



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Informe Final para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía.

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.

Autoras:

Br. Winniber Lohan Ruiz Santana

Br. Xochilt Carolina Hernández Lugo

Br. Rosario del Carmen Arana Ramírez

Tutor científico:

M.S.C.M.D José de los Ángeles Méndez

Especialista en Ginecobstetricia.

Managua, Nicaragua

Marzo, 2020

DEDICATORIA

A Dios por ayudarnos a sobrellevar cada tropiezo, darnos sabiduría y perseverancia para salir adelante y poder culminar esta etapa en nuestras vidas.

A nuestros padres por ser figuras de ejemplo ante la carrera de la vida y ayudarnos a ser personas de bien.

A nuestros hijos Alexandra Vanegas y Sebastián García por ser motor de vida para nosotras.

A nuestros esposos David Vanegas y Yasser García por habernos apoyado y ser pilar importante en nuestras vidas

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser el principal autor de todas las acciones en nuestra vida y ponernos en este hermoso camino como es la medicina.

A nuestros padres por ser apoyo incondicional durante todo el proceso de nuestra carrera, por la paciencia entregada y todo el amor en cada paso hombro a hombro con nosotras.

A nuestro tutor por cada minuto entregado para la finalización de este proyecto, con calidad y profesionalismo, siendo un compañero, un líder en nuestro trabajo.

OPINION DEL TUTOR

Investigar sobre causas de muerte materna, son unos de los temas más importantes en la formación médica.

El conocimiento científico y clínico de estas patologías permite hacer un manejo adecuado y oportuno en la reducción de la morbilidad materna.

En este esfuerzo investigativo las investigadoras han realizado un gran esfuerzo y lo han cumplido, sus resultados llevan implícito todo el rigor científico y metodológico de un trabajo investigativa.

Reciban mis más sinceras muestras de respeto.

Atentamente.

M.S.C.M.D José de los Ángeles Méndez

RESUMEN

El objetivo de este estudio es describir el comportamiento clínico y epidemiológico de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes atendidas en el servicio de complicaciones obstétricas del Hospital Berta calderón Roque durante el año 2017-2019.

Se realizó un estudio, Descriptivo, de corte transversal, informe de Casos revisando 9 expedientes clínicos de pacientes con enfermedad trofoblástica.

La edad que mayormente afecta a la población fue de 21 años en el 33,3% de los casos, el intervalo fue el comprendido entre los 20 – 34 años en un 66,7%. Escolaridad en el 66,7 % de primaria. El 88,9 % era ama de casa El 44,4 % se encontraba en unión libre. Los antecedentes gineco- obstétricos fueron: Bigestas en 55,6%, entre las 12- 24 semanas de gestación en el 88,9%, El 100% de las mujeres no presento como antecedente aborto molar. El 100% fue diagnosticada durante el primer control prenatal. El 88,9 % no presento como antecedente aborto. El 77,8% era multípara. El 100% de la población presento embarazo molar, de los cuales el 55,6% presento mola hidatiforme parcial. La principal manifestación clínica fue el en el 88,9% sangrado transvaginal. El 100% de las pacientes se diagnosticó mediante ultrasonido Pélvico y tuvo diagnóstico histopatológico confirmado por biopsia. La mayoría no presento complicaciones y evoluciono de manera satisfactoria.

CONTENIDO

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
OPINION DEL TUTOR	4
RESUMEN	5
INTRODUCCION	8
JUSTIFICACION	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
OBJETIVOS	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
ANTECEDENTES	12
Antecedentes internacionales	12
Antecedentes nacionales	13
Antecedentes locales	14
MARCO TEORICO	15
Entidades clínicas	15
Factores	16
Manifestaciones clínicas:	17
Métodos diagnósticos:	19
Procedimientos y tratamiento	19
Complicaciones	22
DISEÑO METODOLOGICO	23
Área de estudio:	23
Periodo de estudio:	23
Tipo de estudio:	23
Universo:	23
Muestra	23
Estrategia muestral	23
Unidad de análisis	23
Criterios de inclusión y exclusión	23
Criterios de inclusión	23
Criterios de exclusión	23
Variables por objetivos específicos	24
Operacionalización de las variables	26

Métodos y técnicas de recolección de información	31
Fuente De Información	31
Técnica de recolección de información	31
Método de obtención de información	31
1. Autorización	31
2. Instrumento de recolección de información	31
3. Procesamiento de la información	32
Limitaciones del estudio	32
RESULTADOS	33
ANALISIS Y DISCUSION	37
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	43
ANEXOS	45

INTRODUCCION

Martínez, Liliam Mercedes (2017) expresa en el nuestro medio y según estadísticas del hospital Berta calderón la Mola Hidatiforme es la clasificación de la enfermedad trofoblástica más frecuente, en nuestro medio siendo 1/600 embarazos y que a nivel mundial la prevalencia de esta entidad es de 1 de cada 1 000 o 2 000 gestaciones.

Según Vázquez E, Delgado L, Ramos L, Vázquez J, Brito A. (2014) Quienes mencionan que, basándose en datos históricos, que esta patología fue descrita por Hipócrates, alrededor del año 400 a.C, en su definición de la hidropesía del útero, quien, fundamentado en su teoría de los cuatro humores, describió la mola hidatiforme como una hidropesía o retención de líquidos en el útero; enfermedad atribuida al consumo de agua insalubre, pero no fue hasta el año de 1895 en el que Marchand descubrió su origen a partir del trofoblasto.

La enfermedad trofoblástica gestacional engloba un grupo de anormalidades proliferativas del trofoblasto (Corion fetal) que van desde la mola hidatiforme hasta la coriocarcinoma, la primera con connotación benigna y el segundo con característica de un tumor maligno, la clasificación más exacta es: Mola Hidatiforme (Completa o Parcial), Mola Invasiva, coriocarcinoma, Tumor Del Sitio Placentario. Esta investigación pretende caracterizar 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.

JUSTIFICACION

Las implicaciones prácticas y el valor teórico de esta investigación , parte de la necesidad investigar cuál es la incidencia real y presentación clínica de las distintas entidades que conforman la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital Berta Calderón Roque considerando que, esta es una institución especializada de referencia nacional, además de ello es un Hospital escuela que tiene como misión la de formar a médicos especialistas capacitados en el reconocimiento y aplicación del manejo de protocolos tanto nacionales como internacionales relacionados con esta entidad clínica y con la diversidad de patologías que rodean la enseñanza de la Gineco-obstetricia

Esta investigación aportará datos confiables y actualizados sobre esta temática, lo que contribuirá a la mejora de su reconocimiento y por ende a la instauración precoz del diagnóstico y el tratamiento confiriéndole a esta investigación una relevancia social invaluable ya que las pacientes tendrán una expectativa de supervivencia mayor asociada a un diagnóstico precoz.

Finalmente, los resultados servirán para que el personal médico, las autoridades de la institución y de gobierno actualicen los protocolos estandarizados y con ello que mejorar la evaluación, el tratamiento y toma de decisiones oportunas para disminuir las complicaciones y un fatal desenlace en estos pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Martínez, Liliam Mercedes (2017) menciona que las neoplasias trofoblásticas van desde una mola hidatiforme, hasta coriocarcinoma. La mola es la neoplasia gestacional más frecuente (85%), afectando pacientes menores de 20 años y mayores de 40 años.

Según lo descrito por Lazo Álvarez y Guamán Mizhirumbay (2016) la enfermedad trofoblástica gestacional, es una patología ginecológica que se relaciona a múltiples factores, cuya incidencia varía entre las distintas regiones a nivel mundial, siendo más alta en Asia y en América Latina que en los países desarrollados de occidente.

Siendo nuestro país, un país subdesarrollado con pocos recursos económicos y de cultura en donde la mujer inicia su vida reproductiva a los 15 años y la finaliza a edad avanzada, lo que la predispone a padecer esta patología, la cual muchas veces pasa desapercibida por presentar sintomatología de una gestación normal o por falta de prueba diagnóstica como son la medición de la gonadotrofina coriónica y el ultrasonido.

A partir de la premisa anterior se deriva la siguiente interrogante:

¿Cómo es 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?

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir el comportamiento clínico y epidemiológico de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes atendidas en el servicio de complicaciones obstétricas del el Hospital Berta calderón Roque durante el año 2017-2019.

Objetivos específicos

1. Caracterizar socio-demográficamente al grupo de pacientes en estudio.
2. Describir los datos gineco-obstétricos en el grupo de pacientes en estudio
3. Identificar la clasificación de la enfermedad trofoblástica gestacional en el grupo de pacientes en estudio.
4. Describir el abordaje diagnóstico de la enfermedad trofoblástica gestacional en el grupo de pacientes en estudio.
5. Enlistar las complicaciones de la enfermedad trofoblástica de pacientes en estudio
6. Identificar la evolución clínica de la enfermedad trofoblástica gestacional en el grupo de pacientes en estudio.

ANTECEDENTES

Antecedentes internacionales

Huanca Llamo, Jesús Johana (2019) en Lima, Perú 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, 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, n 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.

Moncayo Pionce Fátima Alexis (2017) en Guayaquil, Ecuador realizó un estudio sobre la Incidencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en los años 2013 – 2016 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Encontrando que 145 pacientes tenían un tipo de la enfermedad trofoblástica gestacional, La edad media fue de 31 años, en la cual le edad mínima fue de 12 años y la edad máxima fue de 50 años. El rango etario mayormente afectada fue de 25 – 29 años en el 32 % siendo la mola hidatiforme completa más frecuente en este rango etario, en segundo lugar los rangos 30 – 35 años con un 23 %; La mola hidatiforme completa fue la más frecuente en el 90,34 % de los casos, seguido por coriocarcinoma 8,28 % y fue más frecuente en edades de 45 – 50 años, mola hidatiforme parcial 1,38 % y afecto mayormente al rango etario entre 20- 24 años.

Lazo Álvarez y Guamán Mizhirumbay (2016) en Cuenca, Ecuador realizaron un estudio sobre las características de la enfermedad trofoblástica en pacientes del área de gineco - obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo comprendido entre enero del 2010 y enero del 2015, con una muestra de 50 pacientes, encontrando que el rango etario mayormente afectado fue 21 a 30 años. La edad gestacional al momento del diagnóstico se ubicó entre las 9 a 13 semanas. El 46 % se encontró en el rango de multíparas. Un 60 % de la población no tenía antecedente de aborto seguido por 34% que tenía 1 aborto, El sangrado transvaginal fue el síntoma clínico más frecuente en el 86 % de los casos, seguido por dolor abdominal en el 60%, los métodos diagnósticos utilizados con mayor frecuencia fueron la combinación entre la Historia clínica + ecografía + Medición de niveles de gonadotropina coriónica humana en el 88% de los casos seguido por la combinación de Historia clínica + ecografía en el 12%. El tratamiento realizado con mayor frecuencia fue Aspiración manual endouterina (AMEU) en el 36% de los pacientes seguido por legrado uterino instrumental (LUI) 30 % y en tercer lugar la combinación de los procedimientos AMEU + LUI en el 12%.

Antecedentes nacionales

Martínez, Liliam Mercedes (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. El 78% de los diagnósticos por ultrasonido fueron confirmados histológicamente.

Antecedentes locales

Mejía Corea, K.A y Cerda González M.J (2017). Factores asociados al embarazo molar en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua de Abril 2014-Abril 2016 Managua, Nicaragua. Reportando los siguientes resultados edades entre 20-34 años que representan el 68.67%, luego se encuentran las que están en un rango menor o igual a 19 años representando el 16.87%, Grado de Escolaridad: Primaria 54.22%, (n= 45), secundaria con 37.35% (n=31) y por último corresponde a mujeres profesionales con el 8.43% (n=7). La ocupación fue: amas de casa 91.14% (n=72), profesionales 7.59% (n= 6), Obrera 1,27% (n=1). Religión la mayoría eran de índole católica 60.98% (n=50) el seguidas por las de otras religiones con 21.95% (n=18) y por último corresponde a religiones evangélicas con 17.07% (n=14). Procedencia rural con el 66.27% (n=55), seguidas por la procedencia urbana con 33.73% (n=28). Gesta: nuligesta el 61.45% (n=51), seguidas por las multigesta con 38.55% (n=32). Para: a mayoría eran nulíparas con el 59.26% (n=48), seguidas por las múltiparas con el 40.74%(n=33). Antecedente de aborto: no habían presentado ningún aborto en el 93.98% (n=78), seguidas por las pacientes que presentaron de 1-2 abortos con el 6.02% (n=5). Edad gestacional del Diagnóstico: periodo menor de las 12 semanas que representan el 60.24% (n=50), seguido por las que se encontraban entre las 12- 24 semanas que representan el 32.53% (n=27), y por último periodo mayor de las 24 semanas de representan el 7.23% (n=6). Dolor abdominal presente en el 77.11% (n=64) y un 22.89% (n=19) que no presento. El 100% (n=83) presento sangrado, de los cuales un 78.31% (n=65) presento sangrado intermitente, y un 21.69% (n=18) sangrado continuo. Fiebre: se determinó que un 9.64% (n=8) y un 90.36% (n=75) no presento. Expulsión de vesículas: El 12.05% (n=10) si presento expulsión de vesículas, Un 87.95% (n=73) no presento. Ultrasonido: Abdominal: se determinó que a un 62.65% (n=52) se realizó, y al 37.35% (n=31) no se realizó. Ultrasonido Pélvico: se le realizo al 87.80% (n=72), seguidas del 12.20% (n=10) a las cuales no se realizó. Ultrasonido Transvaginal: no se le realizo al 97.53% (n=79), seguidas del 2.47% (n= 2) a las que si se les realizo. Nivel de gonadotropina coriónica humana en sangre u orina. En relación a los niveles de gonadotropina coriónica Humana en sangre u orina en las mujeres con embarazo molar fue determinado en 75.61%, (n=62) seguidas por un 24.39% (n=20) pacientes a las cuales no se les realizo. El procedimiento quirúrgico realizado fue LUI Y LUA y se realizó al 100% (n=83) de las pacientes, La histerectomía no se realizó en el 93.3% (n=78) seguidas de un 6.05% (n=5) que si se les realizo laparotomía o histerectomía.

MARCO TEORICO

Entidades clínicas

El protocolo para la atención e las complicaciones obstétricas normalizado por en MINSA (2018) clasifica y define la enfermedad trofoblástica en las siguientes entidades clínicas:

Coriocarcinoma

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

Mola completa

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.

Mola invasora (corioadenoma destruens)

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

Mola 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.

Tumor del sitio 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.

Factores

Hay dos factores que se relacionan sistemáticamente con un aumento del riesgo de Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) mencionados en el protocolo 109, MINSA (2018),

1. *Edad de la madre.*
2. *Antecedentes de mola hidatiforme (MH):* 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.

El protocolo para el manejo de las complicaciones obstétricas, MINSA (2018) menciona los 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.
- **Otros factores que aumentan riesgo**, pero sin clara relación son:
 - Deficiencia de vitamina A.
 - Consumo disminuido de grasa animal.
- **Genéticos:**
 - Mola hidatiforme recurrente familiar, raro desorden autosómico recesivo identificado en el cromosoma 19q.

Manifestaciones clínicas:

Cuadro 1: Diferencias clínicas entre la mola parcial y total

DIFERENCIAS	Mola completa	Mola Parcial
Incidencia	0.3%-1%	Muy infrecuente
Cariotipo	Diploide	Triploide
	46xx (95%) 46 XY (5%)	69 XXX (30%) ,69 XXY (70%)
Origen	Paterno	Mixto
Sangrado vaginal	80-90% Abundante rojo rutilante	60% Escasa Rojo oscura
Útero aumentado de tamaño	SI	NO
Síndrome hipertensivo gestacional	SI	NO
Hiperémesis	SI	Raro
Vellosidades coriales afectadas	100%	<50%
Hiperplasia Trofoblástica	Difusa	Focal

Fuente: Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas, Normativa 109- MINSa (2018)

El protocolo para el manejo de las complicaciones obstétricas, MINSa (2018) menciona que 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.

Si existen 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 (2018)

En mujeres con antecedente de un evento obstétrico y sangrado anormal deben determinarse niveles de β -HCG. Se ha observado que en pacientes con Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) posterior a un embarazo no molar el pronóstico es peor que cuando se presenta posterior a cualquier otro evento obstétrico, ya que la mortalidad es 21% cuando el embarazo es de término y 6% cuando se trata de los otros casos; probablemente por un retraso en el diagnóstico. Protocolo para el manejo de las complicaciones obstétricas, MINSA (2018).

Cuando exista sangrado uterino anormal por más de 6 semanas posteriores a cualquier embarazo se debe descartar ETG. En pacientes que hayan tenido un aborto, embarazo de término, o pre término, o embarazo molar que presenten sangrado uterino anormal y/o síntomas respiratorios o neurológicos se deberá sospechar en ETG y se solicitarán niveles de hGC para descartar nuevo embarazo o ETG para realizar un diagnóstico temprano, tal como lo describe el protocolo para el manejo de las complicaciones obstétricas, MINSA (2018).

Métodos diagnósticos:

El protocolo para el manejo de las complicaciones obstétricas, MINSA (2018) menciona los auxiliares diagnósticos, así mismo afirma que en toda paciente con sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional preevaluación se deberán realizar los siguientes exámenes complementarios, mencionados a continuación:

- 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 hrs, sin embargo, no es lo más adecuado)
- Radiografía de tórax
 - *Ultrasonido abdominal y pélvico*

Procedimientos y tratamiento

El protocolo para el manejo de las complicaciones obstétricas, MINSA (2018) menciona Las acciones a seguir según el nivel de atención, detallando lo siguiente:

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.
- 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.

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

El protocolo para el manejo de las complicaciones obstétricas, MINSA (2018) describe el procedimiento a seguir para realizar la evacuación de la mola hidatiforme el cual e describe a continuación:

La mola hidatiforme es curable al 100%, la decisión del tratamiento depende del deseo de preservar la capacidad reproductiva.

Manejo de 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 con dilatadores de Hegar por lo que debe realizarse siempre bajo anestesia. En caso de AMEU durante la evacuación se debe utilizar infusión Solución Salina Normal (0.9%) + 20 unidades de oxitocina 42 gts por minuto. 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.

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

Tratamiento Profiláctico

El protocolo para el manejo de las complicaciones obstétricas, MINSA (2018) menciona que existe evidencia disponible hasta la fecha demuestra reducción del riesgo en aquellos casos de Mola de alto riesgo en los que no es posible realizar seguimiento estrecho, por lo que debe considerarse en conjunto con oncólogo médico.

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 (valorar con oncología médica). Utilizar los criterios de Berkowitz donde se considera que el beneficio de la profilaxis se tiene en pacientes con 4 o más puntos en relación al riesgo de desarrollar neoplasia gestacional.

Complicaciones:

Las principales complicaciones mencionadas en el protocolo para el manejo de las complicaciones obstétricas, MINSA (2018) en la evacuación de la mola son:

- a. Perforación uterina
- b. Hemorragia
- c. Infección
- d. Embolización pulmonar trofoblástica (potencialmente normal).
- e. 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.

DISEÑO METODOLOGICO

Área de estudio:

La investigación se llevó a cabo en el Hospital de referencia nacional Bertha Calderón Roque.

Periodo de estudio:

Del año 2017 al 2019.

Tipo de estudio:

Descriptivo de corte transversal.

Universo:

Conformado por un total de 9 pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica gestacional el año 2017-2019.

Muestra

Fue conformada por un total de 9 pacientes según criterios de inclusión.

Estrategia muestral

Se utilizó como técnica el **muestreo no probabilístico por conveniencia**, ya que las unidades de análisis se seleccionarán de acuerdo a su disponibilidad.

Unidad de análisis

Expediente clínico de pacientes diagnosticados con enfermedad trofoblástica gestacional

Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Paciente con expediente clínico completo
- Pacientes con resultado de biopsia de un embarazo molar

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con expediente clínico incompleto.
- Pacientes con resultado negativo de biopsia con embarazo molar

Variables por objetivos específicos

- 1. Caracterizar socio-demográficamente al grupo de pacientes en estudio.**
 - a. Edad
 - b. Procedencia
 - c. Escolaridad
 - d. Ocupación
 - e. Religión
 - f. Estado civil
- 2. Describir los datos gineco-obstétricos en el grupo de pacientes en estudio.**
 - a. Gesta
 - b. Edad gestacional
 - c. CPN
 - d. Embarazo Molar
 - e. Aborto
 - f. Para
- 3. Identificar la clasificación de la enfermedad trofoblástica gestacional en el grupo de pacientes en estudio.**
 - a. Tipo de enfermedad trofoblástica
- 4. Describir el abordaje diagnóstico de la enfermedad trofoblástica gestacional en el grupo de pacientes en estudio.**
 - a. Clínica
 - b. Ultrasonido pélvico y transvaginal
 - c. Biopsia
- 5. Enlistar las complicaciones de la enfermedad trofoblástica de pacientes en estudio**
 - a. Perforación uterina
 - b. Hemorragia
 - c. Infección
 - d. Otras
 - e. Ningunas

6. **Identificar la evolución clínica de la enfermedad trofoblástica gestacional en el grupo de pacientes en estudio.**
- a. Satisfactoria
 - b. Insatisfactoria

Operacionalización de las variables

Objetivo 1			
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR
Edad	Tiempo transcurrido en años de una persona desde su nacimiento hasta el año de estudio.	Edad en años	< 19 años 20- 34 años >35 años
Procedencia	Lugar donde reside habitualmente el individuo en esta investigación.	Según expediente clínico.	Rural Urbana
Escolaridad	Nivel educativo de la paciente en esta investigación	Según expediente clínico	Primaria Secundaria Universitaria Profesional Sin dato
Ocupación	Actividad habitual que realiza el individuo en este estudio, generalmente para la que se ha preparado y que al ejercerla tiene derecho a recibir una remuneración o salario.	Según expediente clínico	Ama de casa Estudiante Otros Sin dato
Religión	Religión que profesa o practica la paciente en este estudio	Según expediente clínico	Católica Evangélica Otra profesión Sin Dato

Objetivo 2

VARIABLE	DIMENSIONES / SUB VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR
Antecedentes Gineco-obstétricos	Gesta	Número de veces en que la paciente ha estado embarazada o no.	Según expediente clínico	Nuligesta Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta
	Edad gestacional	Edad gestacional en la que se realizó el diagnóstico de enfermedad trofoblástica	Según expediente clínico	Menor de 11 semanas 12 - 24 semanas Mayor de 25 semanas
	CPN	Número de controles prenatales realizados por la paciente	Según expediente clínico	No realizado Uno CPN Más de 2 CPN
	Embarazo Molar	Antecedente previo de embarazo molar	Según expediente clínico	SI NO
	Aborto	Interrupción prematura del embarazo de forma natural o voluntaria	Según expediente clínico	SI NO
	Para	Número de veces en que la paciente ha dado a luz el producto.	Según expediente clínico	Nulípara Multípara

Objetivo 3

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR
Tipo de enfermedad trofoblástica	Clasificación de enfermedad trofoblástica que presenta como diagnostico la paciente basada en la clasificación normalizada por el MINSA	Según expediente clínico	Mola hidatiforme parcial Mola hidatiforme completa Coriocarcinoma Mola invasora Tumor del sitio placentario

Objetivo 4

VARIABLE	DIMENSION ES / SUB VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR
Forma de Diagnostico	Clínica	Manifestaciones clínicas y síntomas referidos por la paciente	Según expediente clínico	Dolor abdominal Expulsión de vesículas Sangrado Fiebre Vómitos Nauseas
	Ultrasonido	Técnica Imagenológica realizada la paciente para detectar la enfermedad trofoblástica gestacional	Según expediente clínico	USG Abdominal USG Pélvico USG Transvaginal
	Biopsia	Realización de estudio complementario para el diagnóstico etiopatológico de la enfermedad	Según expediente clínico	SI NO

Objetivo 5

Objetivo 5			
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR
Complicaciones	Condiciones que desfavorecen la evolución clínica del paciente en este estudio, luego de la realización del procedimiento diagnóstico o terapéutico.	Según expediente clínico	Perforación uterina Hemorragia Infección Otras Ninguna
Resolución de la enfermedad	Eventos posteriores al tratamiento y diagnóstico de la enfermedad trofoblástica asociado a la recidiva, malignización y metástasis al que evoluciona o no la paciente	Según expediente clínico	Satisfactoria Insatisfactoria

Métodos y técnicas de recolección de información

FUENTE DE INFORMACIÓN

Secundaria, Expediente clínico

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se utilizó la **técnica de análisis documental** de expediente clínico de forma retrospectiva expuesta por Piura López (2012).

Método de obtención de información

1. AUTORIZACIÓN

Por medio de una carta impresa se solicitó autorización a la dirección docente del SILAIS–Managua una vez aprobada la solicitud se acudió a la subdirección docente del Berta calderón Roque para acceder a los respectivos expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con enfermedad trofoblástica obtenida la autorización, se acudió al área de archivo y estadística del hospital para revisar y extraer los datos de los expedientes que cumplieron los criterios de inclusión previamente establecidos y requeridos para el estudio.

2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se utilizó una **ficha de recolección de información**, en cuya estructura figuran los datos generales como: número de ficha, número de expediente corresponderán a las variables de nuestro estudio, el formato empleado como ficha de recolección de información se presenta en el anexo 1 de este documento, con el título: ficha de recolección de información seguido por el título de esta investigación.

3. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los datos registrados en el instrumento de recolección de información se clasificaron conforme a los objetivos de esta investigación y fueron digitados haciendo uso del software Microsoft Office® 2010: Microsoft Excel® donde se creó una matriz de datos ordenando y digitando la información de acuerdo al número de ficha que corresponde a la secuencia de recolección de información obtenida a través del instrumento de recolección, reduciendo de esta forma el sesgo de clasificación en esta investigación, para el procesamiento estadístico se utilizó el programa informático IBM- SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) versión 25. 0 para Windows 7 de 32 bits, se utilizó el paquete de software Microsoft Office® 2010: Microsoft Word® para la depuración de cualquier error de redacción o digitación facilitando de este modo el análisis y reproducción de los resultados, Microsoft Excel® para editar los gráficos y las tablas con el objetivo de hacer más comprensible la información presentada, Microsoft Office® 2010: Power Point® se utilizará para presentar los resultados obtenidos en esta investigación en forma de tabla y gráficos.

Limitaciones del estudio

En un principio se optó por realizar un estudio descriptivo con más de 30 unidades de análisis, en vista de la distribución e incidencia de los casos se optó por un estudio de serie de casos, pese a ello se realizó un informe de serie de casos debido a la disponibilidad de los casos. (Ver apartado Muestra, Universo y tipo de estudio)

No se optó por ampliar el tamaño de la muestra, ampliando el periodo de estudio ya que existía un estudio realizado previamente en la unidad durante el periodo 2014 – 2016 basado en esta temática, así mismo la disponibilidad de esos expedientes no era factible ya que estos expedientes se salvaguardan por un periodo de 3 años por el departamento de estadística y posteriormente se inactivan y desechan.

RESULTADOS

Incidencia:

En este estudio se encontró que la mayor incidencia de casos se presentó en el año 2017 con un total de 4 casos seguido por el año 2018 en el cual se presentaron 3 casos. (Ver anexo, tabla 1).

Características Socio-Demográficas:

En cuanto a las características sociodemográficas presentadas por las mujeres diagnosticadas con enfermedad trofoblástica en este estudio, se encontró que:

Edad:

La edad que mayormente afectó a la población fue de 21 años en el 33,3% (n=3) de los casos, seguido de 25 años en el 22,2 % (n=2) de los casos. (Ver anexo, tabla 1.1) En cuanto al intervalo de edad mayormente afectado en la población, fue el comprendido entre los 20 – 34 años en un 66,7% (n=6) seguido por el mayor de 35 años en un 22,2% (n=2) de los casos. (Ver anexo, tabla 1)

Procedencia:

La mayoría de la población procedía del área rural en el 77,8% (n=7) seguido por el 22,2 % (n=2) que procedía del área urbana. (Ver anexo, tabla 1).

Escolaridad:

La población estudiada presentó una escolaridad en el 66,7 % (n=6) de primaria, seguido por el 22,2 % (n=2) secundaria. (Ver anexo, tabla 1).

Ocupación:

El 88,9 % (n=8) era ama de casa seguido por un 11,1 (n=1) sin dato. (Ver anexo, tabla 1)

Religión:

En cuanto a la religión se encontró Sin Datos en un 66,7%(n=6) seguido por 11,1 % (n=1) católica, evangélica y Dorotea evangélica, respectivamente. (Ver anexo, tabla 1)

Estado civil:

La mayoría de la población en el 44,4 % (n=4) se encontraba en unión libre, seguido por el 22,2 % (n=2) que era soltera, casada, respectivamente y un 11,1%(n=1) sin datos. (Ver anexo, tabla 1)

Antecedentes Gineco- Obstétricos:

Las mujeres atendidas durante el periodo de 2017 – 2019 con diagnóstico de enfermedad trofoblástica presentaron los siguientes antecedentes:

Gestas:

La mayoría eran Bigestas en un 55,6% (n=5) seguido por el 22, 2 % (n=2) el cual era primigesta y un 11,2 (n=1) eran multigesta o trigesta, respectivamente. (Ver anexo, tabla y gráfico 2)

Edad gestacional:

La mayoría de las mujeres con enfermedad trofoblástica gestacional fueron diagnosticadas entre las 12- 24 semanas de gestación en el 88,9% (n=8) de los casos seguido por un 11, 1% (n=1) que fue diagnosticada antes de las 11 semanas de gestación. (Ver anexo, tabla y gráfico 2)

Número de control prenatal:

El 100% (n=9) de las mujeres fue diagnosticada durante el primer control prenatal. (Ver anexo, tabla y gráfico 2)

Embarazo molar:

El 100% (n=9) de las mujeres no presento como antecedente aborto molar. (Ver anexo, tabla y gráfico 2)

Aborto:

El 88,9 % (n=8) no presento como antecedente aborto seguido por el 11,1% (n=1) que si tuvo antecedente de aborto. (Ver anexo, tabla y gráfico 2)

Para:

El 77,8% (n=7) era multípara seguido por el 22,2 % (n=2) que era nulípara. (Ver anexo, tabla y gráfico 2).

Tipo de enfermedad Trofoblástica:

El 100% (n=9) de la población presento embarazo molar, de los cuales el 55,6% (n=5) presento mola hidatiforme parcial, seguido por el 44,4% (n=4) que presento mola hidatiforme completa. (Ver anexo, tabla y gráfico 3).

Forma de diagnostico**Clínica:**

El 88,9%(n=8) presento sangrado seguido por el 11,1% (n=1) que no manifestó ninguna clínica. (Ver anexo, tabla y gráfico 4).

Ultrasonido:

El 100% (n=9) de las pacientes se diagnosticó mediante ultrasonido Pélvico. (Ver anexo, tabla y gráfico 4).

Biopsia:

El 100 % (n=9) de las pacientes tuvo un diagnostico histopatológico confirmado por biopsia. (Ver anexo, tabla y gráfico 4).

Cuantificación sérica de la fracción beta de la hCH

Se cuantifico en el 100% (n=9) de las pacientes. (Ver anexo, tabla y gráfico 4).

Complicaciones:

El 88,9% (n=8) de la población no presentó ninguna complicación, seguido del 11,1 % (n=1) de las pacientes que evoluciono a una Neoplasia (Coriocarcinoma). (Ver anexo, tabla y gráfico 5).

Resolución de la enfermedad

El 88,9% (n=8) de la población evoluciono de manera satisfactoria, seguido del 11,1 % (n=1) de las pacientes evoluciono de manera insatisfactoria. (Ver anexo, tabla y gráfico 6).

ANALISIS Y DISCUSION

Incidencia de la enfermedad trofoblástica en mujeres atendidas en los años 2017 – 2019.

En este estudio se evidencio que la incidencia de la enfermedad trofoblástica con mayor precisión el embarazo molar, ha venido decreciendo en comparación con años anteriores, (Ver anexo, tabla y gráfico 1) No concordando con lo reportado por Mejía Corea, K .A y Cerda González M.J (2017) quienes concluyen en un aumento de la incidencia de esta entidad clínica en los años 2014 – 2016, esto podría explicarse por el apego y cumplimiento de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ejercidos por el personal de salud que labora en el hospital y estipulados por el ministerio de salud en su normativa de abordaje de las complicaciones obstétricas.

Las mujeres atendidas durante el año 2017 – 2019, presentaron las siguientes características sociodemográficas:

Eran mujeres jóvenes, la mayoría tenía 21 años y se encontraban en un rango comprendido entre 20 – 34 años, (Ver anexo, tabla y gráfico 1.1.1) lo que sugiere que nuestra población inicia su vida sexual a corta edad, lo que supone un factor de riesgo para el desarrollo de esta entidad clínica, este hallazgo concuerda con los estudios realizados por Moncayo Pionce Fátima Alexis (2017), Lazo Álvarez y Guamán Mizhirumbay (2016), Martínez, Liliam Mercedes (2017) y Mejía Corea, K .A & Cerda González M.J (2017) quienes reportaron rangos etarios similares a los encontrados en nuestro estudio, la realidad clínica encontrada en esta investigación y en la realizada por los autores anteriormente mencionados señala que la enfermedad trofoblástica tiene mayor incidencia en pacientes en edad reproductiva joven y no como antes se mencionaba que era una entidad clínica que afectaba a edades reproductivas mayores de 40 años.

La mayoría de la población procedía del área rural (Ver anexo, tabla y gráfico 1.2) este hallazgo con cuerda con lo expresado por los autores Mejía Corea, K .A y Cerda González M.J (2017) & Martínez, Liliam Mercedes (2017) quienes reportaron que la procedencia de su población era de predominio rural, lo que sugiere la hipótesis que en nuestro medio, estas pacientes debido a que el acceso a la unidad de salud es más dificultoso comparado con el del área rural, lo merma la frecuencia con la que estas pacientes acuden a

consejería lo que se traduce en un factor predisponente para el desarrollo de esta entidad clínica, sin embargo todas ellas son receptada en el hospital Bertha Calderón dado que es el hospital de referencia nacional para la atención de la enfermedad.

La mayoría de la población tenía un nivel académico bajo ya que predominó el nivel de escolaridad primaria, (Ver anexo, tabla y gráfico 1.3), datos similares reportaron Martínez, Liliam Mercedes (2017) y Mejía Corea, K.A & Cerda González M.J (2017) quienes encontraron que su población tenía mayormente un nivel académico primario. Esto podemos relacionarlo a la edad de las pacientes dado que entre más jóvenes menos nivel académico presentan. Evidenciando que el grado de conocimiento de estas pacientes puede influir negativamente en sus prácticas sexuales, por lo que proponemos la realización de un estudio sobre el nivel de conocimientos que presentan las mujeres en edad reproductiva que habitan en el área rural.

La ocupación de estas mujeres era ama de casa, (Ver anexo, tabla y gráfico 1.4) coincidiendo con lo reportado por Mejía Corea, K.A & Cerda González M.J (2017) y Lazo Álvarez y Guamán Mizhirumbay (2016) este hallazgo podría explicarse por el hecho que estas estas mujeres no presentaron un nivel académico alto u he ahí el porqué de su ocupación.

La religión de estas pacientes no pudo esclarecerse en la mayoría de la población ya que en más del cincuenta por ciento no se registró esta información, pese a esta limitación se encontró que la religión católica, evangélica y Dorotea evangélica fueron las encontradas en la población no concordando con lo expresado por Mejía Corea, K .A & Cerda González M.J (2017), quienes reportaron que la religión católica fue la predominante en su estudio.

El estado civil predominante en nuestro estudio fue unión libre concordando con lo reportado por Martínez, Liliam Mercedes (2017) quien expresa que más del 50 por ciento de su población presento estar en unión libre. Lo que sugiere la hipótesis que las mujeres con pareja estable podrían tener más riesgo de desarrollar enfermedad trofoblástica que la mujeres solteras, por que proponemos la realización de un estudio con mayor solidez metodológica.

Los antecedentes gineco - obstétricos prevalente en la población estudio fueron:

La población femenina atendida durante el periodo de 2017 – 2019 se caracterizaron por ser bigestas, Multípara cuyo diagnóstico de enfermedad trofoblástica se realizó entre las 12 y 24 semanas de gestación y no presentaron antecedentes de embarazo molar, estos hallazgos no concuerdan con los datos reportados por Mejía Corea, K .A & Cerda González M.J (2017) y Martínez, Liliam Mercedes (2017) quien mencionan que en su población la mayoría era multigesta y el diagnóstico se realizó antes de las 11 semanas. Este hallazgo sugiere que el comportamiento de la enfermedad trofoblástica está cambiando y que la multiparidad ya no se está comportando como un factor protector por lo que sugerimos la realización de un estudio con mayor solidez metodológica ya que se sale de nuestros objetivos establecer la relación entre estas dos variables. Añadiendo en nuestro estudio todas las pacientes, tuvieron un control prenatal esto concuerda lo reportado por Martínez, Liliam Mercedes (2017) quien al igual que en nuestro estudio su población fue diagnosticada durante el primer control prenatal.

El tipo de enfermedad trofoblástica prevalente en las mujeres

El embarazo molar represento la principal entidad clínica asociada a enfermedad trofoblástica gestacional, siendo más frecuente la Mola Hidatiforme Parcial, estos resultados no concuerdan con los reportados por Moncayo Pionce Fatima Alexis (2017) y Huanca Llamo, Jesús Johana (2019) quienes mencionan que la mola hidatiforme completa fue más frecuente en su población. El hecho que mola parcial fue más frecuente en nuestro medio sugiere la hipótesis que mola hidatiforme parcial afecta con mayor frecuencia a la población nicaragüense a diferencia de la mola hidatiforme completa que es más frecuente en la población extranjera, por lo que sugerimos la realización de un estudio que tenga como finalidad probar esta hipótesis.

Entre las formas de diagnósticos utilizadas para el abordaje de las pacientes en este estudio, se reporta:

La mayoría de la población refirió y acudió a consulta debido a la presencia de sangrado transvaginal además se realizó el diagnóstico por imagen haciendo uso del

ultrasonido pélvico y la cuantificación sérica de la fracción β hCH así como también la confirmación histopatológica de enfermedad trofoblástica mediante biopsia esto concuerda con por Mejía Corea, K .A & Cerda González M.J (2017) quien es su población la principal manifestación clínica encontrada fue el sangrado transvaginal, se les realizo el diagnóstico por ultrasonido pélvico, cuantificación sérica de la fracción β hCH y con confirmación por biopsia, cabe recalcar que estos resultados difieren con lo encontrado por Martínez, Liliam Mercedes (2017) quien menciona que la población en su estudio se encontraba asintomática. EL hecho que el sangrado transvaginal en nuestro estudio haya sido la principal sintomatología referida concuerda con la práctica clínica y sirve como soporte para evidenciar la realidad clínica vivida en nuestro medio que se alinea con lo reportado en la literatura médica universal.

Las complicaciones de la enfermedad presentadas en las mujeres atendidas entre 2017 – 2019:

En lo que respecta a las complicaciones, en nuestro estudio más del 80 por ciento de las pacientes no presentó ninguna complicación.

Evolución de las pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica entre 2017-2019

Evoluciono de manera satisfactoria, salvo una paciente cuya enfermedad trofoblástica evoluciono a neoplasia específicamente coriocarcinoma, la cual fue la única paciente en nuestro estudio a la que le realizo histerectomía en bloque junto con quimioterapia, cabe recalcar que esta paciente era una paciente añosa (51 años) con antecedente de aborto, múltipara y con comorbilidades asociadas tal como diabetes mellitus. Estos hallazgos evidencian que el diagnostico de enfermedad trofoblástica en especial embarazo molar se realiza de manera precoz por lo que las pacientes tienen una gran probabilidad y oportunidad de curación.

CONCLUSIONES

1. Las mujeres con enfermedad trofoblástica atendidas durante el año 2017 – 2019 se caracterizan por ser mujeres en edades de 20 – 35 años, del área rural, amas de casa y con bajo nivel académico.
2. Los antecedentes ginecobstetricia descritos estas pacientes fueron, bigesta, multíparas, con un control prenatal previo al diagnóstico, sin antecedentes de embarazo molar y aborto.
3. El embarazo molar fue la principal enfermedad trofoblástica encontrada en la población, siendo la mola parcial más frecuente que la mola completa.
4. El sangrado transvaginal fue la principal manifestación clínica referida por la población, a las que se le realizo ultrasonido pélvico, cuantificación de la fracción β hGCH y Diagnostico confirmatorio de enfermedad trofoblástica mediante biopsia.
5. La mayoría de la población no presentó ninguna complicación.
6. La evolución clínica de la enfermedad trofoblástica gestacional en el grupo de pacientes fue satisfactoria en la mayoría de los casos.

RECOMENDACIONES

Ministerio de salud de Nicaragua (MINSa)

- ◆ Garantizar que el MINSa a nivel nacional en conjunto con las autoridades y los jefes de los diferentes servicios en contacto con las pacientes en edades fértiles promuevan la detección precoz y eficaz de dicha entidad, para su manejo y seguimiento.
- ◆ Garantizar la actualización del diagnóstico y manejo de la enfermedad trofoblástica gestacional en los diferentes hospitales y unidades con atención a la mujeres enfocada en los síntomas y signos.

Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.

- ◆ Felicitar e incentivar bajo la estricta supervisión el manejo que se realiza a las pacientes según protocolo de atención en todos los servicios de cara al manejo de esta enfermedad, para que todo el personal sea capaz de identificar de manera oportuna esta patología y disminuir las complicaciones en las mujeres diagnosticadas con enfermedad del trofoblasto
- ◆ Garantizar que las autoridades y los jefes de servicio vigilen continuamente y realicen evaluaciones constates del manejo según protocolo de las complicaciones para mejorar el manejo de esta enfermedad.

Universidad Autónoma de Nicaragua – Managua (UNAN- Managua)

- Involucrar a la comunidad universitaria para las actualizaciones médicas de manera que estas sean instrumentos para la educación continua a las mujeres en edades fértiles y en conjunto disminuir los factores de riesgos para esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Huanca Llamo, Jesús Johana (2019) Factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Hipólito Unanue durante el periodo de Enero del 2014 a Diciembre del 2018. Citado el 2 de diciembre de 2019. De <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1765?show=full>

Lazo Álvarez y Guamán Mizhirumbay (2016). Características de la enfermedad trofoblástica en pacientes del área de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo comprendido entre enero del 2010 y enero del 2015. Diciembre 2006. Citado el 3 de diciembre de 2019. De <http://dspace.ucuenca.edu.ec/browse?type=author&value=Lazo+Alvarez%2C+Jorge+Anibal>

Mejía Corea, K .A y Cerda González M.J (2017). Factores asociado al embarazo molar en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua de Abril 2014-Abril 2016 Managua, Nicaragua. Citado el 31 de enero de 2020. De <http://repositorio.unan.edu.ni/10448/1/99244.pdf>

Moncayo Pionce, Fátima Alexis (2017). Incidencia y factores de riesgo asociados a la enfermedad trofoblástica gestacional en los años 2013 – 2016 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Citado el 2 de diciembre de 2019. De <http://repositorio.ucsg.edu.ec/browse?type=author&value=Moncayo+Pionce%2C+F%C3%A1tima+Alexis>

Martínez, Liliam Mercedes (2017). Características clínicas, manejo y seguimiento en pacientes con mola hidatiforme ingresada en el servicio de ARO I, HEODRA en el período de enero 2013 a mayo 2016. Citado el 2 de diciembre de 2019. De <http://repositorio.cnu.edu.ni/Author/Home?author=Mart%C3%ADnez%2C+Lilliam+Mercedes>

Piura López, J. Metodología de la investigación científica: Un enfoque integrador. (2012).
7^{ra} Ed. Managua–Nicaragua. Editorial PAVSA. pp. 28, 29,56-
59,83,84,85,88,89,93,95,135,174,178,198-223

Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas número 109 normalizado por el
MINSa (2018). Páginas 73-99.

ANEXOS

Anexo 1. Ficha de recolección de información

“Comportamiento clínico y epidemiológico de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes atendidas en el servicio de complicaciones obstétricas del Hospital Berta Calderón Roque durante el año 2017 – 2019.”

Número de Ficha: _____

1- **Edad:** _____

2- **Procedencia:** Rural Urbana

3- **Escolaridad:**

Primaria Secundaria Universitaria Profesional Sin Dato

4- **Ocupación:** Ama de casa Estudiante Otros _____ Sin dato

5- **Religión:** Católica Evangélica Otra _____ Sin Dato

6- **Estado civil:** Unión libre Casada Soltera Sin dato

7- **Antecedentes Ginecoobtetricos:**

GESTA	EDAD GESTACIONAL	CPN	EMBARAZ O MOLAR	ABORTO	PARA
Nuligesta	Menor de 11 semanas	No realizado	SI	SI	Nulípara
Primigesta	12 - 24 semanas	Uno CPN	NO	NO	Nulípara
Bigesta	Mayor de 25 semanas	Más de 2 CPN			
Trigesta					
Multigesta					

8- **Tipo de enfermedad trofoblástica gestacional:**

- Mola hidatiforme parcial Mola hidatiforme completa Coriocarcinoma
 Mola invasora Tumor del sitio placentario

9- Forma de Diagnóstico:

Cínica	Ultrasonido	Biopsia	Cuantificación sérica de la fracción beta-hCG
Dolor abdominal	USG Abdominal	SI	SI
Expulsión de vesículas	USG Pélvico	NO	NO
Sangrado	USG Transvaginal		
Fiebre			
Vómitos			
Nauseas			

10- Complicaciones:

Perforación uterina

Hemorragia

Infección

Otras _____

Ninguna

11- Resolución de la enfermedad

Satisfactoria

Insatisfactoria

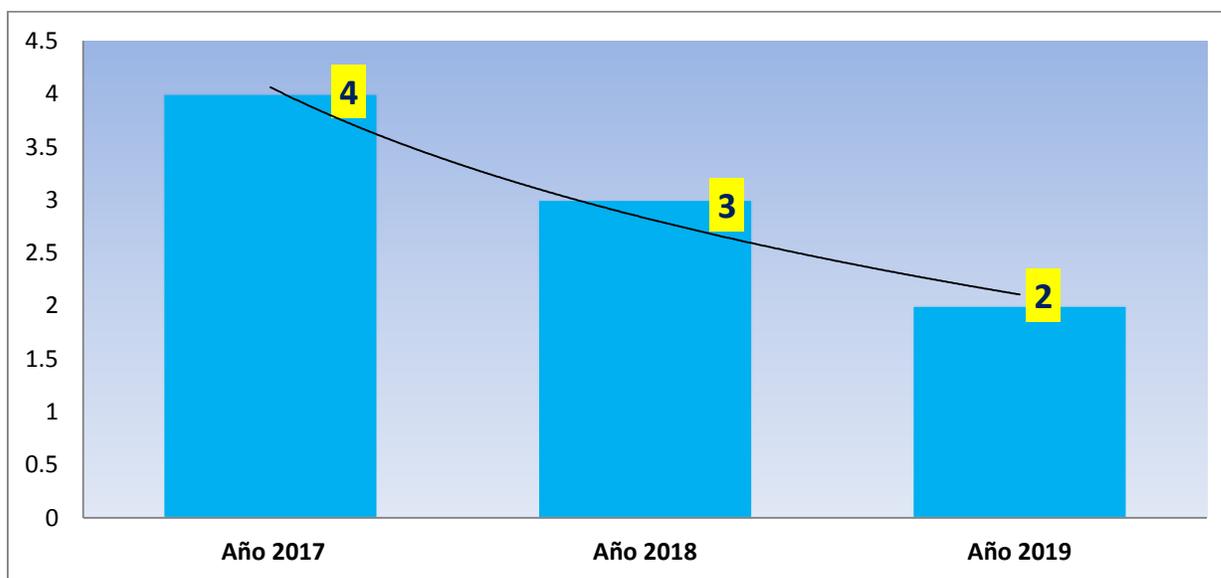
TABLAS Y GRAFICOS

Tabla 1. Incidencia por año del embarazo molar

Periodo de estudio	Distribución de la incidencia de casos con Embarazo Molar	
	Frecuencia	Porcentaje
Año 2017	4 Casos	44,4
Año 2018	3 Casos	33,3
Año 2019	2 Casos	22,2
Total	9 Casos	100

Fuente: Datos estadísticos aportados por el departamento de estadística y epidemiología del hospital Berta Calderón Roque.

Gráfico 1. Distribución de Casos incidentes de embarazo molar durante el periodo de estudio



Fuente: Tabla 1.

Características socio demográficas

Tabla 1. Datos generales del grupo de pacientes en estudio.

Edad en Intervalo	Frecuencia	Porcentaje
<19 años	1	11,1
>35 años	2	22,2
20- 34 años	6	66,7
Total	9	100,0

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	7	77,8
Urbana	2	22,2
Total	9	100,0

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	6	66,7
Secundaria	2	22,2
Sin Dato	1	11,1
Total	9	100,0

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	8	88,9
Sin Dato	1	11,1
Total	9	100,0

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	1	11,1
Dorotea evangelista	1	11,1
Evangélica	1	11,1
Sin Dato	6	66,7
Total	9	100,0

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	2	22,2
Sin Dato	1	11,1
Soltera	2	22,2
Unión Libre	4	44,4
Total	9	100,0

Fuente: expedientes clínicos

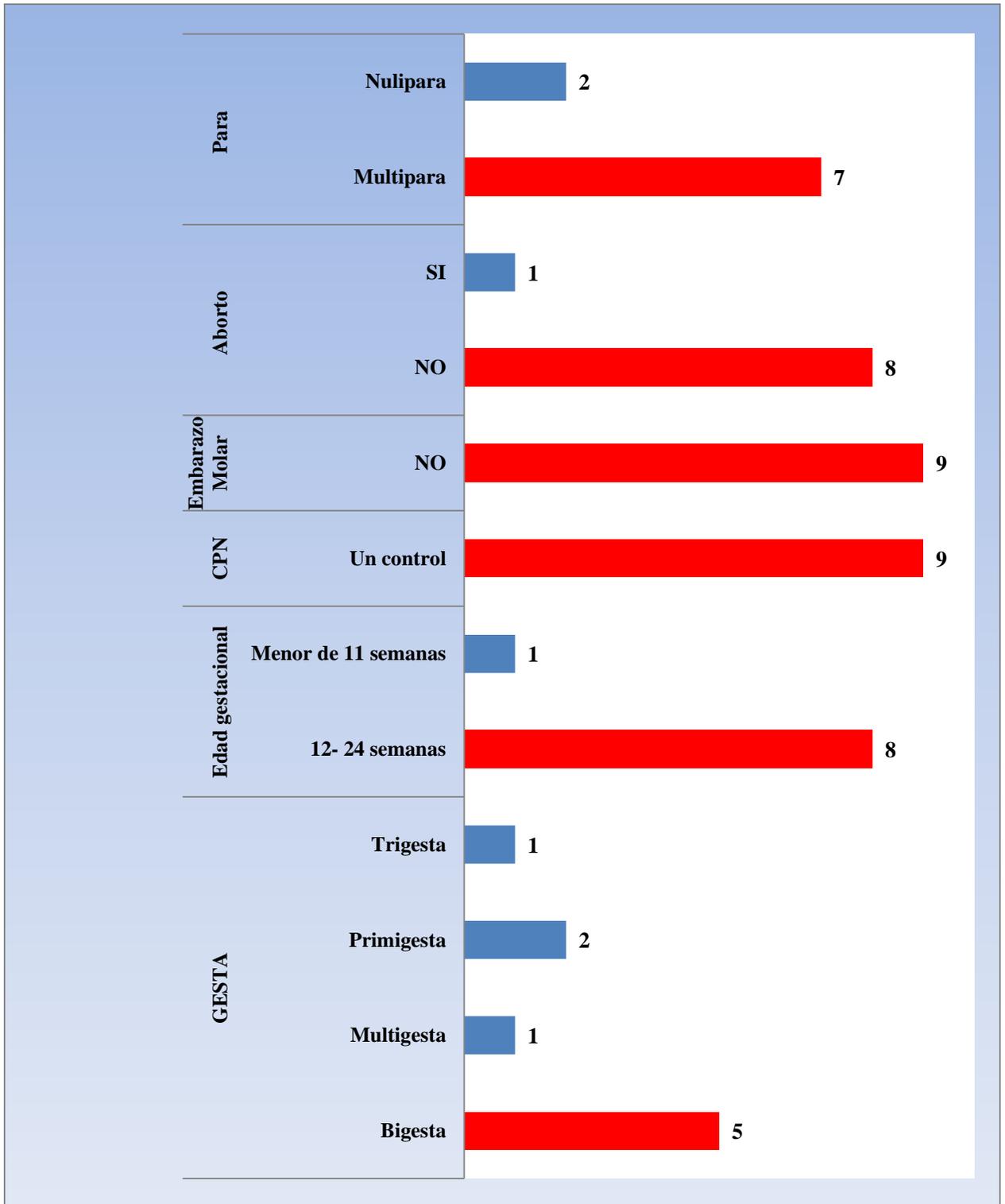
Tabla 2. Antecedentes Gineco- Obstétricos de las pacientes con enfermedad trofoblástica.

Antecedentes Gineco-obstetricos	GESTAS	Frecuencia	Porcentaje
	Bigesta	5	55,6
	Multigesta	1	11,1
	Primigesta	2	22,2
	Trigesta	1	11,1
	EDAD GESTACIONAL	Frecuencia	Porcentaje
	12- 24 semanas	8	88,9
	Menor de 11 semanas	1	11,1
	NUMERO DE CONTROL PRENATAL	Frecuencia	Porcentaje
	Un control	9	100,0
	EMBARAZO MOLAR	Frecuencia	Porcentaje
	NO	9	100,0
	ABORTO	Frecuencia	Porcentaje
	NO	8	88,9
	SI	1	11,1
	PARA	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	7	77,8	
Nulípara	2	22,2	

n= 9

Fuente: Expedientes Clínicos.

Gráfico 2. Antecedentes Gineco- Obstétricos de las pacientes con enfermedad trofoblástica.



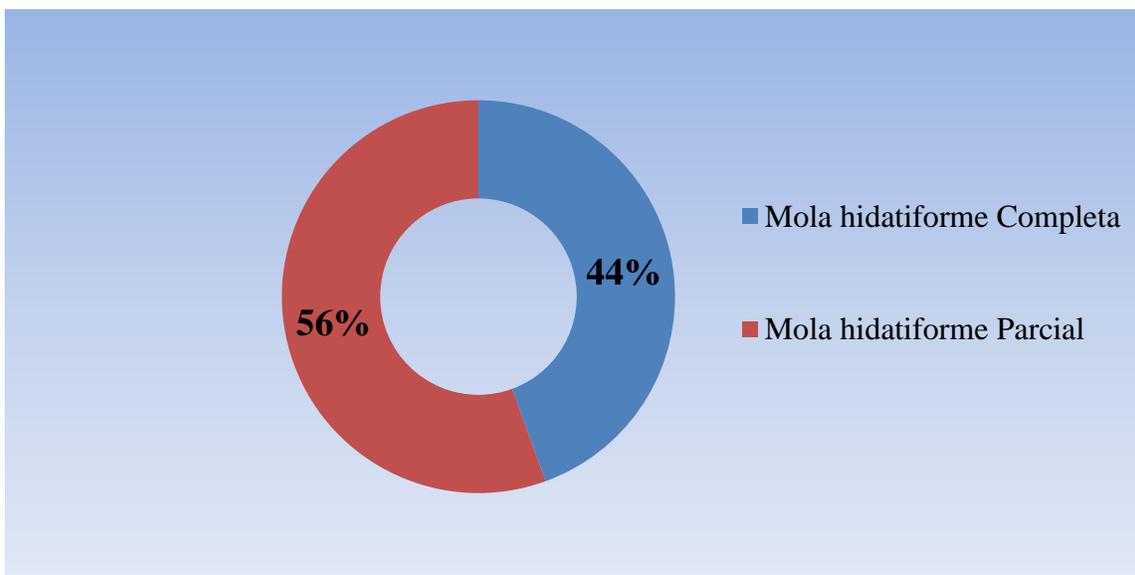
Fuente: Tabla 2.

Tabla3. Tipo de enfermedad Trofoblástica diagnosticada de las pacientes en estudio.

Tipo de Enfermedad trofoblástica	Frecuencia	Porcentaje
Mola hidatiforme Completa	4	44,4
Mola hidatiforme Parcial	5	55,6
Total	9	100,0

Fuente: Expedientes clínicos.

Gráfico 3. Tipo de enfermedad Trofoblástica diagnosticada de las pacientes en estudio.



Fuente: Tabla 3.

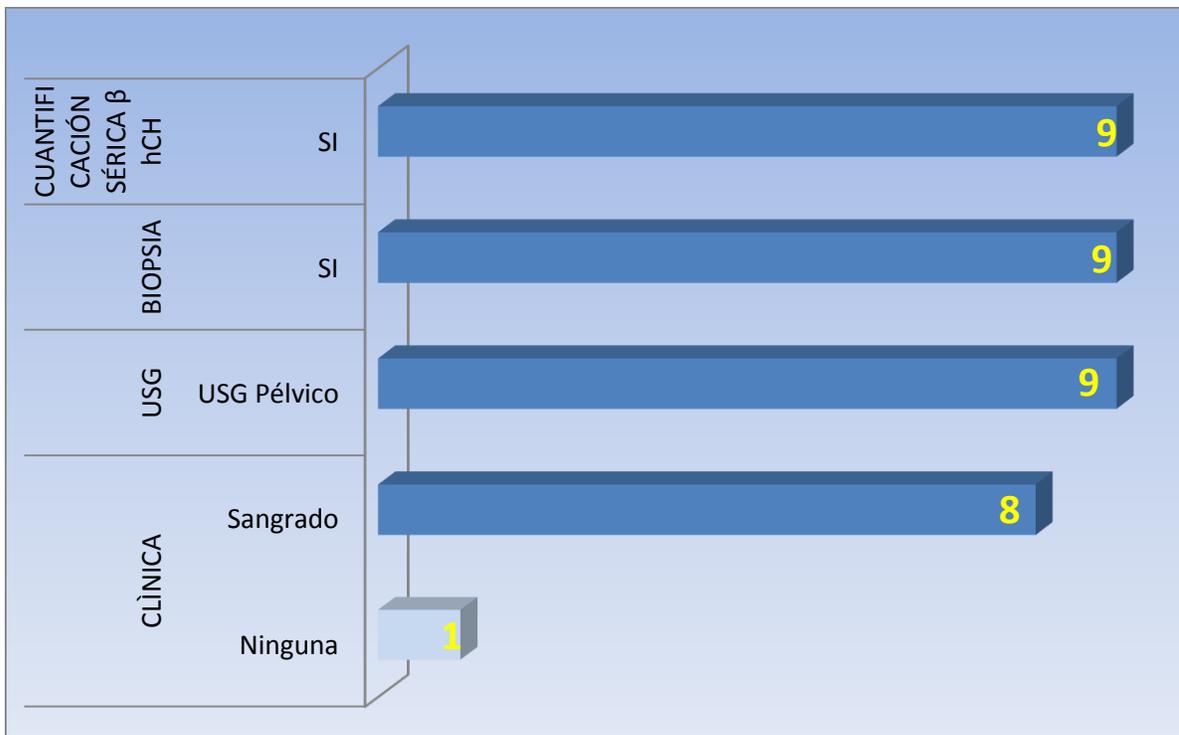
Tabla 4. Forma de Diagnóstico de la enfermedad trofoblástica de las pacientes en estudio.

n= 9

Forma de Diagnóstico	CLÍNICA		Frecuencia	Porcentaje
		Ninguna	1	11,1
		Sangrado	8	88,9
	USG		Frecuencia	Porcentaje
		USG Pélvico	9	100,0
	BIOPSIA		Frecuencia	Porcentaje
		SI	9	100
	CUANTIFICACIÓN SÉRICA β hCH		Frecuencia	Porcentaje
		SI	9	100

Fuente: Expedientes Clínicos

Gráfico 4. Forma de Diagnóstico de la enfermedad trofoblástica de las pacientes en estudio.



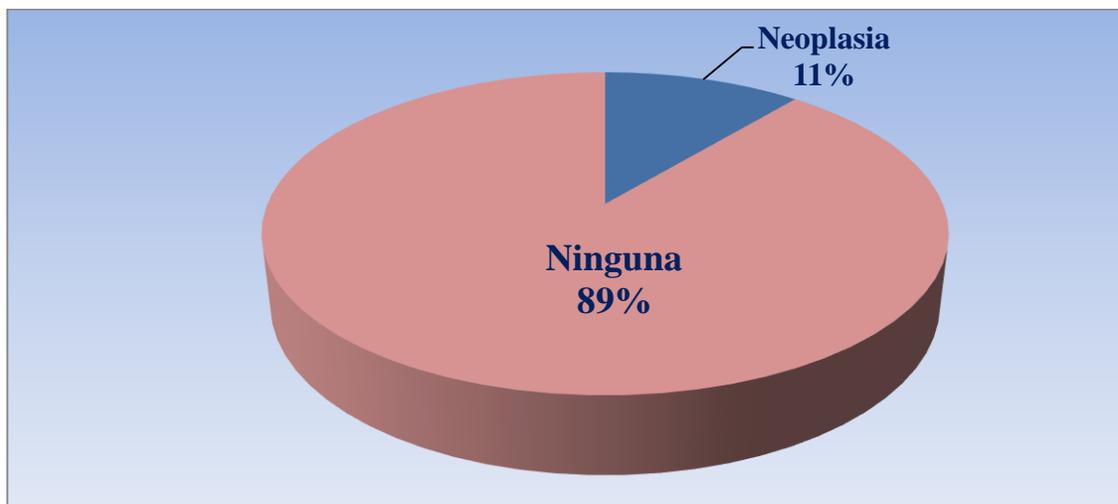
Fuente: Tabla 4

Tabla5. Complicaciones que presentaron las pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica.

Tipo de Enfermedad trofoblástica	Frecuencia	Porcentaje
Neoplasia	1	11,1
Ninguna	8	88,9
Total	9	100,0

Fuente: Expedientes clínicos

Gráfico 5. Complicaciones que presentaron las pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica.



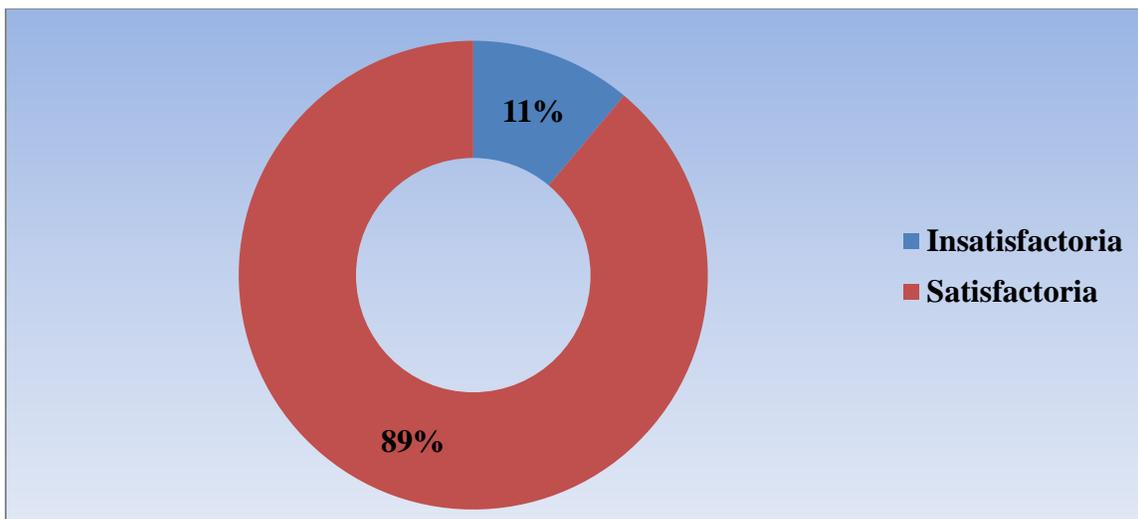
Fuente: Tabla 5

Tabla6. Evolución de las pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica

Evolucion de la Enfermedad trofoblástica	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfactoria	1	11,1
Satisfactoria	8	88,9
Total	9	100,0

Fuente: Expedientes clínicos

Gráfico 6. Evolución de las pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica



Fuente: Tabla 6.