



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Centro Universitario Regional-Matagalpa

Departamento de Ciencias, Tecnología y Salud

MONOGRAFIA

Para Optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía

Seguimiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional en sala de consulta externa área ginecología, HECAM, Matagalpa, periodo enero 2022- enero 2023.

Autores:

Br. Diana Raquel Llanes Cruz

Br. Rosa Marina Medina Gutiérrez

Br. Darwin José Zeledón

Tutor:

Dr. Luis Alberto Zelaya Ballesteros

Médico Especialista en Ginecología.

Asesor metodológico:

Lic. Miguel Ángel Estopiñán Estopiñán

MATAGALPA 21 DE FEBRERO, 2024



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Centro Universitario Regional-Matagalpa

Departamento de Ciencias, Tecnología y Salud

MONOGRAFIA

Para Optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía

Seguimiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional en sala de consulta externa área ginecología, HECAM, Matagalpa, periodo enero 2022- enero 2023.

Autores:

Br. Diana Raquel Llanes Cruz

Br. Rosa Marina Medina Gutiérrez

Br. Darwin José Zeledón

Tutor:

Dr. Luis Alberto Zelaya Ballesteros

Médico Especialista en Ginecología.

Asesor metodológico:

Lic. Miguel Ángel Estopiñán Estopiñán

MATAGALPA 21 DE FEBRERO, 2024

DEDICATORIA

A Dios quien nos puso esa luz bendita de amor y sabiduría en nuestras mentes a lo largo de este camino, por darnos las fuerzas para no colapsar ante las adversidades que se nos presentaron en esta etapa y que por lo tanto fueron clave para culminar este proceso de aprendizaje.

A nuestros padres quienes fueron el apoyo más grande a lo largo de todos estos años por inculcarnos y estar con nosotros a pesar de las dificultades que se nos presentaron en la vida; enseñándonos que con amor, dedicación y esfuerzo se logra todo aquello que emana nuestros corazones.

A nuestro tutor y asesor quienes nos guiaron con paciencia a lo largo de este viaje y quienes con su sabiduría permitieron llegar a terminar este arduo trabajo.

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirnos llegar hasta este punto de nuestras vidas tan importante, por permitirnos alcanzar este nivel educacional y proveernos de su maravillosa sabiduría y fortaleza.

A nuestros padres quienes durante el proceso estuvieron velando para que no desfallezcamos, por no abandonarnos en el proceso e impulsarnos a ser cada día mejores y ser personas con calidad y calidez.

A nuestro tutor clínico por su apoyo incondicional, dedicación, paciencia, sobre todo excelente profesionalismo y su enriquecido e insigne conocimiento que nos brindó de manera cordial para la realización de nuestra tesis.

A nuestro asesor por su visión crítica, orientación lingüística, experiencia, paciencia y rectitud como persona, que permitió encaminar al fruto de nuestra investigación

Al Hospital Regional Escuela Cesar Amador Molina, por brindarnos los datos para nuestra investigación, por estar siempre a disposición de las y los estudiantes para la creación de los trabajos investigativos.

CARTA AVAL DEL TUTOR



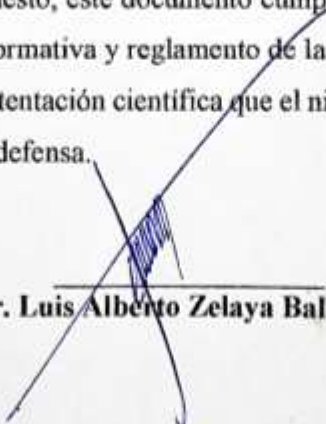
UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Centro Universitario Regional-Matagalpa

Departamento de Ciencias, Tecnología y Salud

Manifiesto que el presente trabajo monográfico para optar al título de doctor en Medicina y Cirugía que lleva por tema: "Seguimiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica en sala de consulta externa área ginecología, HECAM, Matagalpa, periodo enero 2022- enero 2023", que fue llevado por los bachilleres: Br Diana Raquel Llanes Cruz, Br. Rosa Marina Medina Gutiérrez, Br. Darwin José Zeledón ha sido realizado según la labor investigativa, aplicando las técnicas y procedimientos normados, llevando implícito el rigor científico y metodológico el cual generó resultados que enriquecieron el conocimiento de los autores y que así mismo presentaron recomendaciones valiosas para acciones oportunas en el sistema de salud.

En consideración a lo antes expuesto, este documento cumple con todos los requisitos y se apega a los artículos que establece la normativa y reglamento de la Modalidad de Graduación de nuestra Alma Máter, con estructura y sustentación científica que el nivel de egresado requiere, por lo tanto, se autoriza para su exposición y defensa.


Dr. Luis Alberto Zelaya Ballestero

RESUMEN

En este estudio se aborda el seguimiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional en sala de consulta externa área ginecología, HECAM, periodo enero 2022- enero 2023, con el propósito de analizar el seguimiento dado a las pacientes con este tipo de afección, incluye las variables de características sociodemográficas, diagnósticos histopatológicos, métodos de resolución y complicaciones, con especial énfasis en el cumplimiento de las citas y niveles de B-HCG. El tema es de suma importancia, puesto que gran parte de la resolución y pronóstico de la patología se ve determinada por la observación que se realiza en las pacientes posterior al egreso; pues el adecuado monitoreo, empleando protocolo normativo, puede permitir el alto porcentaje de curación, disminuyendo la mortalidad y secuelas, la investigación es de tipo descriptiva de corte transversal, retrospectiva; se aplicó una guía de revisión de expedientes; los resultados evidencian que pese a que la mayoría de las pacientes eran citadas en el tiempo adecuado, no asistieron a la citas de seguimiento, anulándose todo el acompañamiento estipulado por normativa MINSA y desconociéndose la existencia de complicaciones o hallazgos importantes. Por consiguiente, se recomienda participación activa tanto del personal de salud de los diferentes niveles de atención como de los pacientes en el seguimiento de la enfermedad para asegurar una adecuada y completa resolución.

Palabras claves: Seguimiento, diagnóstico, enfermedad trofoblástica gestacional, protocolo normativo, resolución.

INDICE

CAPÍTULO I	1
1.1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	3
1.4. OBJETIVOS	4
1.4.1. Objetivo General.....	4
1.4.2. Objetivos Específicos	4
CAPÍTULO II	5
2.1. MARCO REFERENCIAL	5
2.1.1. Latinoamericanos.....	5
2.1.2. Centroamericanos	7
2.1.3. Nacionales	8
2.2 MARCO TEORICO	10
2.2.1. DEFINICION	10
2.2.2. EPIDEMIOLOGIA.....	10
2.2.3. ETIOLOGIA.....	11
2.2.4. CARACTERISTCAS SOCIODEMOGRAFICAS.....	12
2.2.5. CLASIFICACION.....	13
2.2.6. DIAGNOSTICO	14
2.2.7. TRATAMIENTO	16
2.2.8. SEGUIMIENTO.....	19
2.2.9. REFERENCIAS	20
2.3. MARCO LEGAL	22
2.4. PREGUNTAS DIRECTRICES	23
CAPÍTULO III	24

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	24
3.1.1. Paradigma	24
3.1.2. Enfoque.....	24
3.1.3. Tipo de investigación.....	24
3.1.4. Población	24
3.1.5. Muestra	25
3.1.6. Ficha técnica	25
3.1.7. Método.....	25
CAPITULO IV	27
4.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	27
CAPTULO V	40
5.1. CONCLUSIONES	40
5.2. RECOMENDACIONES	42
5.3. REFERENCIAS	43

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación hace referencia al tema seguimiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional; patología la cual es sin duda un problema de salud pública a nivel nacional pues al pasar de los años esta ha afectado a un sin número de nicaragüenses, adicionalmente a esto, existen una gran proporción de mujeres con factores de riesgo latentes aumentando la probabilidad de su aparición, así mismo se ha convertido en causa de muerte debido a las complicaciones que genera tales como hemorragias, sepsis entre otras, además esta suma gastos económicos importantes para el sistema de salud debido a que involucra la realización de procedimientos quirúrgicos considerables y exámenes especiales con costes significativos, por ende un seguimiento apropiado es base fundamental para que los servicios de ginecobstetricia pueden implementar una correcta vigilancia y rápido actuar que permita una buena implementación de los recursos, una disminución de las defunciones y la resolución satisfactoria evitando el desarrollo de coriocarcinoma malignos que pueden llegar a causar metástasis a órganos vitales o en estadios difíciles de manejar, además de la aparición de molas persistentes que podrían cursar desapercibidas. Por ello se investigaron las principales variables sociodemográficas las cuales se encuentran plasmadas en la historia clínica y se describen los hallazgos histopatológicos encontrados en exámenes de laboratorios, en un tercer momento se pasa a conocer los métodos de resolución y complicaciones por niveles de atención, igualmente se evalúa el cumplimiento de citas de seguimiento de las pacientes tras el alta, finalmente se detalló el monitoreo de los niveles de B-HCG en los diferentes momentos; todo esto con el propósito de hacer el correcto análisis del seguimiento en la población estudiada.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad trofoblástica es una enfermedad con presencia en Nicaragua, se define como un grupo de trastornos que se caracterizan por el crecimiento y desarrollo anormal del trofoblasto después de una fertilización anormal; esta tiene una evolución que hace que se confunda con un embarazo normal sin embargo esta desencadena síntomas y signos destacables que permiten diferenciarla, se entiende que no hay causante directo que provoque su aparición pero existen ciertos factores de riesgo que se ven implicados entre los cuales está la edad y antecedentes obstétricos, pese a esto normalmente el pronóstico es bueno ya que la mayoría de estas entidades son de carácter benigno y no provocan metástasis, no obstante aunque la proporción de pacientes que pueden desarrollar agravamientos es pequeña, no es nula en absoluto, a causa de esto se debe poner en práctica la aplicación adecuada y precoz de protocolos de seguimiento los cuales disminuyen la mortalidad y sirven como método de protección hacia complicaciones y secuelas posteriores.

Por lo antes planteado, se formula la siguiente pregunta:

¿Cómo es el seguimiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional en sala de consulta externa área ginecología, HECAM, Matagalpa, periodo enero 2022-enero 2023?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Los sistemas de salud nicaragüenses están enfocados en dar y priorizar un servicio de calidad a aquellas pacientes que presentan complicaciones obstétricas, es por ello que el seguimiento de las enfermedades trofoblásticas gestacionales son un tema de sumo interés, debido a ello el estudio pretende analizar el seguimiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional en sala de consulta externa área ginecología, HECAM, Matagalpa en el periodo enero 2022 enero 2023.

El propósito de esta investigación es demostrar el nivel de importancia que tiene el seguimiento en pacientes con enfermedades trofoblásticas gestacionales, ya que los estudios posteriores al alta alertan sobre probables eventos perjudiciales como infecciones, hemorragias que conduzcan a un shock hipovolémico e inclusive embolias pulmonares trofoblásticas, por lo que se requiere una evaluación constante en cada una. Es importante destacar que estas entidades se producen en una proporción significativa de la población nicaragüense femenina, llegando incluso al extremo de en ciertos casos persistir y avanzar a un punto crítico como una neoplasia, debido a esto el seguimiento es punto clave, fundamental y necesario para abordarla y dar una resolución completa

De igual modo, el proceso investigativo es de gran impacto y resulta viable pues representa un estudio de gran interés, ya que no se cuenta con un análisis previo a nivel local además de que se disponen de recursos así como de fuentes de información para llevarlo a cabo, finalmente este documento servirá como referencia y fuente fidedigna de material educativo en el aspecto disciplinario; también como un elemento útil para los sistemas de salud que se empeñan día con día en ofrecer una atención de calidad.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Analizar el seguimiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional en sala de consulta externa área ginecología, HECAM, Matagalpa, periodo de enero 2022- enero 2023.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional.
2. Describir los diagnósticos histopatológicos de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional atendidas en el servicio de consulta externa área ginecología, HECAM.
3. Indagar el método de resolución y complicaciones por nivel de atención de la enfermedad.
4. Evaluar el cumplimiento de las citas de atención en consulta externa área ginecología de las pacientes en estudio.
5. Detallar el seguimiento de niveles de B-HCG de la enfermedad trofoblástica gestacional según normativa 109 de complicaciones obstétricas MINSA.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO REFERENCIAL

Tras una minuciosa búsqueda entre informes, tesis de grado y postgrado, de diferentes universidades, países, así como también los indagados a nivel nacional fueron encontrados los siguientes artículos los cuales fundamentan al igual que aportan veracidad a la presente monografía con información completa, reciente y actualizada.

2.1.1. Latinoamericanos

En Lima, Perú; Huanca Llamó, (2019), realizó 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, con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo de enero del año 2014 - diciembre del año 2018, el cual llegó a las principales conclusiones: Los factores de riesgo que se analizaron en el presente trabajo y tuvieron asociación significativamente estadística fueron: antecedente de aborto, multiparidad, aquellos que no mostraron asociación significativa fueron nivel socioeconómico antecedente de embarazo molar, menarquía menor a 12 años y, uso de anticonceptivos orales y grupo sanguíneo; Así mismo se encontró la edad menor a 20 años es un factor protector para el desarrollo de enfermedad trofoblástica gestacional; La incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional es de 7 casos por cada 1000 nacimientos; Así mismo el tipo histológico más frecuente en esta población en estudio fue la mola hidatiforme completa siendo esta el 22.2 % del total de la población estudiada; En relación a los factores sociales: En el presente estudio la edad menor a 20 años es un factor protector asociado a enfermedad trofoblástica ($p=0.00$, OR: 0.135, IC 95%:0.038-0.488); En relación al nivel socioeconómico no se encontró asociación significativa en el presente estudio ($p=0.057$).

En Cusco, Perú; Sumire Yopez, (2019), realizó la tesis de los factores asociados de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Regional del Cusco en el período 2010-2018, con el objetivo de determinar los factores asociados de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Regional del Cusco en el período 2010-2018, llegando a las conclusiones de que: Los factores de riesgo sociodemográficos para ETG fueron el lugar de procedencia y el grado de instrucción; Tener como lugar de procedencia una zona rural tiene un riesgo de 11.9 veces más

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

En Ciudad de México; Ramírez Magaña, (2020), realizó la tesis de correlación ultrasonográfica vs histopatológica en el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional, con el objetivo de evaluar y conocer la correlación lineal entre el ultrasonido realizado en el Hospital General de México y el estudio histopatológico en el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional, llegando a las conclusiones de que: El 71.2 % de los casos (67/94) analizados presenta Enfermedad Trofoblástica Gestacional; las edades con mayor frecuencia de ETG se presenta entre los 21 a 25 años: el estudio ultrasonográfico es un buen método diagnóstico inicial; El principal subtipo de enfermedad trofoblástica gestacional presente en la población mexicana fue de mola hidatiforme completa; Mediante la histopatología se diagnosticaron mayores subtipos de enfermedad trofoblástica gestacional comparado con el estudio por ultrasonido; El diagnóstico histopatológico muestra un resultado más fino en la detección de subtipos de enfermedad trofoblástica gestacional; La histopatología se muestra como mejor diagnóstico con respecto al ultrasonido, lo que se traduce como una disminución en el diagnóstico de falsos negativos/positivos.

En Ambato, Ecuador; Ibarra (2018), realizó la monografía de enfermedad trofoblástica gestacional con metástasis múltiple a propósito de un caso clínico en una mujer en edad reproductiva en el Hospital General de Latacunga con el objetivo de analizar el caso clínico de la enfermedad trofoblástica gestacional con metástasis múltiple en una mujer en edad reproductiva en el Hospital General de Latacunga, mediante el uso de estudios de gabinete para brindar un diagnóstico asertivo y tratamiento oportuno de dicha patología, quien llegó a las siguientes

conclusiones que todo sangrado vaginal debe ser considerado como un signo de alarma de posible enfermedad trofoblástica gestacional en las mujeres en edad reproductiva; Para la presunción de coriocarcinoma debe evaluarse estrictamente, para descartar a través de exámenes diagnósticos de certeza, para evitar complicaciones mayores y el desarrollo de estadios catastróficos de la enfermedad; El coriocarcinoma es un tumor muy sensible a la quimioterapia pero en especial al tipo EMACO, teniendo mayor probabilidad de curación; Finalmente, de haberse brindado precozmente un diagnóstico y tratamiento a la paciente, se hubiera evitado la histerectomía radical, conservando la función reproductiva.

2.1.2. Centroamericanos

En Antigua Guatemala, Guatemala; Cano (2016), realizó la tesis de incidencia de la enfermedad trofoblástica gestacional con el objetivo de determinar la incidencia de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Departamental Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, quienes llegaron a las siguientes conclusiones: La incidencia corresponde a 28 casos por cada 1000 evacuaciones uterinas realizadas durante el año 2013; Las pacientes presentaron las siguientes características con mayor frecuencia, edades entre 21 y 25, con una media de 28 años, edad gestacional al momento del entre 6 a 10 semanas, con una media de 9; Las principales manifestaciones clínicas que presentaron fueron la hemorragia vaginal en 88%, el dolor abdominal en 65%, náuseas en 35%, hipertensión arterial a 18%, y los vómitos al 6% de los pacientes; Para el diagnóstico se utilizaron la ultrasonografía pélvica y subunidad beta de hormona gonadotropina coriónica en todas las pacientes; Se realizó evacuación endouterina en todas las pacientes predominando la aspiración manual endouterina y luego el legrado instrumental uterino.

En el Salvador, los autores Salamanca, Rodríguez (2022), realizaron la tesis sobre la caracterización epidemiológica y clínica de pacientes con enfermedades trofoblásticas gestacional en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel en el periodo de enero 2017 a diciembre 2021 su objetivo durante este estudio fue determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con enfermedades trofoblásticas gestacional en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel en el periodo de enero 2017 a diciembre 2021, quienes llegaron a las siguientes conclusiones: las características predominantes se encuentran entre 10 y 30 años; con

escolaridad de educación media, con entorno urbano, con tipos O Rh positivos, Presentaban antecedentes de consumir bebidas alcohólicas o tabaco. Las pacientes presentaron un primer padecimiento, así como su primer embarazo, correspondiendo más frecuentemente a mola hidatiforme completa; La mayoría refiriendo uso previo de anticonceptivos, La mayoría presento valores de hormona gonadotrópica coriónica humana entre 50,000 y 100,000, diagnosticada por medio ultrasonográfico y tratada por medios quirúrgicos sin presentar complicaciones; En su mayoría se les dio seguimientos a sus controles con remisión dentro de los primeros 3 meses, sin presentarse eventos de mortalidad.

En Escuintla, Guatemala; López, Tzirin (2018), realizaron la tesis de caracterización sociodemográfica, clínica y terapéutica de pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional con el objetivo de determinar las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional que consultaron al departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Escuintla y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, durante los años de 2013-2017, quienes llegaron a las siguientes conclusiones: Entre las características sociodemográficas registradas, la paciente tuvo una mediana 23 años de edad, cerca de tres cuartos fue soltera, más de la mitad de etnia no indígena, más de la mitad tuvo nivel educativo primario y cerca de un sexto fue del municipio de Escuintla; Según los antecedentes gineco obstétricos cerca de la mitad de las pacientes fue primigesta y nulípara, más de tres cuartos no presentó antecedente de aborto, casi el total de la población no presentó embarazo molar previo y nueve de cada diez no utilizaba ningún método anticonceptivo; Las manifestaciones clínicas identificadas fueron: Más de la mitad presentó hemorragia vaginal y signo clínico durante el primer trimestre, además cerca de un tercio presentó anemia; Los métodos diagnósticos utilizados fueron: niveles de hCG beta, ecografía e informe patológico, más de la mitad tenía valores de hCG superiores a 100 000 mU/ml, así como ecografía confirmatoria en casi la totalidad de la población; El tratamiento de elección aplicado a las pacientes fue el aspirado manual endouterino en más de tres cuartos.

2.1.3. Nacionales

En Managua, Nicaragua; Ruiz, Hernández, Arana (2020) realizaron la tesis comportamiento clínico y epidemiológico de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes ingresadas en el

servicio de complicaciones obstétricas del Hospital Berta Calderón Roque durante el año 2017-2019, su objetivo fue describir el comportamiento clínico y epidemiológico de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes ingresadas en el servicio de complicaciones obstétricas del Hospital Berta Calderón Roque durante el año 2017-2019, quienes llegaron a la conclusión que la edad que más afecta a la población es de 21 años que equivale al 33.3 % de los casos estudiados que comprendía entre 20 a 34 años. La escolaridad en un 66.7% fueron primarias y las amas de casa con 88.9% , el 44% no estaban casadas, sin embargo ,en los antecedentes obstétricos las bigestas equivalen al 55.6% entre las 12 y 24 semanas de gestación, por lo tanto, el 100% no presentó antecedentes de aborto molar, fueron diagnosticado en el primer control prenatal, en este estudio la población presentó embarazos molar con la única manifestación clínica el sangrado transvaginal, los pacientes diagnosticados se realizaron USG pélvicos, tuvo histopatológico confirmado con biopsia y lo relevante no presentaron complicaciones y evolucionaron excelente.

En Managua, Nicaragua; Mejía, Gonzales (2017) realizaron la tesis factores asociados al embarazo molar en mujeres en edades reproductivas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, su objetivo fue identificar factores asociados al embarazo molar en mujeres en edades reproductivas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, quienes llegaron a la conclusión que durante dos años transcurrido los 83 pacientes con embarazo molar que corresponde al 100% de la muestra estaban asociados a la edad, procedencia y número de gesta; las edades más relevantes se encontraron entre 20 y 34 años siendo el grupo más afectado, sin embargo, la escolaridad corresponde a la población en estudio no pasaban de la primaria; las pacientes de las zonas rurales eran los más afectado, por ende las mujeres con embarazo molar no habían tenido hijos que correspondía con las nulíparas y lo más notorio el 100 % presentaron sangrado leve y el aumento del tamaño uterino no coincidían con el tiempo de gestación por las pacientes.

2.2 MARCO TEORICO

2.2.1. DEFINICION

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) (Coronado, y otros, 2020) la definen como una complicación de la gestación caracterizada por la proliferación anormal del tejido trofoblástico, de forma similar (Grases & Zighelboim, 2018) expresan que bajo el término “enfermedad trofoblástica gestacional” (ETG) se agrupan un conjunto de trastornos caracterizados por una proliferación anormal de las vellosidades coriales placentarias.

2.2.2. EPIDEMIOLOGIA

La estimación precisa de la incidencia de la ETG es difícil de establecer debido a que hay registrados pocos casos, así como la discordancia en la recogida de datos ya que existen importantes variaciones entre diferentes áreas geográficas del mundo. En España no hay datos, ya que no se dispone de un registro centralizado de esta patología. Debido a la baja prevalencia de esta enfermedad, en algunos países como el Reino Unido se han creado centros de referencia. En EE. UU. la incidencia de embarazos molares es de aproximadamente 1 por cada 1.500 embarazos. La prevalencia de ETG es mayor en Asia que en Europa o América. (Coronado, y otros, 2020)

Los estudios más fiables sugieren que la incidencia de Mola hidatiforme (MH) varía entre alrededor del 1 por cada 1.000 embarazos en la mayor parte del mundo y 7 por cada 1.000 en Malasia y Filipinas. La mola hidatidiforme parcial (MHP) es más frecuente que la mola hidatidiforme completa (MHC). La mayoría de la ETG son MH (80%), 15% son MHI y 5% son coriocarcinoma (CC). Aproximadamente el 50% de los casos de las ETG tienen el antecedente de una gestación molar, el 25% de abortos espontáneos y el otro 25% de embarazos viables. La ETG tras una gestación molar se desarrolla en el 15-20% de los pacientes después de una MHC y en el 5% después de una MHP. La incidencia de una ETG después de una gestación no-molar es de 2-7 por 100.000 embarazos. (Coronado, y otros, 2020)

En tanto (Nishino, Eiko, Kaoru, & Ino, 2022) realizaron un estudio epidemiológico sobre enfermedades trofoblásticas gestacionales en Japón obteniendo como resultado que la incidencia de mola hidatidiforme fue de 2,02 por 1000 nacidos vivos en promedio, lo que disminuyó de 1974 a 2008 y aumentó de 2009 a 2018. La incidencia de Neoplasia Trofoblástica Gestacional

(GTN) de bajo riesgo, GTN de alto riesgo, PSTT y TET fue de 15,3, 3,5, 0,3 y 0,07 por 100.000 nacidos vivos, respectivamente. La incidencia estimada de GTN posmolar fue del 9,8% de los pacientes molares. La GTN de alto riesgo se diagnosticó de manera más patológica, tuvo más tipos diversos de embarazos antecedentes y tuvo intervalos más largos después del embarazo anterior en comparación con la GTN de bajo riesgo. Además, el 8,2% de las NTG de alto riesgo se produjeron después del posterior embarazo no molar de mola hidatidiforme. El porcentaje acumulado de desarrollar NGT de alto riesgo después de la mola hidatidiforme alcanzó el 89,3% al mes 60.

2.2.3. ETIOLOGIA

Mola Hidatidiforme

La mola hidatidiforme es una enfermedad que resulta del crecimiento atípico de las células trofoblásticas que normalmente se desarrollan en la placenta; no es una desviación de lo que de otra manera hubiera sido un embarazo normal. Esta empieza al momento de la fertilización debido a una unión defectuosa entre el óvulo y el espermatozoide, lo que causa una proliferación aberrante del tejido trofoblástico que rápidamente llena la cavidad uterina. Las vellosidades placentarias se llenan de fluido y se vuelven edematosas, como estructuras similares a uvas. (Coronado, y otros, 2020)

Tipos de molas

Según (Coronado, y otros, 2020) estas se clasifican como mola completa o mola parcial

La mola completa ocurre cuando un espermatozoide haploide fertiliza un óvulo vacío. Como resultado, el material genético del espermatozoide se replica a sí mismo, el tejido resultante es de origen completamente paterno, usualmente con un cariotipo 46XX. Las características de una CHM incluyen una hiperplasia generalizada e hinchada del tejido trofoblástico, con una marcada atipia del tejido trofoblástico en el sitio de implantación. No hay tejido fetal identificable en la mola completa.

La mola parcial es el resultado de la fertilización entre un óvulo normal y dos espermatozoides. El componente genético del tejido contiene material cromosómico tanto materno como paterno, pero la replicación de las células resulta en un cariotipo triploide, usualmente 69XXY. El tejido

trofoblástico tiene únicamente áreas difusas de hiperplasia trofoblástica e hinchada, con una atipia leve de las células trofoblásticas en el sitio de implantación. La PHM tiene tejido fetal identificable asociado; Sin embargo, el feto que se desarrolla no es viable y exhibe anomalías congénitas asociadas con la triploidía.

Entre las posibles etiologías de la mola hidatidiforme, la edad materna, los antecedentes obstétricos y las bases genéticas son los factores más convincentes. A pesar de que la CHM se asocia significativamente con el desarrollo de CCA, la etiología de los tumores trofoblásticos gestacionales posteriores a un embarazo normal es esencialmente desconocida.

Edad: tiempo transcurrido en años de una persona desde su nacimiento hasta el año de estudio; la edad en que ocurre un embarazo influye de modo importante en el riesgo que se produzca una mola hidatiforme ya que se producen entre las edades de 20 y 35 años, sin embargo, es ligeramente mayor cuando el embarazo ocurre entre los 15 y 20 años de edad y aumento notablemente en los embarazos de mujeres de 15 años, posteriormente asciende después de los 40 años de edad.

El protocolo para el manejo de las complicaciones obstétricas, (MINSA, 2022) menciona los antecedentes obstétricos como aquellos datos relativos a las gestas anteriores dentro de estos están:

- Mola previa; parcial o completa (50%)
- Aborto previo (25%)
- Embarazo ectópico previo (5%)
- Embarazo previo de término (20%)

Factores genéticos: Se ha identificado en el cromosoma 19q un trastorno autosómico recesivo conocido como gestación molar recurrente familiar. Las mujeres que tienen una mutación del gen NLRP7 y, más raramente, del gen KHDC3L están predispuestas a MHC.

2.2.4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Las características sociales son aquellos aspectos que nos identifican como individuos dentro de una sociedad, como nuestra nacionalidad, género, edad y nivel socioeconómico.

Escolaridad: se define como un conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (Real Academia Española 2024); se considera importante contar con un nivel educativo alto ya que está bien evidenciado que entre mejor nivel de escolaridad posean, se realiza mejor captación y además que van a poner en práctica las recomendaciones por el personal de salud. (García Castillo & Gaitán García, 2020)

Procedencia: Origen, principio de donde nace o se deriva algo. (Real Academia Española 2024). El lugar de procedencia es una característica social aplica poder saber la situación económica de la cual las pacientes provienen; no obstante, se observa que las mujeres de las zonas urbanas tienen mayor accesibilidad a servicios de salud y mejores condiciones de vida que las mujeres de las zonas rurales, pese a ello tienen un porcentaje más alto de riesgo (Talledo León & Vicente Puescas, 2021)

2.2.5. CLASIFICACION

La Organización Mundial de la Salud facilita una clasificación de la enfermedad trofoblástica gestacional sumamente completa la cual se rige de acuerdo a los hallazgos histopatológicos encontrados en cada muestra, permitiendo su agrupación en 4 grupos distintivos dentro los cuales cada subdivisión comparte características similares (Coronado, y otros, 2020)

Gestación molar	Código ICD-O
Mola hidatidiforme	9100/0
Completa	9100/0
Parcial	9103/0
Invasiva	9100/1
Neoplasias	
Coriocarcinoma	9100/3
Tumor trofoblástico del lecho placentario	9104/1
Tumor trofoblástico epitelioides	9105/3
Lesiones no neoplásicas	
Reacción exagerada del lecho placentario	
Nódulos y placas del lecho placentario	
Lesiones vellositarias anormales (no molares)	

ICD-O: International Classification of Diseases for Oncology.

Ilustración 1 (Coronado, y otros, 2020)



Ilustración 3 Mola hidatidiforme completa. Material expulsado por la vagina, constituido en su integridad por vellosidades coriales con acentuados cambios hidrópicos

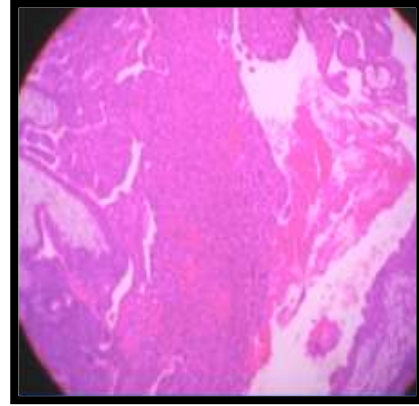


Ilustración 2 Muestra patológica de las vellosidades con proliferación circunferencial del tejido trofoblástico. (Durón González & Bolaños Morera, 2018)

2.2.6. DIAGNOSTICO

Al momento de realizar el diagnóstico se debe tomar en cuenta la historia clínica completa. En el primer trimestre del embarazo se debe sospechar ETG cuando se presenta:

1. Hemorragia uterina anormal
2. Crecimiento uterino mayor al esperado por edad gestacional,
3. Ausencia de frecuencia cardíaca fetal
4. Presencia de quistes tecaluteínicos a nivel del ovario
5. Hiperémesis gravídica
6. Hipertensión gestacional en las primeras 20 SDG.
7. Niveles elevados de hormona gonadotropina coriónica.

Cuando los síntomas y signos clínicos orienten al cuadro diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional y exista sospecha por imagen y laboratorio deberá clasificarse como sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional (o si la clínica lo evidencia sospecha de mola y/o sospecha de neoplasia trofoblástica gestacional) que se reclasificará con el estudio histopatológico una vez esté disponible. Protocolo para el manejo de las complicaciones obstétricas, (MINSA, 2022).

En caso de presentarse sangrado transvaginal moderado o severo, no se debe retrasar la evacuación del embarazo molar en la espera de reporte de los auxiliares diagnósticos.

En toda paciente con sospecha de ETG antes de la 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 la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana (β HCG). (En caso de no contar con cuantificación en sangre, se puede utilizar HCG en orina de 24 hrs, sin embargo, no es lo más adecuado), radiografía de tórax, perfil tiroideo, ultrasonido abdominal y pélvico.

Los datos de ETG por ultrasonido son los siguientes:

1. Patrón difuso ecogénico mixto (zonas hiperecoicas y zonas hipoecoicas) (patrón en “panal”, “copos de nieve” “tormenta”).
2. . Presencia de quistes tecaluteínicos en el ovario.
3. En casos de mola parcial o incompleta se puede encontrar la presencia de Feto.
4. 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). En caso de sospecharse referir a un nivel mayor de resolución. Protocolo para el manejo de las complicaciones obstétricas, (MINSA, 2022).

Cuantificación sérica de fracción beta de Gonadotropina Coriónica Humana (B-HCG).

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. El descenso de sus niveles será de forma logarítmica. Protocolo para el manejo de las complicaciones obstétricas, (MINSA, 2022).

El diagnóstico definitivo de ETG es histopatológico, el cual se fundamenta en el hallazgo de vellosidades coriales hidrópicas con grados variables de proliferación trofoblástica biforme en

pleno espesor del miometrio. Aunque puede cursar con hemorragia, ésta se diferencia de la extensa necrosis hemorrágica que caracteriza un coriocarcinoma. (Vera Chalco, 2019)

La arquitectura histológica patognomónica descrita para la mola hidatiforme completa es la presencia de una estructura botrioide inducida por hiperplasia anormal de trofoblasto, hiper celularidad estromal, restos de la cariorrexis de las células estromales y vasos vellosos colapsados. (Vera Chalco, 2019)

A diferencia de la mola hidatiforme completa, la mola parcial se presenta histológicamente como un hidrops vellosos irregular, compuesto de vellosidades irregulares dispersas, pseudoinclusiones trofoblásticas e hiperplasia trofoblástica irregular. (Vera Chalco, 2019)

Histopatológicamente, una mola invasiva se deriva de la presencia de una mola completa que se ha infiltrado en el miometrio y que muestra vellosidad coriónica en contraste con un coriocarcinoma que no lo hace. (Vera Chalco, 2019)

En el examen histológico de tumor del sitio placentario (TTSP) se pueden encontrar nidos infiltrantes monomórficos y partes de trofoblastos intersticiales. (Vera Chalco, 2019)

El tumor trofoblástico epitelioides (TTE) Histológicamente es una lesión bien circunscrita que se presenta como un conjunto monomórfico de células mononucleares trofoblásticas con abundante citoplasma eosinofílico y necrosis geográfica con material eosinofílico hialinizado. (Vera Chalco, 2019)

Histológicamente, el coriocarcinoma muestra una imagen bifásica con necrosis central. Se muestra partes de células similares a citotrofoblastos y partes pleomórficas sincinas múltiples pleomórficas que carecen de vellosidades coriónicas formada. (Vera Chalco, 2019)

2.2.7. TRATAMIENTO

El Protocolo para el manejo de las complicaciones obstétricas, (MINSA, 2022) indica que una vez diagnosticada la ETG, los procedimientos y tratamientos a realizarse serán según el nivel de atención.

Primer nivel de atención

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

Segundo Nivel de atención

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 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 aspiración manual endouterina (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.

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.

- a) En el caso de pacientes con paridad satisfecha, se debe ofertar histerectomía en “bloque” conservando ovarios.
- b) En el caso de paciente sin paridad satisfecha, las opciones son:
- c) Evacuación del útero por histerotomía, AMEU o LUI.

Se indica la histerotomía en casos donde el tamaño fetal no permite el AMEU. No se debe realizar inducción con uterotónicos en enfermedad trofoblástica gestacional.

El curetaje repetido no induce remisión ni influye en el tratamiento, más bien favorece la perforación uterina.

En pacientes con Grupo RH negativo se debe aplicar la inmunoglobulina anti D después de la evacuación.

Dentro de este marco la sociedad española de Ginecología y Obstetricia expresa que no se recomienda el uso de oxitocina y prostaglandinas previas a la evacuación, ya que se asocia con mayor riesgo de desarrollar embolización de tejido trofoblástico y Neoplasia Trofoblástica Gestacional postmolar. (Coronado, 2020).

Las principales complicaciones de la evacuación de la mola son:

- Perforación uterina
- Hemorragia
- Infección

- Embolización pulmonar trofoblástica (potencialmente mortal).

El legrado de repetición no está indicado, salvo que persistan restos molares.

Otras complicaciones son:

- Lesión vaginal, vesical, uterina o intestinal.
- Hemorragia que conduzca shock hipovolémico.

2.2.8. SEGUIMIENTO

Una vez realizado el tratamiento el tercer momento de esta enfermedad es el seguimiento el cual es un paso muy importante para el buen pronóstico y resolución de las pacientes, este se debe cumplir de acuerdo a lo establecido en el Protocolo para el manejo de las complicaciones obstétricas (MINSA, 2022), que consiste en una serie de citas para evaluar la evolución de los niveles de la hormona B-HCG los cuales deben ir descendiendo gradualmente hasta obtener resultados negativos para dar por resuelta esta patología; por ende en el seguimiento se evalúa el comportamiento que tiene la enfermedad hasta la regresión del estado de bienestar de la paciente, pero durante este cabe la posibilidad de la aparición de una recidiva e inclusive convertirse en un coriocarcinoma así como hacer metástasis a órganos diana, es por ello que se considera imprescindible llevar a cabo un buen seguimiento para evitar futuras complicaciones que de no ser tratadas a tiempo pueden ser irreversibles y llegar a provocar hasta la muerte debido a la letalidad que poseen, es por eso que se debe realizar educación, control y un seguimiento paso a paso en todas las pacientes brindando lo que es consejería preventiva, apoyo y disposición así como también detección y tratamiento temprano de la anemia.

El protocolo (MINSA, 2022), orienta que el seguimiento se debe realizar con estricta vigilancia llevándose a cabo de la siguiente manera.

- Seguimiento con B-h CG la cual se tomará el día 1 (antes de la evacuación) y será el nivel basal, y posteriormente se tomará un control al mes de la evacuación.

Los controles subsiguientes se harán cada 15 días hasta normalizarse luego del último control post evacuación normal se recomienda seguimiento mensual por 1 año con b-hCG o hasta obtener dos mediciones consecutivas negativas (< 5 mIU/ml).

- Anticoncepción: Se recomienda el uso de anticonceptivos orales al menos 6 a 12 meses. sobre todo, a base de Progestinas. No se recomienda el uso de DIU posterior a la evacuación. (MINSA, 2022)

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

- Nuevo embarazo
- Resultado falso positivo de β -hCG

Enfermedad trofoblástica persistente. Ante la elevación o persistencia de HGC post evacuación, en las pacientes sin método anticonceptivo, se tendrá que descartar un nuevo embarazo. La enfermedad trofoblástica persistente será considerada como un síndrome premaligno.

2.2.9. REFERENCIAS

La Sociedad de Oncología Ginecológica, la Sociedad Internacional para el Estudio de la Enfermedad Trofoblástica, la Sociedad Internacional de Cáncer Ginecológico y la Federación Internacional de Ginecobstetricia establecen los siguientes criterios para sospecha de malignidad. Imagen intrauterina abigarrada, con abundante perfusión objetivable por Doppler color que hace presumir un potencial riesgo quirúrgico. (MINSA, 2022)

Sospecha de persistencia de enfermedad intrauterina después de una primera evacuación.

Sospecha de NTG:

- Niveles de β -HCG en meseta durante 4 determinaciones en un periodo de tres semanas o más (días 1, 7, 14 y 21).
- Elevación >10% de los niveles de β -HCG en tres determinaciones semanales consecutivas durante un periodo de dos semanas o más (días 1, 7 y 14).
- Niveles de β -HCG persisten elevados durante 6 meses o más.
- Anatomía patológica informa del diagnóstico de coriocarcinoma.
- Evidencia de enfermedad metastásica.

Cuando los niveles de HGC se encuentran en meseta, o relativamente bajos y que no se han negativizado por maniobras terapéuticas (AMEU, o quimioterapia) se debe sospechar:

- Falsos positivos
- Persistencia de mola
- Nuevo embarazo
- Embarazo ectópico.

Dentro de este contexto se entiende que la ETG es un problema de salud frecuente a nivel nacional, por lo que su diagnóstico, manejo y seguimiento son de vital importancia para el pronóstico de la misma, destacando en esta y siendo un pilar fundamental la adecuada aplicación de protocolos de manejos para una oportuna, apropiada y satisfactoria resolución de la enfermedad.

2.3. MARCO LEGAL

Legislación Nacional

Ley 423 Ley General de Salud: Título I, Capítulo I.

Artículo 4: Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar acciones de salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo preparado en disposiciones legales especiales”.

Artículo 32: La atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud.

Decreto 001-2003 Reglamento de la Ley General de Salud

Artículo 211.- De la Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia: La atención a la mujer, la niñez y la adolescencia se proveerá según lo dispuesto en los programas de atención integral a los grupos poblacionales de acuerdo a su ciclo de vida, según manuales y demás disposiciones complementarias.

Ley N° 18426. Ley Sobre Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo V- Maternidad saludable

Artículo 18 sobre: Atención Obligatoria Durante el Embarazo

Artículo 22 sobre: Complicaciones Obstétricas

Ley N°. 718, Ley especial de protección a las familias en las que haya embarazos y partos múltiples.

Artículo 4. Responsabilidades Institucionales: El Ministerio de Salud, dará atención prenatal a la mujer con embarazo múltiple como una entidad clínica de alto riesgo obstétrico. Asimismo, se dará atención en el parto, puerperio y la atención de los hijos hasta los doce años con el personal especializado, medicinas, equipos e instalaciones que posee el Ministerio de Salud en su red de servicios.

2.4. PREGUNTAS DIRECTRICES

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional?
2. ¿Cómo son los diagnósticos histopatológicos de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional atendidas en sala de consulta externa en el área de ginecología, HECAM?
3. ¿Cuáles son los métodos de resolución y complicaciones por nivel de atención de la enfermedad?
4. ¿Cómo es el cumplimiento de las citas de atención en consulta externa área ginecología de las pacientes en estudio?
5. ¿Cómo es el seguimiento de niveles de B-HCG de la enfermedad trofoblástica gestacional según normativa 109 de complicaciones obstétricas MINSA?

CAPÍTULO III

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. Paradigma

Paradigma interpretativo: estudia la conducta humana desde el entorno en que se produce, intentando entender los factores socioculturales de cada grupo. (Ayala, 2022)

El presente estudio es de paradigma interpretativo ya que el objetivo principal es profundizar el conocimiento y comprensión del porqué y como se dan los eventos del tema de investigación.

3.1.2. Enfoque

Cuali-cuantitativo:

Esta adopta nuevas formas y progresivamente el acercamiento, mediante una tercera vía que contempla ambas posiciones como compatibles y complementarias. (Gómez, 2015)

El enfoque de la presente investigación es cuali-cuantitativo ya que se basa mayormente en la búsqueda de información cualitativa y descriptiva del seguimiento de la enfermedad trofoblástica gestacional y en contraparte en menor cantidad aborda la cuantificación de los datos obtenidos de la investigación.

3.1.3. Tipo de investigación

Descriptiva: se refiere al análisis de las características de una población o fenómeno sin entrar a conocer las relaciones como las conductas humanas entre ellas. (Arias, 2021)

El estudio es de tipo descriptivo puesto que se describen las conductas a seguir e implementar en un seguimiento correcto en los pacientes que presentan el cuadro clínico, el cual previamente ha sido detallado en otras investigaciones, y se dice que es de corte transversal ya que se marca un período específico en el tiempo y retrospectivo ya que se estudia información y datos pasados.

3.1.4. Población

Se refiere al conjunto de individuos u objetos a los cuales se les quiere investigar, y a quienes se les generalizara la información. (Díaz, 2018)

La población fue de 134 pacientes las cuales habían sido ingresadas con diagnóstico de sangrado transvaginal y diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional.

3.1.5. Muestra

Una muestra poblacional es un conjunto de elementos que representa al universo total, es decir, son una fracción de la totalidad del número de individuos en ser evaluados (Muguiras, 2023)

La muestra de la presente investigación es de 28 pacientes los cuales fueron tomados por criterios inclusivos.

Criterios de Inclusión

- Paciente con expediente clínico completo
- Paciente con seguimiento realizado en HECAM

3.1.6. Ficha técnica

Instrumentos de investigación: son recursos que el investigador puede utilizar para abordar problemas y fenómenos y extraer información de ellos. (Giraldez, 2019)

La ficha técnica aplicada en la investigación fue la guía de revisión de expediente clínicos ya que brindan la suficiente información para poder llevar a cabo este estudio.

3.1.7. Método

El Método Científico: se implementa en la búsqueda de respuestas, además se distingue de otras formas de indagar y de proceder ante un hecho, puesto que este es considerado sistemático, generador de procesos organizados con resultados innovadores y relevantes para la ciencia. (López Falcón & Ramos Serpa, 2021)

En la investigación se utilizó el método científico ya que se usaron datos ya descritos en libros, monografías, revistas y otros documentos de carácter científico los cuales tienen validez y bases objetivas.

El método empírico: Son los que revelan y explican las características fenomenológicas del objeto. Estos se emplean fundamentalmente en la primera etapa de acumulación de información

empírica y en la tercera de comprobación experimental de la hipótesis de trabajo. (Cobas Portuondo, Valle, & Carrasco, 2010)

Se utilizó este método debido a que se tuvo que emplear el uso de una guía de revisión de expediente para obtener información detallada de cada paciente.

CAPITULO IV

4.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Tabla 1. Edades de las pacientes

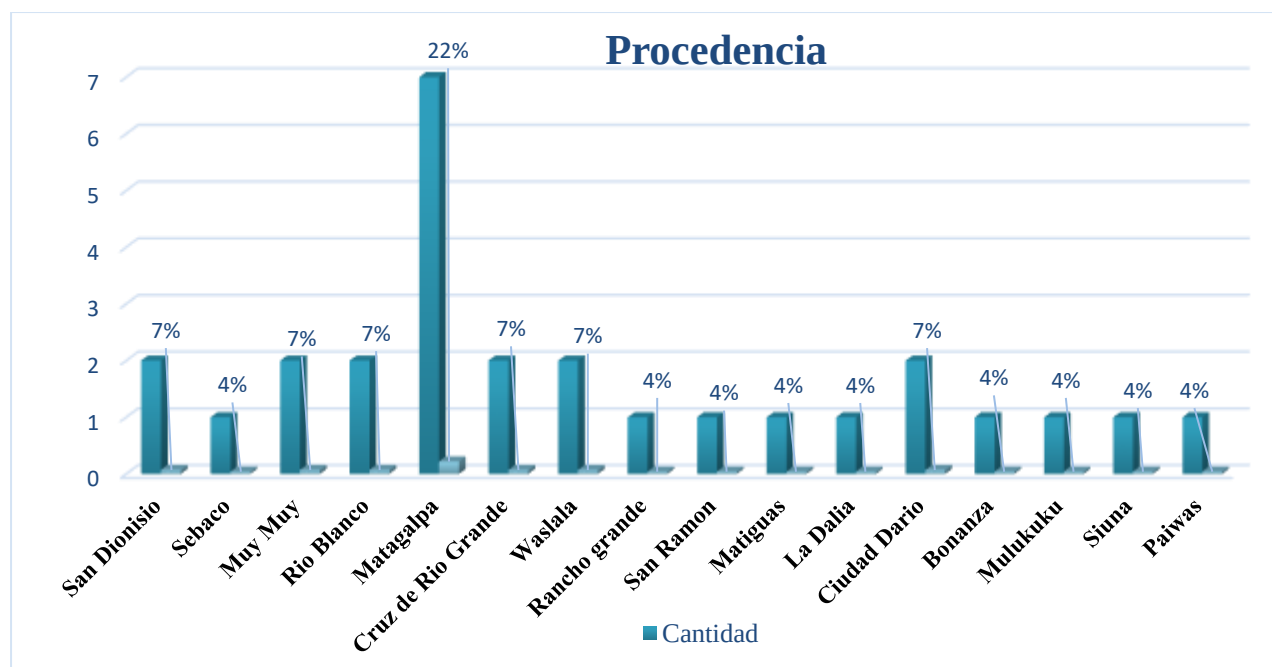
Edad	Cantidades	Porcentaje
Menor de 20 años	4	14%
Entre 20 años y 40 años	21	75%
Mayor de 40 años	3	11%
Total	28	100%

Fuente: Expedientes clínicos

Las pacientes que se encuentra entre 20 y 40 años con 21 (75%), seguidas por un grupo menor de 20 años con 4 (14%) pacientes y mayor a 40 años se encontraron con 3(11%) pacientes.

La mayor proporción de las pacientes se encuentran en las edades de 20 a 40 años y puesto que la edad juega un papel importante ya que según (MINSA, 2022) dentro de su tabla Sistema de clasificación, factores de riesgo de la Neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) en pacientes por evaluación de Mola hidatiforme (MH), se muestra en los factores pronósticos la edad menor de veinte años con puntaje de uno y mayor de cuarenta años con dos puntos, sumando así al desarrollo de la misma, especialmente la edad mayor de 40 años puesto (MINSA, 2022) expresa que aumenta su incidencia en un 40% y 50% respectivamente; por lo que al encontrarse la mayoría de las pacientes en edades fuera de ese rango se encuentran en menor riesgo de desarrollar una NTG, por lo que su seguimiento seria catalogado como de bajo riesgo.

Gráfico 2. Procedencia según municipio de las pacientes



Fuente: Expedientes clínicos

El gran porcentaje de pacientes pertenece al municipio de Matagalpa con 7 (22%) pacientes, seguido de los municipios de San Dionisio, Muy Muy, Rio Blanco, Cruz de Rio grande, Waslala y Ciudad Darío con 2 (7%) pacientes cada uno, finalmente el último grupo de Sebaco, Rancho Grande, San Ramon. Matiguas, La Dalia, Bonanza, Mulukuku, Siuna, Paiwas con 1 (4%) pacientes cada uno.

La procedencia de los pacientes es punto a tomar en cuenta a la hora que estos deben acudir a las citas de seguimiento ya que como aluden (Perez Zambrano & Rendón Álvarez, 2016) en su estudio sobre la inasistencia a consultas de promoción y prevención que entre los factores relacionados se encuentran los problemas de transporte de los pacientes, y puesto que en el estudio actual la mayor cantidad de pacientes pertenece a la zona de Matagalpa, estas pacientes tenían más accesibilidad y por ende podían hacer más presencia en el seguimiento de su enfermedad en la unidad hospitalaria referida, esto a diferencia del resto de pacientes que provenían de otros municipios las cuales necesitaban viajar para estar en las citas.

Tabla 3. Ubicación geográfica de las pacientes

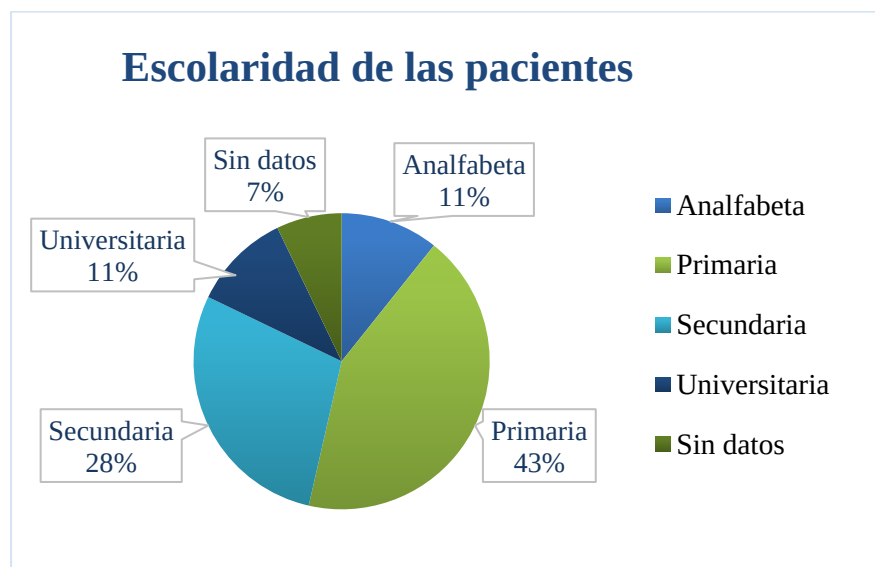
Ubicación	Cantidad	Porcentaje
Urbana	15	53%
Rural	12	43%
Sin datos	1	4%
Total	28	100%

Fuente: Expedientes clínicos

La zona urbana presenta 15(53%) pacientes, mientras que la zona rural un total de 12 (43%) paciente, seguido por 1(4%) paciente sin datos de ubicación.

Principalmente la ubicación de las pacientes era de la zona urbana, seguida casi de una misma cantidad de paciente pertenecientes a la zona rural, la ubicación de las pacientes puede influir en la conductas que toman las antedichas en cuanto a prevención, diagnóstico y asistencia a los controles prenatales los cuales permiten detecciones tempranas de las ETG pues lo citado por (Marín Mayorga, 2021) muestra que según un estudio realizado en Perú en el 2017 el proceder de zona rural se asoció a una menor probabilidad de recibir un control prenatal de calidad, esto posiblemente relacionado a otros diversos factores; pese a ello todas las pacientes pudieron ser diagnosticadas a tiempo y tratadas en una unidad de salud.

Gráfico 4. Nivel educacional de las pacientes



Fuente: Expedientes clínicos

Con nivel educacional primario 12 (43%) pacientes, seguido de secundaria con 8 (28%) pacientes, encontrándose un porcentaje igual en analfabetas, posteriormente universitarias con 3 (11%) pacientes y solo 2 (7%) de pacientes sin datos.

El análisis de la escolaridad es un elemento relevante puesto que según (Arcia Rivera & Lagos Levy, 2021) mencionan que un estudio muestra como las gestantes con escolaridad primaria tienen mayor tendencia de no cumplir los CPN con respecto a las que cursaron secundaria, y ya que la mayoría de las pacientes en estudio tenían un nivel educativo bajo más fácilmente pudieron desertar en la asistencia a los controles prenatales, así como en la asistencia en el seguimiento de la enfermedad ya diagnosticada.

DIAGNOSTICOS HISTOPATOLOGICOS

Tabla 5. Toma de las biopsias de las pacientes

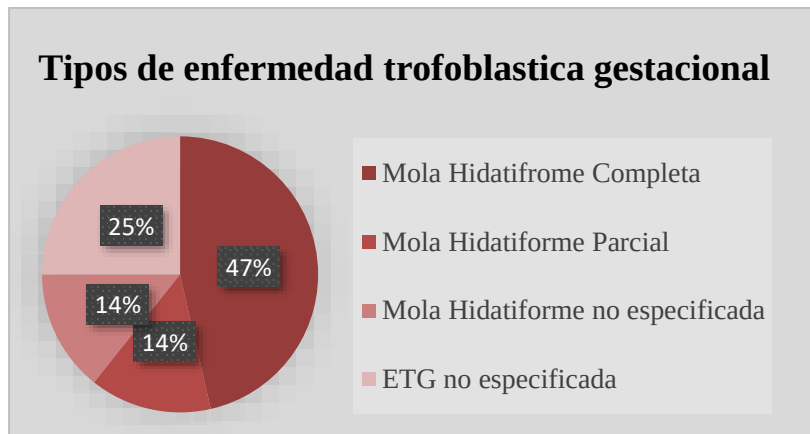
Biopsia	Cantidad	Porcentaje
Realizadas y encontradas	17	61%
Realizadas y no encontradas	9	32%
No realizadas	2	7%
Total	28	100%

Fuente: Expedientes clínicos

Las pacientes que se les realizó y se encontró biopsia fueron 17 (61%), seguido de biopsias realizadas y no encontradas de 9 (32%) pacientes y tan solo 2 (7%) pacientes no fue realizado.

En el estudio gran parte de las pacientes se les realizó y encontró la biopsia concordando con lo indicado por (MINSA, 2022) cuando los síntomas y signos clínicos orienten al cuadro diagnóstico deberá clasificarse como sospecha de ETG la cual se reclasificará con el estudio histopatológico que se debe realizar, además este diagnóstico es necesario ya que como mencionan (Durón González & Bolaños Morera, 2018) un examen histológico es crucial para determinar las características morfológicas específicas del tipo de mola.

Gráfico 6. Tipo de enfermedad trofoblástica gestacional diagnosticada de las pacientes



Fuente: Expedientes clínicos

Mola hidatiforme completa 13 (47%) pacientes, seguido de enfermedad trofoblástica no especificada de 7 (25%) pacientes, por último, la mola hidatiforme parcial y la mola hidatiforme no especificada se encontraron con 4 (14%) pacientes cada uno.

Conocer el tipo de ETG es un dato valioso pues como explica (MINSA, 2022) los pacientes con antecedentes de Mola parcial o completas tienen 10 veces más riesgo de embarazo molar subsecuente; similar a lo que expresa (Jauniaux, 2024) que después de la evacuación uterina entre el 18% y el 29% pacientes con una mola hidatiforme completa y entre el 1 y el 11% de las pacientes con mola hidatiforme parcial desarrollan un tumor trofoblástico persistente por ende ya que la enfermedad trofoblástica más frecuente en el estudio fue la mola hidatiforme completa seguida de la mola parcial; por ende se entiende que estas pacientes deberían ser monitorizadas más incesantemente con los estudios respectivos a la hora del seguimiento tras su alta por los posibles riesgos de una segunda mola o el desarrollo de tumor trofoblástico.

MÉTODOS DE RESOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

Tabla 7. Métodos de resolución realizados en las pacientes

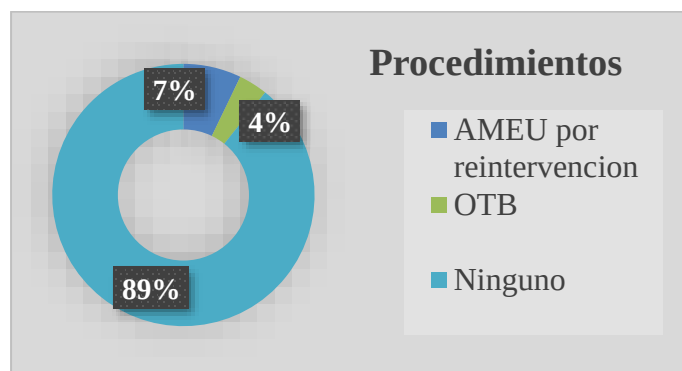
Métodos de resolución	Cantidad	Porcentaje
AMEU	26	92%
LUI	1	4%
Histerectomía en >30 años	1	4%
Total	28	100%

Fuente: Expedientes clínicos

26 (92%) de estas pacientes se les realizó AMEU, seguido de 1 (4%) paciente se le hizo LUI y 1(4%) de las pacientes se le realizó histerectomía.

Es evidente el predominio que se tuvo con respecto a la evacuación mediante AMEU de esta manera conservando la fertilidad de las pacientes y teniendo menor riesgo de perforación uterina, dato que difiere del estudio realizado por (Ornelas Carmona, 2013) donde un 83% de las pacientes se les realizó legrado uterino instrumental. Con respecto al Protocolo para el manejo de las complicaciones obstétricas, (MINSA, 2022) indica que una vez establecido el diagnóstico ETG debe realizarse la evacuación preferentemente por AMEU; en el caso de mola completa: evacuación mediante AMEU, considerar histerectomía en bloque en pacientes con paridad satisfecha y se indica la histerotomía en casos donde el tamaño fetal no permite el AMEU, teniendo así que en la unidad hospitalaria referida se cuenta con los insumos, conocimiento y preparación necesaria por parte del personal de salud para cumplir con las normas impuestas por el MINSA.

Gráfico 8. Otros procedimientos realizados en las pacientes



Fuente: Expedientes clínicos

No necesitaron otro procedimiento 25 (89%) pacientes, 2(7%) pacientes se les dio AMEU por restos, y 1 (4%) de las pacientes se le realizó OTB.

Los resultados obtenidos evidencian que la mayoría de las pacientes no fue necesario realizar otro procedimiento fuera del método que se realiza como tratamiento, al igual que (Mercedes Martinez, 2017) en el cual de los pacientes en estudio sólo se les realizó LUA-LUI en sala de

operaciones, sin ningún otro procedimiento, mientras que el Protocolo (MINSA, 2022) dice que el legrado de repetición no está indicado, salvo que persistan restos molares y en el caso de pacientes con paridad satisfecha, se debe ofertar histerectomía en “bloque” conservando ovarios, ambas indicaciones concuerdan con los resultados obtenidos.

Tabla 9. Complicaciones de las pacientes según nivel de atención

Complicaciones	Nivel de atención	Total	Porcentaje
Sangrado persistente	Primer nivel	1	4%
Ninguno	Ningún nivel	27	96%
Total	No aplica (NA)	28	100%

Fuente: Expedientes clínicos

La cantidad de 27 (96%) de estas pacientes no presentaron ninguna complicación en ningún nivel y 1 (4%) presentó sangrado persistente en el primer nivel de atención.

En lo que respecta a las complicaciones la mayoría de las pacientes no presentaron ninguna complicación coincidiendo con los datos reportados por (Ruiz Santana, Hernandez Lugo, & Arana Ramírez, 2020) quienes mencionan que la mayoría de sus pacientes no presentaron ninguna complicación. Hoy en día en Nicaragua se cuenta con unidades de salud en todo el país donde se brinda atención primaria tanto en las zonas urbanas como rurales esto ayuda a que se puedan evitar complicaciones, todo esto gracias al ministerio de salud que dispone de un sistema bien organizado para brindar atención de calidad, oportuna y gratuita a toda la población que lo amerite.

CITAS DE CONTROL

Tabla 10. Periodo de tiempo programado para las citas de seguimiento de las pacientes

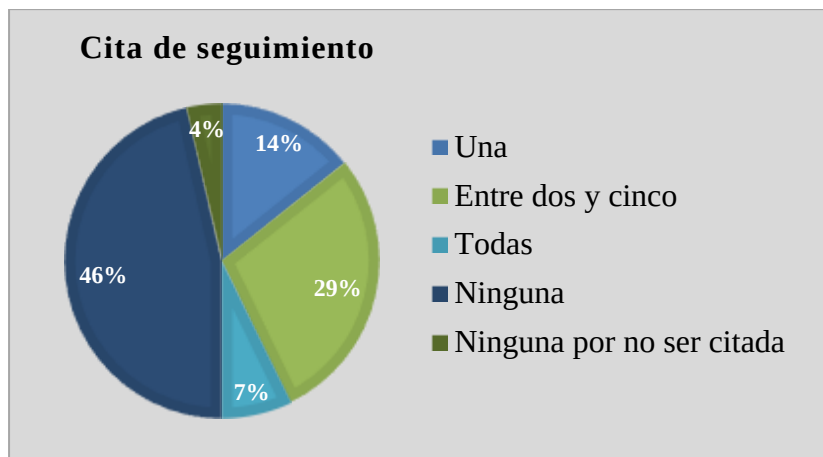
Periodo de tiempo	Cantidad	Porcentaje
Adecuado	19	68%
Inadecuado	9	32%
Total	28	100%

Fuente: Expedientes clínicos

19 (68%) pacientes fueron citadas de manera adecuada y 9 (32%) pacientes citadas de manera inadecuada.

En cuanto al tiempo programado para las citas los datos obtenidos revelan que el porcentaje más alto fue citado de manera adecuada más sin embargo una cantidad importante de pacientes no se citó de forma apropiada, esto coincide con el estudio realizado por (Mercedes Martinez, 2017) quien señala que las pacientes intrahospitalariamente fueron manejadas adecuadamente, sin embargo, no se cumplió el debido seguimiento que dicta la literatura. Por otro lado, el protocolo (MINSA, 2022) señala que posterior al tratamiento se debe dar alta con cita en un mes a todas las pacientes para ver la evolución de estas y a si mismo valorar la necesidad de quimioterapia en el caso de ET persistente.

Gráfico 11. Asistencia de las pacientes a las citas de seguimiento



Fuente: Expedientes clínicos

No acudieron a las citas 13 (46%) pacientes, seguido de 8 (29%) pacientes que acudieron entre 2 y 5 citas, un total de 4 (14%) que solo acudieron a una cita, 2 (7%) pacientes que acudieron a todas las citas y 1 (4%) paciente que no se citó.

Acerca de la asistencia a las citas de seguimiento un mayor número de pacientes no acudieron en tanto que una pequeña cantidad acudió a algunas de las citas esto indica que fue una cantidad relativamente pequeña en quienes se dio el seguimiento completo esto coincide con (Mercedes Martinez, 2017) quien en su estudio menciona que 29 pacientes de las 37 diagnosticadas como embarazo molar acudieron a seguimiento sin embargo este fue incompleto; algunas pacientes solo llegaron a una cita con o sin resultado de gonadotropinas, y las pacientes que lograron recibir más de 4 citas no cumplieron sus 6 meses de seguimiento estricto; dado lo anterior resulta difícil

vigilar de manera estricta a las pacientes y así poder detectar a tiempo la persistencia de esta patología la cual puede evolucionar a entidades malignas hecho que implicaría mayor gasto para el sistema de salud y también más riesgo para las pacientes por ello se considera necesario cumplir con lo establecido por las normativas del MINSA.

Tabla 12. Citas programadas de las pacientes hasta normalizar valores de BHCG

Citas	Cantidad	Porcentaje
Hasta normalizar	6	22%
Dejadas de citar sin normalizar	9	32%
Dejadas de citar por inasistencia	11	39%
Citadas hasta ser reingresada	2	7%
Total	28	100%

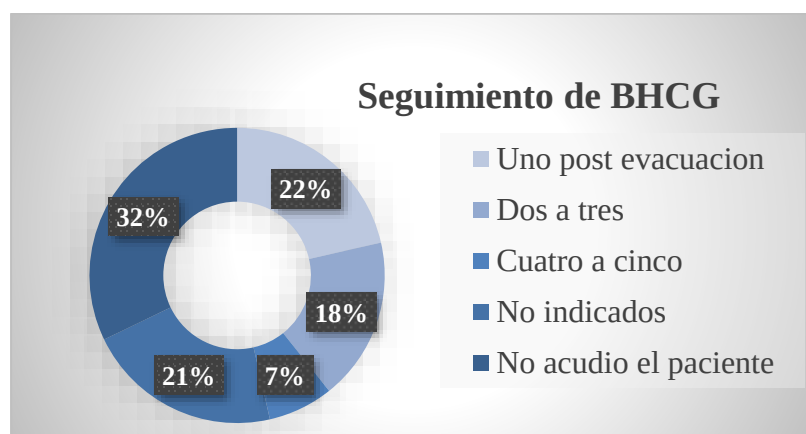
Fuente: Expedientes clínicos

11 (39%) pacientes se dejaron de citar por inasistencia, seguido de 9 (32%) pacientes dejadas de citar sin normalizar los niveles de b-hCG, 6 (22%) paciente se citaron hasta normalizar los niveles y 2 (7%) pacientes fueron citadas hasta su reingreso.

En los resultados obtenidos se puede observar que el mayor número de pacientes se dejó de citar debido a la inasistencia por parte de las pacientes, sin embargo, una cifra significativa se dejó de citar sin haberse normalizado los valores de b-hCG; esto coincide con la literatura consultada de (Mejía & Cerda, 2015) ya que ellos concluyen que no a todas las pacientes se les da un buen seguimiento y control después de su evacuación esto por diferentes razones. En contraste con el protocolo (MINSA, 2022) orienta que se debe citar a todas las pacientes sin excepción alguna después del tratamiento de una ET hasta obtener dos resultados negativos de b-hCG; esto debido a que estas pueden evolucionar a una neoplasia, por ello se considera imprescindible un cumplimiento correcto de la normativa MINSA y como se puede observar en cuanto al acápite de asistencia a citas de seguimiento existen inconvenientes, principalmente a causa de las pacientes por no acatar las orientaciones establecidas por los médicos y en menor medida por las acciones del personal de salud.

SEGUIMIENTO

Gráfico 13. Cantidad de seguimientos de niveles de BHCG de las pacientes



Fuente: Expedientes clínicos

El mayor porcentaje de pacientes corresponde a 9 (33%) las cuales no acudieron a la toma de b-hCG, seguido de un resultado post evacuación y no indicados con 6 (21%) pacientes cada uno, 5 (18%) pacientes con dos a tres resultados y 2 (7%) pacientes con cuatro a cinco resultados.

Durante el seguimiento hormonal en este estudio se observó que en la mayoría de las pacientes no se contaban con los niveles de la sub unidad b-hCG debido a que estas no acudieron a la toma de la muestra de sangre, el cual no coincide con el estudio realizado por (Ruiz Santana, Hernandez Lugo, & Arana Ramírez, 2020) en el cual se logró una cuantificación sérica de la fracción beta de la hCG del 100% de las pacientes ya que estas si acudieron a su cita. No acorde con el protocolo del (MINSA, 2022) el cual indica que se debe realizar un control al mes post evacuación y luego los controles subsiguientes se harán cada 15 días hasta normalizarse luego del último control post evacuación normal se recomienda seguimiento mensual por 1 año con b-hCG o hasta obtener dos mediciones consecutivas negativas ($< 5 \text{ mIU/ml}$), Sin embargo como se pudo observar es que sin la contribución de las pacientes este seguimiento no se puede lograr pese a que en Nicaragua se cuente con un buen sistema de salud de fácil acceso y disponible para toda la población no se pueden cumplir las normativas establecidas por causa de la falta de compromiso propio del paciente.

Tabla 14. Análisis de la persistencia de los niveles de BHCG de las pacientes

Persistencias de los niveles	Cantidad	Porcentaje
Un mes	1	4%
Dos meses	0	0%
Tres meses	1	4%
> 4 meses	0	0%
Niveles normales	6	21%
Se desconoce	20	71%
Total	28	100%

Fuente: Expedientes clínicos

El mayor porcentaje de pacientes corresponden a 20 (71%) las cuales se desconoce sus valores, seguido de 6 (21%) pacientes con niveles normales, 1 (4%) paciente con persistencia por un mes, 1 (4%) paciente con persistencia por tres meses y no se encontró pacientes que persistieran por 2 meses o por 4 o más meses.

No se logró conocer la persistencia del mayor número de pacientes esto debido a que 11 de ellas se dejaron de citar por inasistencia y 9 fueron dejadas de citar sin haberse normalizado sus valores, y recordando lo mencionado en la revista de (Espinoza Artavia, Fernández Vaglio, & Solar Del Valle, 2019) dice que todas las pacientes con diagnóstico de embarazo molar se les debe realizar tamizaje completo para determinar la extensión de la enfermedad, dato que concuerda con el estudio realizado por (Fehlmann, y otros, 2021) en el cual durante el seguimiento se diagnosticaron 35 neoplasias trofoblásticas gestacionales tras la persistencia de hCG a causa de ello se considera imprescindible conocer los valores de la B-HCG y determinar persistencias, por ello el protocolo del (MINSA, 2022) orienta que se debe dar una vigilancia estricta a todas las pacientes con ETG. Aunque el ministerio de salud en Nicaragua goce de las prestaciones de este servicio si no se cuenta con la colaboración de las pacientes no se puede llevar a cabo de manera adecuada.

Tabla 15. Otros tipos de seguimientos de control realizados en las pacientes.

Otros seguimientos	Cantidad	Porcentaje
Histopatológico por biopsia	0	0%
Ultrasonidos pélvicos	5	18%
Ninguno	23	82%
Total	28	100%

Fuente: Expedientes clínicos

23 (82%) pacientes no se les realizó otro tipo de seguimiento, seguido de 5 (18%) pacientes se les hizo USG pélvico y no se realizó seguimiento histopatológico por biopsia.

Con respecto a otros seguimiento los datos obtenidos muestran que casi todas las pacientes no se les realizó otros seguimiento más que el de la hormona (b-hCG), de igual manera (Espinoza Artavia, Fernández Vaglio, & Solar Del Valle, 2019) mencionan que en aquellas pacientes con alteraciones persistentes en hCG, es importante la realización de ultrasonido pélvico, en el que es posible valorar masas focales no específicas con componente endometrial variable, distintos grados de vascularidad, y variable invasión endometrial; elemento que coincide con los resultados obtenidos debido a que a las pacientes que si presentaron persistencia de la b-hCG se les realizó USG pélvico durante su seguimiento, debido al mayor riesgo que presentaban con respecto a las demás pacientes.

Tabla 16. Hallazgos importantes encontrados durante el seguimiento de las pacientes.

Hallazgos	Cantidad	Porcentaje
Niveles persistentes	1	4%
Sangrados	1	4%
Sin hallazgos	26	92%
Total	28	100%

Fuente: Expedientes clínicos

26 (92%) pacientes no presentaron ningún hallazgo importante durante su seguimiento, 1 (4%) paciente presentó persistencia de los niveles de la b-hCG y 1 (4%) paciente presentó sangrado.

En los resultados obtenidos casi todas las pacientes no presentaron hallazgos importantes durante su seguimiento lo cual revela que esta patología mayormente tiene buena resolución, mientras tanto (Coronado, y otros, 2020) de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia menciona que esta enfermedad suele ser de buen pronóstico y su potencial agresivo se debe a la capacidad de invasión y persistencia, es por ello la importancia de contar con niveles de β -HCG pues si persisten elevados durante 6 meses o más es evidencia de enfermedad metastásica, cosa que no ocurrió con las pacientes a estudio puesto que la mayor persistencia se dio por 3 meses.

Tabla 17. Reingresos realizados en las pacientes y sus causas.

Reingresos	Cantidad	Porcentaje
Molas persistentes	2	7%
No reingresadas	26	93%
Total	28	100%

Fuente: Expedientes clínicos

La cantidad de 26 (93%) pacientes no se reingresaron y 2 (7%) paciente se reingresaron por mola persistente.

Tan solo una pequeña cantidad se reingreso esto a causa de mola persistente, lo cual concuerda con (Aitken, Benavides, & Smirnow, 2004) quienes reportaron 2 de 79 casos por enfermedad del trofoblasto persistente, lo que señala que es una baja cantidad de pacientes que presentan recidivas de dicha enfermedad. A si mismo (Espinoza Artavia, Fernández Vaglio, & Solar Del Valle, 2019) menciona que una vez que se detecten alteraciones de los niveles de hCG, es necesaria la evaluación de la paciente para el reconocimiento de posibles metástasis.

CAPTULO V

5.1. CONCLUSIONES

En características sociodemográficas, se encontró que la mayoría de las pacientes contaban con edades de 20 a 40 años, estas procedían del municipio de Matagalpa, principalmente de la zona urbana y con un nivel educacional primario.

Acerca de los diagnósticos histopatológicos, el mayor porcentaje de pacientes se les realizó y encontró resultado de biopsia.

La mola hidatiforme completa fue la enfermedad trofoblástica gestacional más encontrada dentro del estudio.

En cuanto al método de resolución descrito se determinó que el más realizado fue la evacuación por aspiración manual endouterina.

La mayor parte de las pacientes no ameritaron otros procedimientos quirúrgicos y aquellos que fueron realizados seguían lo estipulado por normativa MINSA.

Fundamentalmente casi la totalidad de las pacientes no desencadenaron complicaciones.

Durante las citas de seguimiento se encontró que mayormente las pacientes eran citadas en un periodo de tiempo adecuado, pese a ello, también una parte significativa de ellas fue convocada en un periodo inadecuado.

Se observó que gran parte de las pacientes no asistían de forma voluntaria a las citas de seguimiento.

Se dejaron de programar las citas de la mayoría de las pacientes debido a la inasistencia.

Respecto a los niveles de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana, se encontró que la mayoría de los pacientes no acudieron a la toma del examen.

Se desconocía en gran parte de las pacientes si hubo persistencia de los valores de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana, mayoritariamente a causa de la inasistencia a las citas de seguimiento.

Principalmente no se dio otro tipo de seguimiento de control, únicamente se llevó a cabo seguimiento por biopsia en las pacientes con persistencias de niveles de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana.

No hubo en gran parte de las pacientes hallazgos importantes buscados durante el seguimiento.

En la mayoría de los casos las pacientes no necesitaron ser reingresadas.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud en el área de patología HECAM, guardar una copia de los resultados de biopsias entregados a las pacientes y agregarlos a los expedientes clínicos.
2. Ejecutar en las diferentes áreas del sector salud, en todos los niveles de atención, capacitación, consejería y educación continua acerca de enfermedad trofoblástica gestacional promoviendo charlas que aporten conocimientos generales sobre dicha afección, además de los riesgos, complicaciones e importancia de su seguimiento.
3. El personal de salud, instar y recodar a las pacientes acudir a las citas de seguimiento en cada control que se realiza de igual manera agilizar los exámenes de B-HCG y reportar al encargado para que este pueda evaluar la evolución de las pacientes.
4. Promover la sectorización de las pacientes por parte del personal de salud para que desde sus unidades de salud les recuerden asistir a los controles de seguimiento.
5. Realizar seguimiento médico completo según normativa MINSA a todas las pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica gestacional.

5.3. REFERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

- Durón González, R., & Bolaños Morera, P. (Marzo de 2018). ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL. *Medicina Legal de Costa Rica*, 35(2), 14.
- Aitken, S., Benavides, A., & Smirnow, M. (2004). NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 5(69), 353-356.
- Arcia Rivera, E. d., & Lagos Levy, H. L. (2021). *Factores asociados a la inasistencia de control prenatal en gestantes que acuden al puesto de salud "Salomón Moreno", Managua-Nicaragua, octubre-diciembre 2020*. Managua, Nicaragua.
- Arias, E. R. (2021). *Paradigma descriptivo*. Sevilla, España.
- Ayala Salamanca, A., & Gutiérrez Saravia, M. (2022). *Caracterización epidemiológica y clínica de pacientes con enfermedades trofoblásticas gestacional en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel en el periodo de enero 2017 a diciembre 2021*. San Miguel, El Salvador.
- Ayala, M. (24 de Agosto de 2022). Paradigma interpretativo. *Cultura general y sociedad*.
- Cano Medina, G. (2016). *Incidencia de la enfermedad trofoblástica gestacional*. Antigua Guatemala, Guatemala.
- Cobas Portuondo, J. L., Valle, A. R., & Carrasco, Y. M. (2010). La investigación científica como componente del proceso formativo del Licenciado en cultura física . *PODIUM Órgano divulgativo de GDeportes*, 10.
- Coronado, P. J., Marquina, G., Diestro, M., Sonsoles , A., Sánchez del Río, A., Hardisson, D., . . . Santaballa, A. (2020). Enfermedad trofoblástica gestacional. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 165-184.
- Díaz, N. (2018). *Población y muestra*. Ciudad de México, México.
- Espinoza Artavia, A., Fernández Vaglio, R., & Solar Del Valle, T. (2019). Actualización en patología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias. *Revista Medica Sinergia*, 4(5), 44-59.
- Fehlmann, A., Benkortbi, K., Rosseel, G., Meyer-Hamme, U., Christophe Tille, J., & Sloan-Béna, F. (2021). *Enfermedad trofoblástica gestacional en Suiza: estudio retrospectivo del impacto de un centro de referencia regional*. Suiza.
- García Castillo, M. J., & Gaitán García, L. d. (2020). *Cumplimiento del Protocolo MINSA en el abordaje del embarazo molar en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2018-2019*. Managua, Nicaragua.

- Giraldez, A. L. (2019). *Terminológica basada en corpus para la traducción de fichas*. Málaga, España.
- Gómez, C. S. (2015). La dicotomía cualitativo-cuantitativo: posibilidades de integración y diseños mixtos. 11-30.
- Grases, P., & Zighelboim, I. (Junio de 2018). Enfermedad trofoblástica gestacional. *Gaceta Médica de Caracas*, 126(2), 150-159.
- Huanca Llamó, J. J. (2019). *Factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Hipólito Unanue durante el periodo de enero del 2014 a diciembre del 2018*. Lima, Perú.
- Ibarra Molina, P. E. (2018). *Enfermedad trofoblástica gestacional con metástasis múltiple a propósito de un caso clínico en una mujer en edad reproductiva en el Hospital General de Latacunga*. Ambato, Ecuador.
- Jauniaux, E. (2024). Ultrasound diagnosis and follow-up of gestational trophoblastic disease. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998, 367-737.
- López Aguila, C. R., & Tzirin Toj, H. G. (2018). *Caracterización sociodemográfica, clínica y terapéutica de pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional*. Escuintla, Guatemala.
- López Falcón, A., & Ramos Serpa, G. (Diciembre de 2021). Acerca de los métodos teóricos y empíricos de investigación: significación para la investigación educativa. *Revista Conrado*, 17(3), 22-31.
- Marín Mayorga, O. J. (2021). *Evaluación de los controles prenatales, según la normativa 011 MINSA, estrategia que previene las complicaciones obstétricas, realizados en el Centro de salud San Francisco de Cuapa en el periodo comprendido de Enero/Junio del año 2019*. Chontales, Nicaragua.
- Mejía, A., & Gonzales, M. (2017). *Factores asociados al embarazo molar en mujeres en edades reproductivas atendidas en el Hospital Berta Calderon Roque en el periodo de abril 2014 y abril 2016*. Managua, Nicaragua.
- Mejía, K., & Cerda, M. (2015). *Factores asociados al embarazo molar en mujeres en edad reproductiva atendidas en el HBCR*. Managua, Nicaragua.
- Mercedes Martínez, L. (2017). *Características clínicas, manejo y seguimiento en pacientes con mola hidatiforme ingresadas en el servicio de ARO I, HEODRA en el periodo de enero 2013 a mayo 2016*. León, Nicaragua.
- MINSA. (Octubre de 2022). Normativa - No. 109: Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas. 306.

- Morales García, V. R. (2017). *Abandono al control prenatal de las mujeres embarazadas del Centro de salud María del Carmen Salmeron, municipio de Chinandega, periodo octubre 2006-marzo 2007*. Managua, Nicaragua.
- Muguiras, A. (2023). *Como determinar el tamaño de la muestra en una investigación de mercado*. San Francisco, EEUU.
- Nishino, K., Eiko, Y., Kaoru, N., & Ino, K. (Agosto de 2022). Epidemiologic study on gestational trophoblastic diseases in japan. *Journal of gynecologic oncology*, 33(6).
- Ornelas Carmona, H. V. (2013). *Perfil epidemiológico de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital General de México en el periodo del 2008 al 2012*. Ciudad de México, México.
- Perez Zambrano, M., & Rendón Álvarez, M. (2016). *Características asociadas con la inasistencia a la consulta de promoción y prevención en salud en una IPS de la ciudad de Medellín 2016*. Medellín, Colombia.
- Ramírez Magaña, A. E. (2020). *Correlación ultrasonográfica vs histopatológica en el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional*. Ciudad de México, México.
- Rodriguez, J. (2015). Paradigma descriptivo.
- Ruiz Santana, W. L., Hernandez Lugo, X. C., & Arana Ramírez, R. (2020). *Comportamiento clínico y epidemiológico de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes ingresados en el servicio de complicaciones obstétricas del Hospital Berta Calderón Roque durante el año 2017-2019*. Managua-Nicaragua.
- Sumire Yopez, I. G. (2019). *Factores asociados de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Regional del Cusco en el período 2010-2018*. Cusco, Perú.
- Talledo León, A. B., & Vicente Puescas, D. Y. (2021). *Características epidemiológicas y obstétricas de la mola hidatiforme durante los años 2005 – 2019*. Hospital Regional Docente de Trujillo. Trujillo - Perú.
- Vera Chalco, M. V. (2019). *Caracterización histopatológica de la enfermedad trofoblástica gestacional en restos endouterinos procedentes de pacientes atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2017*. Lima, Perú.

ANEXO 1. GUIA DE REVISION DE EXPEDIENTE



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

I. Datos personales

Edad: _____ Fecha de ingreso: _____ Número de Ficha: _____

Procedencia: Rural _____ Urbana _____ Municipio: _____

Escolaridad: Primaria _____ Secundaria _____ Universitaria _____ Sin datos _____

II. Diagnostico Histopatológico

BIOPSIA	S/N	FECHA DE LA TOMA	TIPO DE ENFERMEDAD TROFOBLASTICA
Realizada y resultado encontrado			
Realizada y resultado no encontrado			
No realizada			

Procedimientos realizados

AMEU _____

Histerectomía en px > 30 a _____

AMEU por restos _____

Histerectomía en px < 30 a _____

LUI _____

Otros _____

III. Complicaciones por nivel de atención (1er, 2do, en seguimiento)

Perforación uterina _____

Hemorragia _____

Infección _____

Otras _____

Ninguna _____

IV. Seguimiento según Normativa MINSA

Asistencias a las citas de seguimiento

Fueron citadas en el tiempo debido según normativa MINSA_____

Número total de citas acudidas por la paciente: _____

Número total de citas dadas por el medico: _____

Citas programadas	S/N
Citada hasta normalizar valores	
Dejada de citar sin normalizar valores	
Dejada de citar por inasistencia del paciente	
Citada hasta ser reingresada	

¿Por qué inasistio la paciente a la cita?

La paciente no fue citada_____ La paciente no acudió_____

Niveles de B-HCG

Fecha del seguimiento	Valor	Persistencia por meses (1/2/3/>3 meses)

No se indicaron exámenes de seguimiento de BHCG_____

Se indicaron, pero no se encontraron resultados de BHCG_____

Otros seguimientos	S/N
Histopatológico por biopsia	
Ultrasonidos pélvicos	

	SI (describala)	NO
Se encontró algún hallazgo importante durante el seguimiento		

Se reingreso a la paciente_____

Causa del reingreso_____

ANEXO 2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Variable		Subvariable	Definición operacional
Características sociodemográficas	Sociales	Edad	Tiempo transcurrido en años de una persona desde su nacimiento hasta el año de estudio.
		Escolaridad	Nivel educativo de la paciente en esta investigación
	Demograficas	Procedencia	Lugar donde reside habitualmente el individuo en esta investigación.
Diagnóstico histopatológico		Biopsia	Extracción de células o tejidos para ser examinados por un patólogo
Método de resolución		Niveles de atencion	Los niveles de atención de salud representan los grados progresivos de especialización y cuidado que los pacientes requieren cuando presentan enfermedades.
Complicaciones			
Cumplimiento		Controles	Observar o vigilar de manera regular a las pacientes para detectar cambios.
Seguimiento		Niveles de B-HCG	Hormona gonadotropina coriónica humana fracción beta (β-hCG) se produce en la placenta de la mujer después de que un óvulo fertilizado se haya implantado en el útero.

Variable		Subvariable	Dimension	Indicador	Escala
Características sociodemográficas	Sociales	Edad	Demográfica	Edad en años	Intervalo
		Procedencia	Demográfica	Según expediente clínico	Nominal
	Demograficas	Escolaridad	Demográfica	Según expediente clínico	Nominal
Diagnóstico histopatológico		Biopsia	Patología	Según expediente clínico	Nominal
Método de resolución		Niveles de atencion	Unidades de salud	Según expediente clínico	Intervalo
Complicaciones		Niveles de atencion	Unidades de salud	Según expediente clínico	Nominal
Cumplimiento		Controles	Consulta externa	Según expediente clínico	Intervalo
Seguimiento		Niveles de B-HCG	Laboratorio-Exámenes especiales	Según expediente clínico	Intervalo

Variable		Subvariable	Valor
Características	Sociales	Edad	< 20 años 21- 40 años >40 años
		Escolaridad	Primaria Secundaria Universitaria Profesional Sin datos
	Demográficas	Procedencia	Rural Urbana
Diagnóstico histopatológico		Biopsia	Mola hidatiforme parcial Mola hidatiforme completa Mola invasiva Tumor del sitio placentario Tumor trofoblástico epiteliode Coriocarcinoma
Metodo de resolucion		Niveles de atención	I II III IV
Complicaciones			Perforación uterina Hemorragia Infección Embolización pulmonar trofoblástica Lesión vaginal, vesical, uterina o intestinal. Otras Ningunas
Cumplimientos		Controles	15 días 1 mes 6 meses 1 año
Seguimiento		Niveles de B-HCG	< 5 mUI/ml 5-5000 mUI/ml >50,000-100,000 mUI/ml >100,000 mUI/ml

ANEXO 3. CRONOGRAMA DE REVISION DE PROCESO DE REDACCION E INVESTIGACION



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**
UNAN - MANAGUA

Actividades	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Discusión y elección de la temática investigativa	10/08/23						
Determinar el tema general, delimitado y objetivos	24/08/23						
Correcciones del tema general, tema delimitado y objetivos		15/09/23					
Revisión de los antecedentes nacionales, centroamericanos e internacionales		20/09/23					
Revisión de la introducción, planteamiento del problema, justificación y preguntas directrices			23/10/23				
Revisión del marco teórico				19/11/23			
Revisión del diseño metodológico			08/10/23				
Revisión de operaciones de variable			25/10/23				
Revisión de la guía de					18/12/23		

expedientes							
Revisión desde el tema general, hasta el marco teórico						01/01/24	
Orientaciones sobre análisis y discusión de resultados							05/02/24
Revisión de inferencia de datos							19/02/24
Recomendaciones y conclusiones							20/02/24
Revisión de informe final							20/02/24
Revisión de la presentación.							20/02/24
Inscripción de la monografía							20/02/24
Pre- defensa							29/05/24
Defensa							13/06/24