ciencias de la salud*, 25.
- Martinez, L. M. (2017). *cnu.edu.ni*. Obtenido de cnu.edu.ni: <https://repositorio.cnu.edu.ni/Author/Home?author=Mart%C3%ADnez%2C+Lilliam+Mercedes>
- MINSA, N. (2018). *protocolo para la atencion de complicaciones obstetricas*. Managua: segunda edicion.
- Monterrosa, A. (9 de Noviembre de 2022). *FIGO.ORG*. Obtenido de FIGO,ORG: <https://www.cemicamp.org.br/congreso-regional-figo-2022-federacion-internacional-de-sociedades-de-ginecologia-y-obstetricia/?lang=es>
- pastora, R. (2016). *ucuenca.edu.ec*. Obtenido de ucuenca.edu.ec: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/browse?type=author&value=Lazo+Alvarez%2C+Jorge+Anibal>
- Pecina, J. (2021). *metodologia de la investigacion* . Mexico : McGRAW - HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO, S.A. de C.V. .
- Ramos, C. (12 de junio de 2016). *unife.edu.pe*. Obtenido de unife.edu.ni: https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_1/Carlos_Ramos.pdf

- Soler, V. (2016). *cuaderno investigacion aplicada*. valencia: Editorial Área de Innovación y Desarrollo, S.L.
- Toledo, N. (2016). *tecnicas de investifacion cuantitativas y cualitativas*. barcelona .

ANEXOS

Anexo. 1
Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala/ valor
Demografía	Es la que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas y que trata su dimensión, estructura, evolución y características generales.	Edad	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 19 • De 20 a 35 • Mayores de 35
		procedencia	Origen	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbano
		Escolaridad	Nivel alcanzado	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • universitario
Antecedentes gineco obstétricos	Apartado que incluye los datos más relevantes de la edad reproductiva de una mujer.	Gestas	cantidad	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 3 • 4 a 6 • Mayor de 6
		Antecedentes obstétricos	tipo	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto previo • Antecedente de mola hidatiforme
Factores de riesgo	Es un elemento que actúa en conjunto de otros; de riesgo implica una cercanía o inminencia de un daño, menoscabo o cualquier realidad negativa para una persona.	Mayor prevalencia	Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente molar • Edad de la madre • Aborto Previo • Embarazo Ectópico previo
Diagnostico	Análisis que se utiliza para determinar la	Manifestación clínica	Signos y síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado vaginal

	causa de una determinada situación patógena.			<ul style="list-style-type: none"> • Útero agrandado • Hiperémesis
Diagnostico		Medios auxiliares	Elección	<ul style="list-style-type: none"> • cuantificación de B HCG • ultrasonido pélvico y abdominal • radiografía de tórax • Doppler
Tratamiento	Manera de proceder al diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional	Quirúrgico	Elección	<ul style="list-style-type: none"> • AMEU • LUI
Seguimiento	Elementos a tomar en cuenta para valorar respuesta al tratamiento	Post evacuación	Se envía sí o no	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantificación de la hormona. • Radiografía de tórax
			Se realiza sí o no	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería de planificación familiar

Anexo 3. Figuras

Caracterización sociodemográfica de las pacientes con Enfermedad Trofoblástica Gestacional ingresadas en el Hospital Escuela César Amador Molina en el periodo 2021.

Figura 1

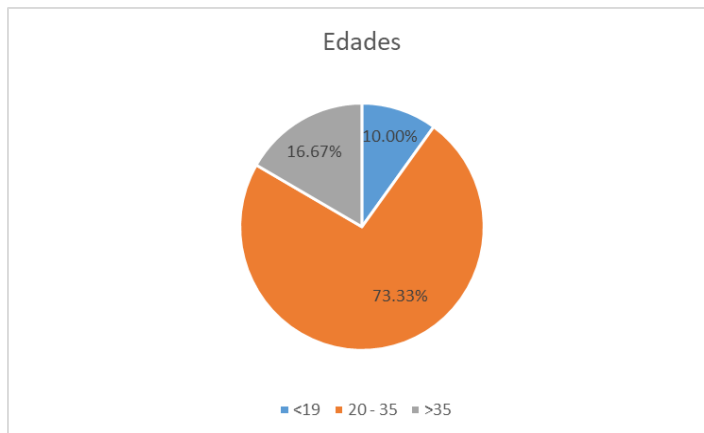


Figura 2

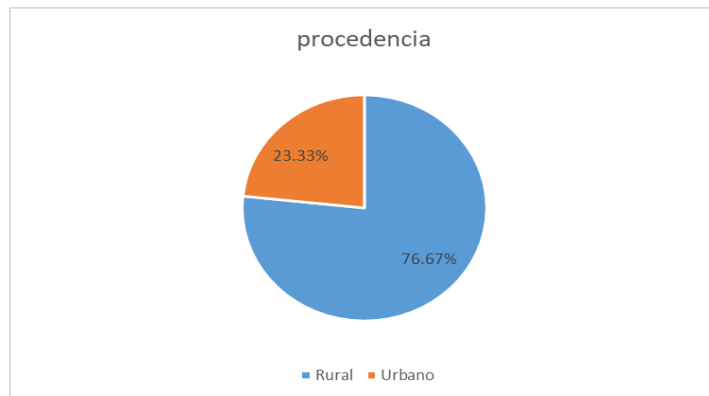
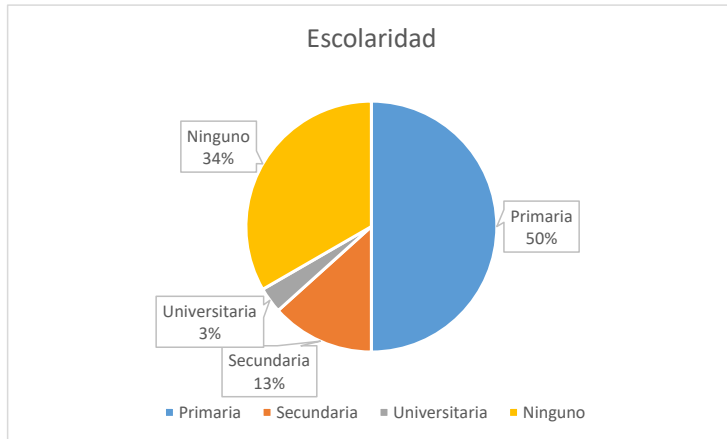
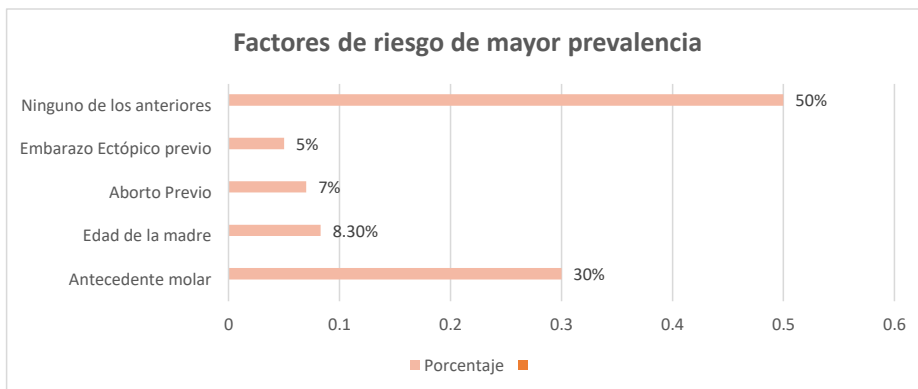


Figura 3



Factores de riesgos de mayor y menor prevalencia en pacientes con Enfermedad Trofoblástica Gestacional ingresadas en el Hospital Escuela César Amador Molina en el periodo 2021

Figura 4



Antecedentes Gineco obstétricos en pacientes con Enfermedad Trofoblástica Gestacional ingresadas en el Hospital Escuela César Amador Molina en el periodo 2021

Figura 5

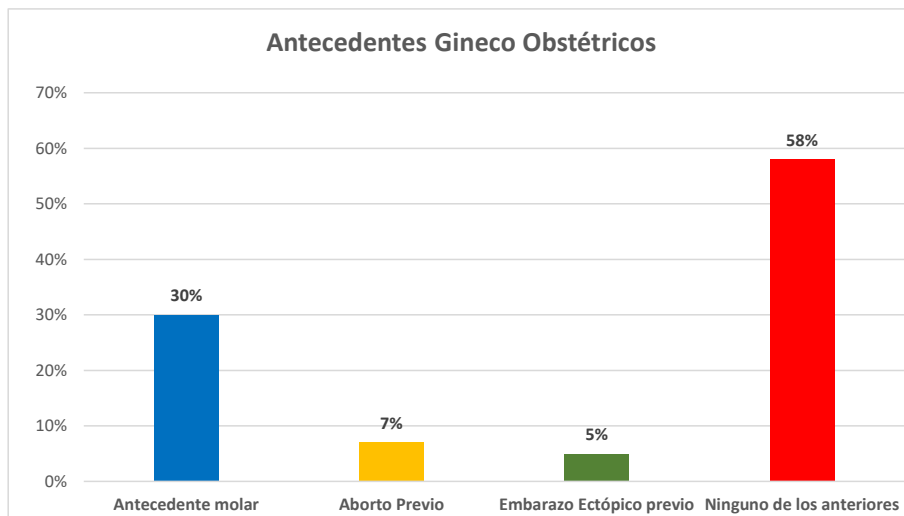
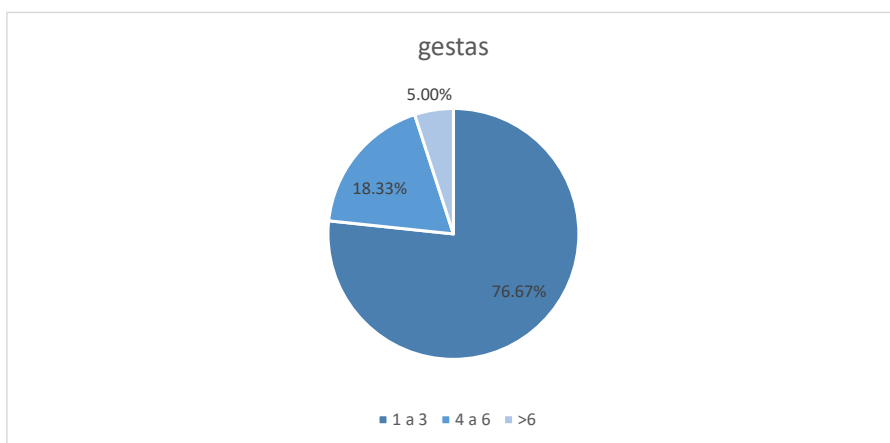


Figura 6



Diagnóstico clínico, métodos auxiliares y tratamiento en pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional

Figura 7

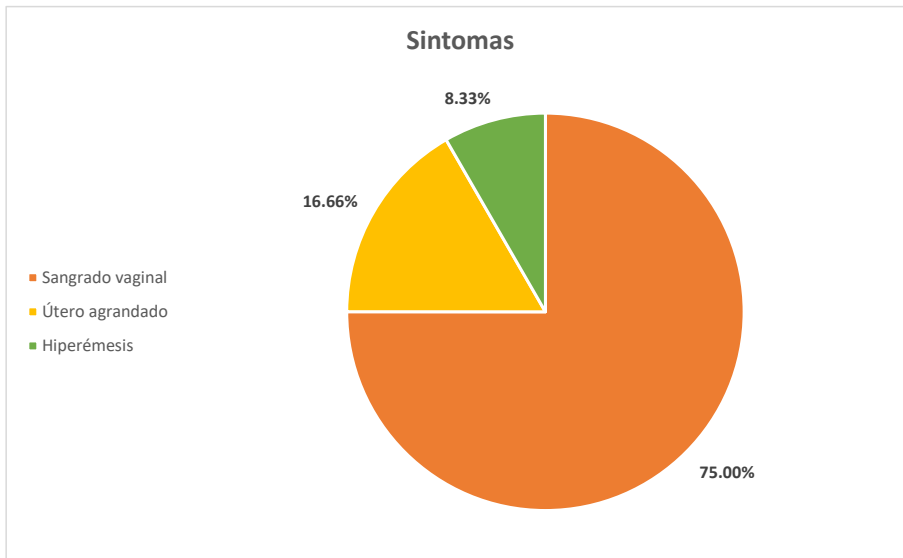
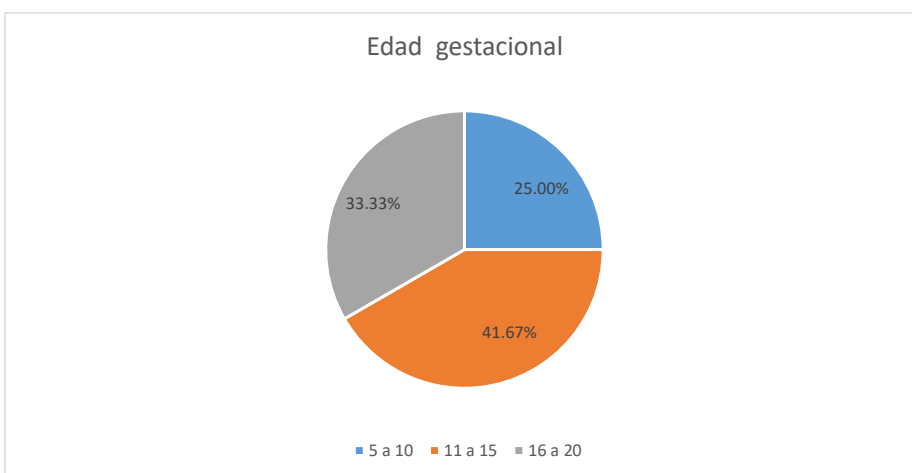


Figura 8



Métodos diagnósticos en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Escuela César Amador Molina en el periodo 2021

Figura 9

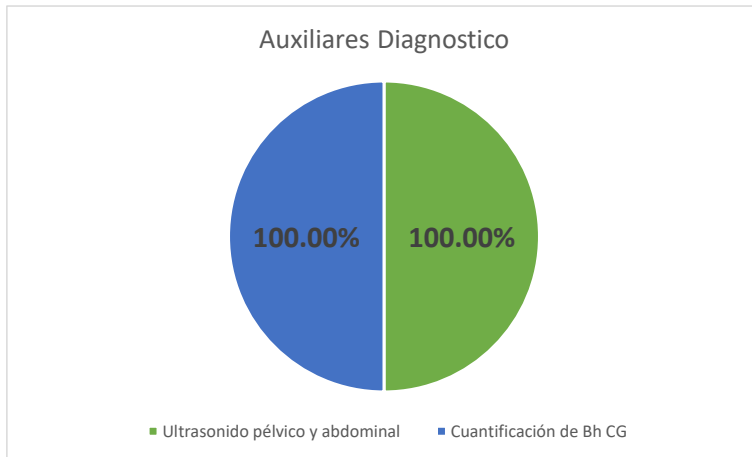
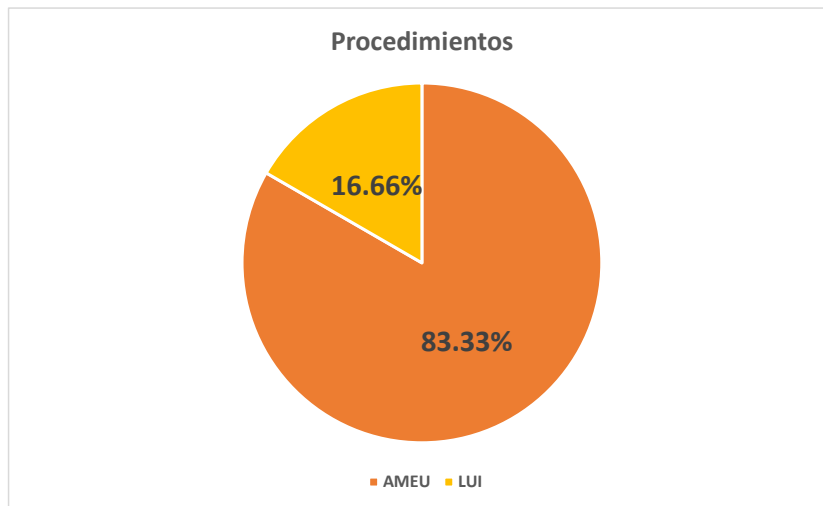
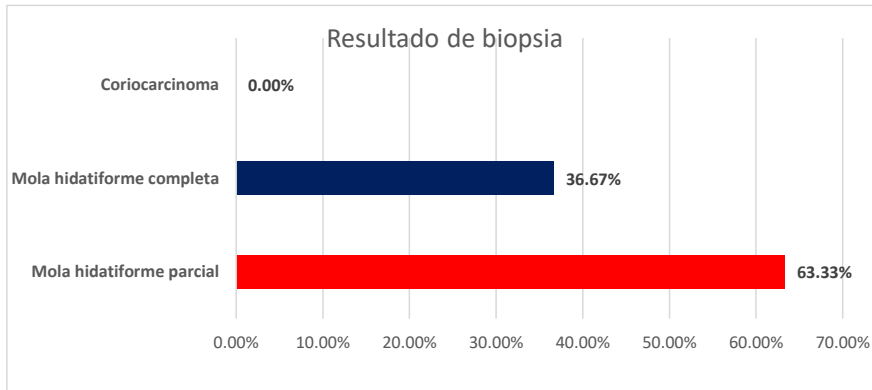


Figura 10



Resultados de biopsia en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Escuela César Amador Molina en el periodo 2021

Figura 11



Método anticonceptivo post evacuación de cavidad uterina en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Escuela César Amador Molina en el periodo 2021 Figura 12

