



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-Managua

Facultad Regional Multidisciplinaria

FAREM-Estelí

Estudio monográfico para optar al título de doctor en medicina y cirugía

Abordaje clínico de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes ingresadas en el servicio de obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega, Nicaragua; en el período de enero de 2015 a diciembre de 2019.

Autores:

Br. Vallecillo Talavera Aracely del Carmen

Br. Velásquez Castillo Denis Lorenzo

Tutor científico:

Dra. Kenia Blandón

Especialista en Gineco-obstetricia

Asesor de metodológico:

Dr. Juan Alberto Betanco

Jinotega, Nicaragua

Febrero 2021

Agradecimiento

Primeramente, a Dios por regalarnos la salud, sabiduría y enseñarnos el camino para no darnos por vencidos.

A nuestros padres por ese apoyo incondicional moral y económico durante toda nuestra carrera, además por ser el principal motor para salir adelante.

A cada uno de nuestros maestros en especial a Dra. Kenia Blandón y Dr. Juan Alberto Betanco por su dedicación y tiempo en la realización de este trabajo.

Resumen

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.

En el presente estudio tuvo como objetivo evaluar el abordaje clínico de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional ingresada en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega en el período de enero 2015- diciembre 2019. Este es un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en el cual se utilizó el método deductivo, cuyo universo estuvo constituido por los expedientes de 104 pacientes y dado que era fácilmente manejable no se obtuvo muestra, los datos fueron recolectados en un formulario previamente diseñado. La tabulación y análisis se realizó usando el programa Microsoft Excel y software SPSS 32.0.

En los resultados obtenidos en cuanto a las características sociodemográficas el 40% oscilaba entre las edades de 20 a 34 años; en cuanto a procedencia de las pacientes el 35% pertenecía al municipio de Jinotega; según la escolaridad el 38% tenían primaria incompleta. Entre los antecedentes Gíneco-obstétricos se encontró que el 42% eran primigestas, el 57% presentaron partos a término previos, el 18% abortos previos; el 15% presentaba antecedente de embarazo molar y solo un 5% embarazo ectópico. Según la presentación clínica, el 93% de las pacientes tuvieron sangrado transvaginal, en el ultrasonido que se realizó, el 97% de ellas presentaba el patrón clásico de imagen en panal de abejas. El 100% de las pacientes tenían exámenes complementarios completos. Al 100% de la población estudiada se le realizó biopsia de estas el 49% fue mola completa, seguido de un 45% mola incompleta y el 5% restante coriocarcinoma. En cuanto a la evacuación del contenido uterino al 100% de las pacientes se le realizó AMEU. a ninguna de las pacientes se les envió cuantificación post evacuación de BhCG ni los controles posteriores correspondientes, teniendo como conclusión que las pacientes que son ingresadas en esta unidad se les realiza un diagnóstico clínico oportuno y el manejo se realiza según el protocolo vigente, sin embargo, no tienen un seguimiento adecuado, ya que no se les envía cuantificación de BHCG sérica postevacuación según días establecidos por normativa y guías.

Palabras Claves: Enfermedad trofoblástica gestacional, mola hidatiforme, diagnostico, manejo y seguimiento.

Índice

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	6
1.1. Antecedentes	7
1.2. Planteamiento del problema	10
1.2.1. Caracterización	10
1.2.2. Delimitación	10
1.2.3. Formulación	10
1.2.4. Sistematización	¡Error! Marcador no definido.
1.3. Justificación	12
CAPÍTULO II. OBJETIVOS	14
2.1. Objetivo general	14
2.2. Objetivos específicos	14
CAPITULO III. MARCO TEÓRICO	15
4.1. Definiciones	16
4.2. Factores de riesgo	18
4.3. Diagnóstico	19
4.4. Control y seguimiento	25
CAPÍTULO VI. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	27
4.1. Hipótesis	27
4.2. Enunciado por variable	28
4.3. Operacionalización de variables	30
CAPÍTULO V. METODOLOGÍA	37
5.1. Tipo de estudio	37
5.2 Área de estudio	37
5.3. Universo	37
5.4. Muestra	¡Error! Marcador no definido.
5.5. Unidad de análisis	38
5.6. Criterios de inclusión	38
5.7. Criterios de exclusión	38
5.8. Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de datos e información	39
CAPÍTULO VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	42
6.1. Resultados	42

6.2. Discusión de los resultados	52
6.3. Plan de estrategias dirigidas a mejorar el abordaje y seguimiento de las pacientes con Enfermedad Trofoblástica gestacional.....	58
CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES.....	59
7.1. Recomendaciones	60
Bibliografía	61
Anexos	65

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) constituye un amplio espectro de trastornos neoplásicos derivados del trofoblasto después de una fertilización anormal. Es una condición que se caracteriza por una proliferación e invasión trofoblástica fuera de control, con tendencia a producir metástasis por vía hematógena, que consiste en trastornos pre malignos como mola hidatiforme completa y parcial, y los trastornos malignos como mola invasiva, coriocarcinoma, y el tumor trofoblástico del sitio placentario. Estas formas malignas se denominan neoplasia trofoblástica gestacional, su potencial invasivo y metastásico requiere a veces quimioterapia y/o cirugía (Bianconi, Riegé, Bayo, Clelia, & Goldsman, 2016).

La incidencia notificada de ETG (Enfermedad trofoblástica gestacional) varía ampliamente en todo el mundo, desde la más baja de 23 por 100 000 embarazos (Paraguay) a la más alta de 1299 por 100 000 embarazos (Indonesia). Sin embargo, al menos parte de esta variabilidad obedece a las diferencias de los criterios de diagnóstico y notificación. En América del Norte y del Sur, se ha calculado una incidencia de 1 por cada 500-1000 embarazos. La tasa en Asia del Este aparenta ser de 5 a 15 veces mayor, alcanzando, en algunas regiones, 1 de cada 120 embarazos (Ministerio de Salud, 2018).

Los estudios más recientes confirman que la mayoría de los casos de ETG (80%) son casos de mola hidatiforme en sus dos variantes, 15% son molas invasoras y solo el 5% son coriocarcinomas. La mortalidad más alta es debido al tumor del sitio placentario, que solo ocurre en el 0.2 al 2% de todos los casos de enfermedad trofoblástica gestacional. La incidencia de neoplasia trofoblástica gestacional maligna comprende del 2.5 al 7.5% tras la evacuación de una mola parcial, en comparación con una incidencia aproximada del 6.5% a más del 20% tras la evacuación de una mola completa (Bianconi, Riegé, Bayo, Clelia, & Goldsman, 2016).

El presente trabajo investigativo, tuvo como objetivo Evaluar el abordaje clínico de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega en el período de enero 2015 a diciembre de 2019. En el documento de investigación primero se presentarán las investigaciones antecedentes que hay sobre el tema, marco teórico, la metodología utilizada, resultados, conclusiones y las recomendaciones que surgieron de esta revisión.

1.1. Antecedentes

Desde que se inició el estudio de enfermedad trofoblástica gestacional, se han realizado investigaciones sobre esta problemática, a nivel latinoamericano se han encontrado diversos trabajos que abarcan desde incidencia hasta el seguimiento que se les ha brindado a estas pacientes.

En Guatemala en 2019, se sacó un estudio sobre las características clínico - epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de mola hidatiforme donde se encontró que los signos y síntomas más frecuentes que presentan las pacientes fueron hemorragia vaginal y expulsión de vesículas. El diagnóstico se realizó en un 98% por medio de ultrasonido y tratamiento brindado fue aspiración manual endouterina en un 64% (Orozco, 2019, pág. 95).

Un trabajo de investigación de tipo estudio de casos y controles, retrospectivo, correlacional y explicativo realizado en el Hospital Regional del Cusco, Perú sobre factores asociados a la enfermedad trofoblástica gestacional entre el período de 2010 a 2018, se concluyó que la multiparidad, procedencia rural y el nivel de educación son factores de riesgo para presentar dicha patología (Imef, 2019).

En Lima, Perú en el año 2018 se elaboró un estudio descriptivo retrospectivo sobre características clínicas y factores de riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante los años 2005 a 2015, en el cual se encontró que la incidencia fue 2.99:1000 gestaciones. El antecedente de ETG fue poco frecuente. Entre las manifestaciones clínicas, la hemorragia uterina con 77.2%, dolor en hipogastrio o pélvico con 59.8% y las náuseas y los vómitos un 31.5%. El diagnóstico presuntivo se dio clínicamente (67.4%) y ecográficamente (88.0%). El principal manejo fue el legrado uterino (Rodríguez, 2018).

Riegué, López y colaboradores (2016), realizaron revisiones de estudios donde encontraron que en la incidencia de Mola Hidatiforme es entre 0.5 – 1 por 1000 embarazos en América del Norte y Europa; del 1.5 – 6 por 1000 embarazos en América del Sur y más de 12 por 1000 embarazos en Asia y entre los principales factores de riesgo encontrados fue la edad materna avanzada,

antecedente de embarazo molar previo; en cuanto al seguimiento, este se debe hacer con controles seriados de hormona gonadotropina coriónica humana.

En un hospital de Ecuador, Guzmán y Lazo (2016) realizaron una investigación descriptiva cuyo objetivo fue Identificar las características de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes del área de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, el universo estuvo constituido por las 35,382 historias clínicas de las pacientes atendidas en esa unidad, se identificaron 50 casos de los cuales el 30 % se encontraron entre los 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 múltiparas.

En 2015 en el Hospital Roosevelt de Guatemala se realizó un estudio descriptivo prospectivo que tuvo como objetivo realizar una correlación de factores demográficos, reproductivos y clínicos con hallazgos histopatológicos de la enfermedad del trofoblasto gestacional. Se recopiló 42 casos de Enfermedad del Trofoblasto Gestacional durante los años 2010 y 2011. En cuanto al diagnóstico histológicos, 32 molas completas (76.2%), 9 molas parciales (21.4%), 1 caso de coriocarcinoma (2.4%). Todos ellos con seguimiento utilizando Sub-unidad B cuantificada (De León fajardo, 2015).

En el Hospital Oscar Danilo Rosales, Liliam Martínez en el año 2017, realizó un estudio descriptivo retrospectivo 2013- 2016 donde se encontró que el 57.1% de pacientes con diagnóstico de mola hidatiforme está en las edades de 20-34 años; 68.5 % habitan en el área rural, 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 (Martínez & Calero, 2017).

La Dra. Jenny Meza Williams en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello enero 2005 a junio 2012 realizó el trabajo sobre “Manejo clínico, terapéutico de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes atendidas en el departamento de Ginecología en la sala de ARO I”, en

este trabajo se concluyó que no se estaba realizando un adecuado seguimiento según las normas internacionales de atención al embarazo molar (Meza, 2012).

En el Hospital Victoria Motta de Jinotega en el año 2012; Noel Gonzales y Mildred Molina realizaron un estudio sobre el perfil epidemiológico y abordaje clínico y terapéutico de la enfermedad trofoblástica gestacional en el período comprendido de enero 2008 a diciembre 2011. En esta investigación se encontró una frecuencia de 2.75 casos por cada 1000 embarazos, predominando las edades entre 15-20 años de edad, la principal manifestación clínica fue el sangrado transvaginal, los métodos diagnósticos más utilizados para establecer el diagnóstico fueron el ultrasonido y la dosificación de la subunidad beta de la Hormona Gonadotropina Coriónica Humana en orina de 24 horas, sin embargo no a todas las pacientes se les realizó cuantificación de B-HCG para seguimiento adecuado y descartar persistencia de esta patología (González & Molina, 2012).

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Caracterización

La incidencia notificada de ETG (Enfermedad trofoblástica gestacional) varía ampliamente en todo el mundo, desde la más baja de 23 por 100 000 embarazos (Paraguay) a la más alta de 1299 por 100 000 embarazos (Indonesia). Sin embargo, al menos parte de esta variabilidad obedece a las diferencias de los criterios de diagnóstico y notificación, la tasa de incidencia estandarizada por edad (1960 World Population Standard) es de alrededor de 0,18 por 100,000 mujeres entre los 15 y 49 años. La enfermedad trofoblástica gestacional es un tumor con variantes benignas y malignas, sin embargo una detección oportuna y abordaje temprano, las entidades malignas como el Coriocarcinoma y la Mola Invasora se caracterizan por su potencial invasivo o metastásico. Esto hace que el tratamiento sea habitualmente con quimioterapia y eventualmente quirúrgico. En la actualidad, las NTG constituyen un grupo de neoplasias con alta tasa de curación y tasas de sobrevida cercanas al 100% (Ministerio de Salud, 2018).

1.2.2. Delimitación

En el Hospital Victoria Motta de Jinotega existe una alta frecuencia de ingresos por enfermedad trofoblástica gestacional, manifestándose en dos variantes dentro de la que se incluyen las molas hidatiformes, y la neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) maligna, en el cual la probabilidad de desarrollar cualquiera de estas depende de la cuantificación de hormona gonadotrofina coriónica, que constituye el marcador biológico más importante para la enfermedad; el ministerio de salud en su actualización de normativa 109 de Alto Riesgo Obstétrico incluye “Enfermedad Trofoblástica Gestacional” para brindar un abordaje más completo a dichas pacientes dado que la probabilidad de desarrollar persistencia de esta patología es alto y la única forma de detectarlo es a través del seguimiento adecuado para mejorar el pronóstico de cada una de las mujeres afectadas.

1.2.3. Formulación

Debido a que en diversos artículos planteados se toma importancia vital al manejo y dentro de éste al seguimiento que se da a las pacientes con esta patología se tiene la siguiente interrogante:

¿El abordaje clínico que se dio a las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional ingresadas en el servicio de obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega, Nicaragua en el periodo enero de 2015-diciembre de 2019 fue adecuado?

De lo anteriormente planteado surgen las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son las características socio demográficas de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional?
2. ¿Cuál es el abordaje terapéutico y seguimiento brindado a las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional?
3. ¿Cuál es el diagnóstico clínico y métodos auxiliares en las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional?

1.3. Justificación

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), se caracteriza por un tejido trofoblástico anormal, que corresponde a unas de las causas de hemorragia en la primera mitad del embarazo, con un espectro de severidad que va de lesiones benignas (mola Hidatiforme) a malignas (coriocarcinoma, tumor trofoblástica sitio placentario). En Nicaragua según Munguía Argueñal (2018) la mayoría de las mujeres inician su vida reproductiva siendo aún adolescentes y la finalizan a edad avanzada, con un alto número de paridad, lo que las predispone a padecer esta condición clínica (CODENI, 2017). Es por esta razón que en el año 2018 surge una actualización de la normativa MINSA de complicaciones obstétricas donde se incluye por primera vez el tema de embarazo molar dentro de las causas de hemorragia del primer trimestre de gestación lo que permitirá evaluar si el seguimiento que se les da a las pacientes corresponde a lo que plantea dicho protocolo, debido que a como se ha mencionado anteriormente detectar enfermedad molar persistente de forma precoz interviene en el pronóstico de cada paciente.

Es importante mencionar que este tema se encuentra en la primera línea de investigación en salud materno-infantil del área de Ginecología y obstetricia de subtema hemorragia pre y postparto, los resultados obtenidos se utilizarán en la unidad de estudio lo que fortalecerá las estadísticas y la evidencia de los casos manejados, permitiendo al departamento de esta unidad mejorar los conocimientos y realizar medidas correctivas.

Con los resultados las intervenciones que se hagan, pueden disminuir principalmente la mortalidad asociada a complicaciones y a gastos extras en las unidades de salud y a la familia de cada paciente afectada ofreciendo a las usuarias con esta patología un tratamiento oportuno y eficaz, con disminución de complicaciones. En el Hospital Victoria Motta de Jinotega no hay investigaciones recientes sobre esta patología a pesar de alto número de ingresos por esta enfermedad por lo tanto se ve la importancia de realizar este estudio.

Este estudio servirá de base para futuras investigaciones, dado que se ha estudiado muy poco a pesar de ser un problema de salud pública y el riesgo de presentar coriocarcinoma es 1,000 veces

mayor después de un embarazo molar, en comparación a otro evento obstétrico, por lo que sería importante conocer más desde los factores de riesgo hasta las complicaciones ya sea por mal pronóstico, por seguimiento o manejo (Orozco, 2019).

CAPÍTULO II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Evaluar el abordaje clínico de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional ingresada en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega, Nicaragua en el período de enero 2015- diciembre 2019.

2.2. Objetivos específicos

1. Caracterizar socio demográficamente a las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional.
2. Describir el manejo terapéutico y el seguimiento brindado a cada una de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional.
3. Analizar el diagnóstico clínico y métodos auxiliares pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional.
4. Elaborar un plan de estrategias dirigidas a mejorar el abordaje clínico y seguimiento de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional.

CAPITULO III. MARCO TEÓRICO

La incidencia de mola hidatiforme presenta gran variabilidad según la localización geográfica, pero en la mayoría del mundo la incidencia va a ser de aproximadamente 1 por cada 1000 embarazos. Sin embargo, a nivel mundial ha ocurrido una disminución gradual en la incidencia de esta patología, que se estima podría deberse a cambios nutricionales. Aproximadamente el 80% de las ETG serán por mola hidatiforme (Espinoza, Fernández, & Solar, 2019).

La mola hidatiforme es considerada una placenta patológica caracterizada por un crecimiento excesivo, de aspecto edematoso, con formación de vesículas y proliferación del trofoblasto de las vellosidades, deriva de una alteración genética producida en el momento de la fecundación, en referencia a la Tabla 2 existen dos tipos de mola con cariotipo diferentes: mola completa y la mola parcial. La mola vesicular completa tiene cariotipo 46XX en el 90% de los casos y 46 XY en el 10 %; genéticamente se diferencian dos tipos: androgénica (85 %) y la biparental (15%) (Almeida, Sousa , Cavalcante, Feitosa, & Coelho, 2019). La androgénica es la que se origina de forma homocigóticamente de dos cromosomas paternos idénticos derivados de la duplicidad del cromosoma haploide paterno, y es siempre femenina, en la biparental hay genes tanto maternos como paternos, pero por fallos de los genes maternos solo se expresa el genoma paterno (Huanca, Aranzabal, & Chanduví, 2020).

En la mola vesicular completa se describen dos características morfológicas importantes como son la degeneración hidrópica de las vellosidades con formación central de vesículas y la hiperplasia del trofoblasto, se estima que el embrión inicia su crecimiento pero muere antes del establecimiento de la circulación feto-placentaria, y nunca se ven hematíes con núcleo de origen fetal en los capilares de las vellosidades, por lo cual no se encuentran vestigios del embrión ni de sus membranas en esta lesión molar.

4.1. Definiciones

Enfermedad trofoblástica gestacional

Producto anormal de una gestación caracterizada por la tumefacción y degeneración hidrópica de las vellosidades coriales inmaduras (Disaia, Creasman, McMeekin, & Mutch, 2018) . Tiene como característica la ausencia de vascularización y la tendencia proliferativa del epitelio de revestimiento que se acompaña a menudo de un grado variable de hiperplasia del trofoblasto (Mitchel, Kumar, Abbas, & Fausto, 2007).

Incluye un amplio espectro de entidades clínico-patológicas que va desde la ETG benigna (Mola Hidatiforme Completa y Mola Hidatiforme Parcial) hasta patologías malignas (Mola Hidatiforme Invasora, Coriocarcinoma, Tumor del Sitio Placentario y Tumor Trofoblástico Epitelial) también conocidas como Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) (Riegé, y otros, 2016). Este grupo de enfermedades tienen como denominador común la hipersecreción de la subunidad Beta, de la gonadotropina coriónica humana, (β HCG) por lo que el seguimiento se realiza de acuerdo a los hallazgos clínicos y las determinaciones seriadas de los niveles de β HCG (Acosta, González, & Arana, 2013).

Sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG)

Toda mujer que presente signos y síntomas que corresponden al cuadro clínico de enfermedad trofoblástica gestacional y que aún no se ha corroborado histopatológicamente (Ayala, Briones, & Anaya, 2012).

Coriocarcinoma

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

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. Puede tener un doble origen: En el 95% de los casos muestra un cariotipo 46, XX resultado de la fecundación de un ovocito con núcleo inactivo por un espermatozoide

haploide, que reduplica sus propios cromosomas, sin participación de los cromosomas maternos. (Riegé, y otros, 2016)

En un 5% de los casos el ovocito inactivo es fecundado por dos espermatozoides haploides, uno con cromosoma X y el otro Y (la fecundación con dos Y provocaría un aborto precoz) (Riegé, y otros, 2016).

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 (Acosta, González, & Arana, 2013).

Mola parcial

Presencia de tejido embrionario o fetal e 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.

Etiológicamente, se sabe generalmente triploide (69, XXY > 69, XYY; no pudiendo nunca ser 69, YYY, por participar el ovocito). Puede producirse por 3 mecanismos:

1. Polispermia: Es el mecanismo más frecuente, en que un ovocito es fertilizado por dos o más espermatozoides.
2. Ovocito fertilizado por un espermatozoide diploide, por un defecto en la primera división meiótica del mismo. Muy infrecuente.
3. Fertilización de un ovocito diploide, por defecto en su primera división meiótica. Muy infrecuente.

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 (Ministerio de Salud, 2018).

4.2. Factores de riesgo

1. **Edad de la madre:** la edad materna parece ser el mayor riesgo para el desarrollo de mola hidatiforme. Las mujeres en ambos extremos del espectro de edad reproductiva son las más vulnerables. Aquellas con una edad menor a 16 años tienen seis veces más riesgo de mola hidatiforme que aquellas con una edad entre 16 y 40 años, las mujeres mayores de 40 años tienen de 5-10 veces mayor riesgo, y aquellas mayores de 50 años tienen una posibilidad de 1 en 3 de tener un embarazo molar (Durón & Bolaños, 2018). Aunque existe literatura que habla de aumento de hasta 20 veces en pacientes adolescentes (Espinoza, Fernández, & Solar, 2019).
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, además que estas pacientes tienen mayor probabilidad de desarrollar una NTG (Disaia, Creasman, McMeekin, & Mutch, 2018).
3. **Aborto previo (25%),** los tejidos obtenidos de un aborto completo o incompleto, en todos los casos y obligadamente, deberán enviarse al servicio de patología con lo cual se evitará omitir el diagnóstico de Enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) o inclusive NTG (neoplasia trofoblástica gestacional) (Disaia, Creasman, McMeekin, & Mutch, 2018).
4. **Embarazo ectópico previo** aumenta hasta en un 5% las probabilidades de padecer esta patología.
5. **Embarazo previo de término (20%)** (Ministerio de Salud, 2018)

Otros factores que aumentan riesgo, pero sin clara relación son: Deficiencia de vitamina A, consumo disminuido de grasa animal, toxinas ambientales, fumado, consumo de alcohol y exposición a herbicidas (Durón & Bolaños, 2018).

Genéticos: Mola hidatiforme recurrente familiar, raro desorden autosómico recesivo identificado en el cromosoma 19q (Ministerio de Salud, 2018).

4.3. Diagnóstico

Ante la sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional, se debe realizar una historia clínica exhaustiva que incluya fechas, duración y desenlace de embarazos anteriores, antecedente de embarazo molar y demás antecedentes Gineco-obstétricos (Espinoza, Fernández, & Solar, Actualización en patología trofoblástica gestacional, 2019).

Manifestaciones clínicas

En el primer trimestre del embarazo se debe sospechar ETG cuando se presenta:

- **Hemorragia uterina anormal**, es el síntoma más común, ocurre en el 97% de los casos. Los tejidos molares podrían separarse de la decidua e irrumpir los vasos maternos, por lo tanto, grandes volúmenes de sangre retenida podrían dilatar la cavidad (Bianconi, Riegé, Bayo, Clelia, & Goldsman, 2016). Otros autores manifiestan que la pérdida hemática puede variar desde un manchado leve hasta hemorragias que hacen necesarias una transfusión sanguínea (Disaia, Creasman, McMeekin, & Mutch, 2018).
- **Crecimiento uterino mayor al esperado por edad gestacional**, esto históricamente era cierto en más del 50% de pacientes con MC, pero en los últimos estudios realizados se ha visto que la tercera parte de las mujeres afectadas presentan úteros más pequeños para la edad gestacional. Otra tercera parte con tamaño uterino acorde a la edad gestacional y la otra tercera parte con crecimiento uterino mayor al esperado (Fagnoni, 2015).

- **Ausencia de frecuencia cardíaca fetal.** Antes de usarse como instrumento rutinario la ecografía obstétrica, los signos clásicos de una gestación molar consistían en la ausencia de latido cardíaco, una dimensión uterina mayor a la correspondiente al tiempo estimado de embarazo y hemorragia vaginal. Este último signo, constituye la forma de presentación más frecuente (hasta un 97 % en algunos casos según Lay) y cabe destacar que los coágulos intrauterinos pueden oxidarse y licuarse, produciéndose una descarga fluida con la apariencia de "jugo de ciruela". En casos excepcionales las pacientes refieren la expulsión de "racimos" lo cual representa un signo inequívoco de gestación molar (Lay, 2014).
- **Presencia de quistes tecaluteínicos,** los que son producto de la hiperestimulación ovárica secundaria al exceso de producción de hCG. Las pacientes que presentan quistes de la teca tienen mayor riesgo de desarrollar NTG.
- **Hiperémesis gravídica,** debido a la alta concentración de hCG.
- **Hipertensión gestacional en las primeras 20 semanas de gestación,** la aparición de SHG en el primer trimestre de embarazo es casi patognomónico de una mola hidatiforme, pero se conoce que el origen de esta es por la presencia de hipertiroidismo, aunque este es poco frecuente cuando aparece suele ser grave. Según la literatura revisada, hasta el 10% de las pacientes pueden presentar signos analíticos de hipertiroidismo el cual es resultado de la producción excesiva de hCG por parte del tejido mola, esta hormona muestra una homología estructural con la TSH uniéndose a los receptores de ésta provocando una hiperfunción tiroidea (Disaia, Creasman, McMeekin, & Mutch, 2018).
- **Niveles elevados de hormona gonadotropina coriónica.** Un análisis en suero para hCG es una prueba diagnóstica que puede ser útil en la identificación de un embarazo molar. Sin embargo, el uso de los niveles de hCG como un indicador específico del embarazo molar es limitado ya que estos niveles en mujeres con PHM rara vez se elevan por encima de los valores normales del embarazo (Durón & Bolaños, 2018).

Actualmente, el diagnóstico se basa en la cuantificación de la hormona coriónica humana subunidad beta (β -hCG) la cual ha sido detectada en casi todas las pacientes con mola

hidatiforme o con una neoplasia trofoblástica gestacional, y sus concentraciones elevadas se correlacionan de manera directa con la presencia de células tumorales, por lo cual es de gran utilidad clínica para el diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la patología (Ochoa, Ostaiza, & Larrea, 2020)

- **La embolización trofoblástica** se demuestra en el 2% de los casos y se manifiesta con dolor torácico, disnea, taquipnea y taquicardia.

Los trastornos descritos con anterioridad se observan principalmente e en pacientes con MC. Las pacientes con MP suelen no manifestar un tamaño excesivo para la edad gestacional, quistes tecaluteínicos, pre eclampsia, hipertiroidismo ni problemas respiratorios (Disaia, Creasman, McMeekin, & Mutch, 2018) (Espeleta & López, 2002).

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.

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 (Ministerio de Salud, 2018).

1.1 Auxiliares diagnósticos

A todas las pacientes con diagnóstico de embarazo molar se les debe realizar tamizaje completo para determinar la extensión de la enfermedad. Entre los exámenes recomendados se encuentran: medición cuantitativa de hCG, hemograma completo, pruebas de coagulación, pruebas de función hepática, pruebas de función renal, electrolitos, grupo sanguíneo y Rh, perfil tiroideo, serologías por VIH y hepatitis B, radiografía de tórax y ultrasonido pélvico (Espinoza, Fernández, & Solar, 2019).

En toda paciente con sospecha de ETG pre evacuación se realizan los siguientes exámenes:

1. Biometría hemática completa.
2. Tiempos de coagulación
3. Pruebas de funcionamiento renal y hepático (creatinina, Nitrógeno de urea, transaminasas, bilirrubinas, LDH)
4. Grupo y RH
5. Niveles de β HCG. (En caso de no contar con cuantificación en sangre, beta se puede utilizar HCG en orina de 24 horas, sin embargo, no es lo más adecuado)
6. Radiografía de tórax: Para determinar la presencia de metástasis pulmonares. Si la radiografía de tórax es negativa, se puede obtener una tomografía computarizada (TC) del tórax ya que aproximadamente el 40% de los pacientes con radiografías de tórax negativas tienen lesiones metastásicas en la TC. Existe controversia en cuanto a la importancia de estas micrometástasis con respecto a la respuesta del paciente a la quimioterapia. En ausencia de metástasis torácicas, es posible que no se necesiten imágenes de otros órganos (Durón & Bolaños, 2018, pág. 10).
7. Ultrasonido abdominal y pélvico para detectar el alcance y la naturaleza de la afectación uterina, para ayudar a identificar pacientes que se beneficiarían de una histerectomía. (Fagnoni, 2015).

Ultrasonido

La sencillez, seguridad y confiabilidad de la ecografía la definen como el método diagnóstico de elección (Jiménez, 2016).

La ecografía ha desplazado al resto de las pruebas de imagen, el uso en las primeras etapas del embarazo se ha reconocido que las características clásicas pueden ser

mínimas o estar ausentes en casos de MC o MP iniciales (Disaia, Creasman, McMeekin, & Mutch, 2018). Este método diagnóstico tiene un valor limitado para la detección de embarazos

con mola parcial por lo que hay que correlacionarlo con la clínica y los niveles de hCG (Fagnoni, 2015).

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 (Pascal, Miró, Muñoz, & Palacios, 2019).

La coexistencia del feto con su placenta normal y mola (parcial o completa) ocurre en 1 de 22 000-100 000 embarazos, existiendo 3 posibilidades de presentación:

1. Embarazo único con mola parcial
2. Embarazo múltiple: feto vivo con placenta normal y mola completa
3. Un feto con placenta normal y feto con mola parcial.

En cualquier paciente que presente un sangrado uterino en el primer trimestre de embarazo, con un útero de tamaño mayor al esperado para la edad gestacional se deberá realizar una ecografía (Jiménez, 2016).

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.

La combinación de un valor cuantitativo de hCG mayor a 100,000 UI/L, un útero dilatado con ausencia de ruidos cardíacos fetales y hemorragia vaginal sugiere el diagnóstico de embarazo molar. No obstante, una única determinación no es diagnóstica y no se debe usar como valor aislado, así como valores normales tampoco descartan del todo la presencia de mola hidatiforme (Disaia, Creasman, McMeekin, & Mutch, 2018).

Estudio histopatológico

Se realizará el estudio del material obtenido mediante legrado aspirativo o por biopsia corial. Placenta transformada en un racimo de vesículas claras. La degeneración abarca generalmente todo el complejo ovular; a veces regional y en ocasiones puede albergar un feto. Cabe destacar que este es el método diagnóstico de confirmación de enfermedad trofoblástica gestacional.

Manejo

La enfermedad trofoblástica gestacional, requiere de un manejo multidisciplinario y como se resume en la Tabla 4 el tratamiento en caso de mola hidatiforme parcial la primera elección es la evacuación por legrado uterino por aspiración cuando se quiere preservar la fertilidad uterina en caso de mujer joven, y con embarazo molar menor a 10 semanas, se recomienda histerectomía en caso de mola hidatiforme completa y en aquellas mujeres mayores de 40 años por el riesgo de desarrollo de malignidad o mujeres jóvenes con maternidad satisfecha (Mora, y otros, 2019)

La evidencia disponible respalda la utilización de AMEU para evacuar la mola, también se puede utilizar donde esté disponible, cánula con succión eléctrica. No se debe realizar lui en embarazo molar por mayor riesgo de perforación uterina y complicaciones hemorrágicas (Ministerio de Salud, 2018). Repetir el legrado después de la evacuación molar no está indicado a menos que exista un sangrado uterino excesivo asociado con tejido molar retenido (Durón & Bolaños, 2018).

El riesgo de hemorragia aumenta con las semanas de embarazo, por lo que si la paciente presenta un tamaño uterino correspondiente a 16 semanas de embarazo o más, se recomienda tener a disposición componentes sanguíneos en caso de necesidad de transfusión. Se le debe administrar inmunoglobulina anti-D a las mujeres Rh negativas a la hora del procedimiento, debido a que el factor RhD se expresa en el trofoblasto (Ngan, y otros, 2018).

Se justifica la histerectomía total con citospexia en la paciente, por tener factores de riesgo como la edad mayor de 40 años y multiparidad, constituye una opción segura de tratamiento, pues elimina el riesgo de persistencia molar; sin embargo, el riesgo de desarrollar metástasis permanece, siendo necesaria la monitorización de la hormona gonadotrofina coriónica postquirúrgico y el seguimiento dentro del primer año posterior a la cirugía (Mora, y otros, 2019, pág. 57).

Los pacientes diagnosticados con NTG de alto riesgo deben ser manejados por un oncólogo que tenga experiencia en el tratamiento de esta enfermedad. Estas mujeres requerirán una terapia agresiva con agentes quimioterapéuticos y pueden necesitar radioterapia (Durón & Bolaños, 2018, pág. 13).

4.4. Control y seguimiento

- Consejería y apoyo
- Detección y tratamiento temprano de la anemia. Esto debido a las pérdidas hemáticas que en la mayoría de los casos es el único síntoma que presentan las pacientes.
- Seguimiento con β hGC los días 1, 7, 14 y 21 pos evacuación y control con normograma para documentar el descenso normal. Luego del último control pos evacuación normal se recomienda seguimiento mensual por 6 meses con β hGC o hasta obtener dos ediciones consecutivas negativas (< 5 mui/ml) (Pascal, Miró, Muñoz, & Palacios, 2019). Esta información concuerda con lo que expone la Dra. Lay (2014) en la Guía de Práctica

Clínica de Ginecología donde se sugiere la cuantificación semanal de HCG durante 3 semanas únicamente y posteriormente mensual por 6 meses.

- Según las recomendaciones de FIGO que también coincide con el protocolo, a las pacientes con embarazo molar se les debe dar seguimiento con mediciones semanales de hCG hasta dos semanas después de que esta se normalice (Espinoza, Fernández, & Solar, 2019). Posteriormente, se deben realizar mediciones mensuales por dos a seis meses, y después, cada dos meses por seis meses más (Hextan, y otros, 2018).
- Anticoncepción: Se recomienda el uso de anticonceptivos orales al menos 6 a 12 meses a base de Progestinas. No se recomienda el uso de DIU posterior a la evacuación (Ministerio de Salud, 2018).

Es necesario propiciar la investigación en todos los casos principalmente cuando hay evidencia de neoplasias trofoblásticas gestacionales resistentes a quimioterapia ya que, como se encuentra en la bibliografía, a pesar de que muchas de las pacientes alcanzan curación con tratamientos iniciales, existe un porcentaje de pacientes que presenta enfermedad resistente y que se podría beneficiar de un protocolo de tratamiento más efectivo y estandarizado, es aquí donde recae la importancia de realizar un seguimiento adecuado a todas las pacientes que presentan esta patología (Espinoza, Fernández, & Solar, 2019, pág. 57).

CAPÍTULO VI. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

4.1. Hipótesis

Con el paso del tiempo y con la implementación del tema en el Protocolo de Complicaciones Obstétricas se ha mejorado el manejo clínico y seguimiento que se les da a las pacientes con Enfermedad Trofoblástica Gestacional respecto a épocas anteriores cuando aún no se contaba con el tema incluido en la normativa como tal.

4.2. Enunciado por variable

I. Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio

1. Edad
2. Procedencia
3. Escolaridad
4. Ocupación

II. Antecedentes Gineco-obstétricos

1. Gestas
2. Partos a término previos
3. Abortos previos
4. Embarazo Molar previo
5. Embarazo ectópico

III. Diagnóstico clínico y de laboratorio

1. Edad gestacional
2. Hemorragia uterina anormal,
3. Crecimiento uterino mayor al esperado por edad gestacional,
4. Hiperémesis gravídica
5. Hipertensión gestacional en las primeras 20 SDG

IV. Medios auxiliares

1. Biometría hemática completa.
2. Grupo y RH
3. Niveles de β HCG. (En caso de no contar con cuantificación en sangre, se puede utilizar HCG en orina de 24 horas, sin embargo no es lo más adecuado)
4. Radiografía de tórax
5. Perfil tiroideo
6. Seriado óseo
7. Ultrasonido abdominal y pélvico
8. Biopsia

V. Manejo terapéutico

AMEU

VI. Seguimiento de pacientes

Control de Niveles de β HCG

Anticoncepción

4.3. Operacionalización de variables

Variable	Definición Operacional	Escala	Indicador	Fuente de verificación
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha del ingreso por ETG.	Ordinal	Menor de 14 15 a 19 De 20 a 34 35 a 39 años Mayor de 40	Instrumento de recolección de datos
Procedencia	Lugar donde reside el individuo al momento del diagnóstico.	Nominal	Jinotega Yalí San Rafael del Norte El Cuá Alto Wanki Wiwilí San José de Bocay La Concordia Pantasma	Instrumento de recolección de datos
Nivel Educativo	Nivel más alto de escolaridad que tiene una persona.	Nominal	Iltrado Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico medio Universidad	Instrumento de recolección de datos.

Ocupación	Tipo de trabajo que desempeña	Nominal	Ama de casa Estudiante Agricultora Maestra Otros	Ficha de recolección de datos
Edad Gestacional	Período de tiempo transcurrido desde el primer día de la última regla hasta el momento del ingreso	Ordinal	Menor de 12 semanas 12 1/7 a 20 SG Mayor de 20 1/7 SG	Ficha de recolección de datos
Gestas	Numero de embrazo que ha tenido una mujer	Ordinal	Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta Gran multigesta	Ficha de recolección de datos
Parto de término previo	Parto previo a término a embarazo actual.	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos
Abortos previos	Terminación de la gestación, posterior a la implantación antes de las 22 semanas de gestación con un peso fetal menor de 500 gr y una longitud cefalocaudal	Nominal	0 1 2	Ficha de recolección de datos.

	menor de 25 cm, previo a embarazo actual.			
Embarazo Molar Previo	Embarazo molar previo a embarazo actual.	Nominal	0 1 2	Ficha de recolección de datos
Embarazo Ectópico Previo	Implantación del huevo fecundado fuera de la cavidad endometrial.	Nominal	0 1 2	Ficha de recolección de datos.
Sangrado vaginal	Sangrado anormal distinto al periodo vaginal	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos
Útero aumentado de tamaño	Aumento del útero acorde a edad gestacional	Ordinal	Entre P10 y P90 Por encima P90	Ficha de recolección de datos
Síndrome hipertensivo gestacional	Conjunto de estados patológicos hipertensivos durante el embarazo o puerperio	Nominal	Ninguno Pre eclampsia. HTA crónica HTA crónica con preclamsia agregada Hipertensión gestacional Eclampsia	Ficha de recolección de datos

Hiperémesis gravídica	Es la persistencia de náuseas y vómitos intensos durante el embarazo.	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos
Urogravindex	Prueba de laboratorio cualitativa para detección de fracción β de la hormona gonadotropina coriónica humana en orina durante en el embarazo	Nominal	Negativa Positiva	Ficha de recolección de datos
USG pélvico	Estudio radiológico para rastreo de órganos pélvicos.	Nominal	Patrón en panal Quistes Tecaluteínicos Imagen hiperecoica en miometrio	Ficha de recolección de datos
Hemogravindex/ cuantificación de β-HCG	Detección de hormona gonadotropina coriónica humana	Ordinal	Gravindex (-) Gravindex (+) < 5.000 UI/L 5.000 - 20.000 UI/L 21.000 – 50.000 UI/L 51.000 – 100.000 UI/L	Ficha de recolección de datos

			≥ 100.000 , pero ≤ 300.000 UI/L ≥ 300.000 UI/L No se envió	
Biometría hemática completa	Examen de laboratorio utilizado para analizar las diferentes series celulares en sangre	Ordinal	Plaquetas $<150,000$ UI $50,000-150,000$ $>450,000$ G. Blancos $<4.5 \times 1000/\text{mm}^3$ $4.5-11 \times 1000/\text{mm}^3$ $>11 \times 1000/\text{mm}^3$ Hemoglobina >12 mg/dl $11-9$ mg/dl <9 mg/dl	Ficha de recolección de datos
Tipo y RH	Clasificación del tipo de sangre de acuerdo al grupo sanguíneo ABO y Rh	Nominal	O^- O^+ A^+ AB^+ B^+	Ficha de recolección de datos
Radiografía de Tórax	Examen imagenológico para estudiar la región del tórax	Nominal	Radiografía normal Patrón nodular fino y difuso	Ficha de recolección de datos

Perfil Tiroideo	Pruebas de laboratorio para evaluación de la función de la glándula tiroides	Nominal	No se envió Normal Alterada	Ficha de recolección de datos
Serie Ósea	Serie de toma de radiografías de todo el cuerpo	Nominal	1-Sin alteraciones 2-Datos de metástasis 3-No se envió	Ficha de recolección de datos
AMEU	Procedimiento médico para evacuar contenido de la cavidad uterina.	Nominal	1 2 3 o más.	Ficha de recolección de datos
Transfusión de paquete globular	Transferencia de componente sanguíneo de una persona donante a un receptor.	Nominal	1 paquete 2 paquete 3 paquete Transfusión masiva	Ficha de recolección de datos
Biopsia	Examen microscópico que se utiliza para estudio de cualquier tejido celular.	Nominal	Mola Completa Mola Parcial Coriocarcinoma Tumor sitio placentario Mola invasora	Ficha de recolección de datos

Seguimiento de Niveles de βhCG	Control de valores de hormona gonadotropina coriónica humana Post AMEU	Ordinal	No se envió 5.000 - 20.000 UI/L 21.000 – 50.000 UI/L 51.000 – 100.000 UI/L ≥ 100.000 , pero ≤ 300.000 UI/L ≥ 300.000 UI/L	Ficha de recolección de datos
Anticoncepción	Método de Planificación Familiar	Nominal	Medroxiprogesterona Gestágenos Orales Preservativo Ninguno	Ficha de recolección de datos

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de estudio

El alcance del estudio es de tipo analítico, descriptivo, ya que describe la frecuencia y características más importante de un problema de salud. De acuerdo a la ocurrencia de los hechos y registro de la información es retrospectivo y según el periodo y secuencia de corte es transversal (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

En cuanto al enfoque filosófico es cuantitativo, con orientación a la descripción, se usaron datos numéricos y análisis estadístico. El presente estudio se fundamenta en los métodos y técnicas cuantitativas de investigación, el enfoque de la investigación antes descrito, se sustenta en el Paradigma Positivista (Pineda, Alvarado, & Canales, 1994).

5.2 Área de estudio

El estudio se ha realizado en el área de obstetricia del Hospital Escuela Victoria Motta del departamento de Jinotega.

En cuanto al área de conocimiento, se relaciona a Medicina. Específicamente en salud pública que se encuentra en la línea de investigación número 1 de FAREM Estelí, en el tema de Salud materno-infantil, en el subtema de hemorragias pre y post parto.

5.3. Universo

Todos los expedientes que cumplieron con los criterios de interés de las pacientes ingresadas en el servicio de obstetricia con el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional dentro del período comprendido de enero 2015 a diciembre de 2019, para un total 112 expedientes. Se excluyeron 8 expedientes el cual no cumplían con criterios de inclusión.

5.4. Muestra

No se obtuvo muestra y se decidió estudiar todo el universo dado que la revisión de los datos era fácilmente manejable.

5.5. Unidad de análisis

Pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional ingresada en el servicio de obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega en el periodo de enero 2015- diciembre de 2019.

5.6. Criterios de inclusión

1. Pacientes con diagnóstico de Enfermedad trofoblástica gestacional ingresadas al servicio de ginecología del periodo a estudio.
2. Expedientes clínicos con información completa.
3. Pacientes con egreso de ETG

5.7. Criterios de exclusión

1. Expedientes que no cumplen con información completa
2. Pacientes en las que se descartó Enfermedad Trofoblástica Gestacional según biopsia.

Se realizó la revisión de un total de 112 expedientes de pacientes ingresadas en el área de obstetricia con diagnóstico de Enfermedad Trofoblástica Gestacional, al aplicar los criterios de inclusión y exclusión el estudio quedó conformado por una población de estudio de 104 pacientes.

5.8. Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de datos e información

Para recolección de la información se utilizó la técnica de revisión documental de cada uno de los expedientes incluidos en el estudio, se elaboró un instrumento en el cual se abarcaron cada una de las variables de cada objetivo propuesto, posteriormente los datos obtenidos se codificaron en un archivo o matriz de un programa computarizado de análisis estadístico IBM SPSS.

Por selección y revisión de los expedientes clínicos, se inició el llenado de una ficha de recolección de datos de cada expediente clínico individual, en la que se plasman todas las variables según cada objetivo

Se acudió al servicio de estadística donde se ingresó a la base de datos para recolectar expedientes de pacientes que ingresaron al servicio de obstetricia con diagnóstico de Enfermedad Trofoblástica Gestacional, así mismo se acudió al libro de registro de patología para verificar el diagnóstico según estudio histopatológico.

El instrumento para recolección de datos fue creado por los investigadores y autores de la presente monografía. El equipo utilizado fue el siguiente: Lapicero, 120 hojas de papel tamaño carta (instrumento impreso en ellas), expedientes clínicos de pacientes con Enfermedad Trofoblástica Gestacional y libro de biopsias realizadas.

Previo a la aplicación del instrumento elaborado se obtuvo autorización de la dirección de Hospital Victoria Motta de Jinotega.

Se realizaron dos grupos de expertos con médicos obstetras del Hospital Victoria Motta de Jinotega, donde cada grupo consistía de 2 especialistas a quienes se les realizó 5 preguntas sobre la viabilidad de esta investigación y desde su punto de vista cuál sería la importancia de este estudio.

5.8.1. Procedimientos para la Recolección de datos e información

Se realizó una carta de solicitud de permiso para realizar el trabajo de campo de monografía al director del Hospital de Victoria Motta de Jinotega, el cual fue aprobado. Se inició el trabajo de campo solicitando los 104 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional que ingresaron a la sala de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega en el período enero de 2015- diciembre de 2019.

5.8.2. Fuente de información

Fuente es secundaria el cual se hará uso de cada uno de los expedientes clínicos de las pacientes ingresadas en el servicio de obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega en el período de enero 2015 a diciembre de 2019.

5.8.3. Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos lo conformó una ficha previamente elaborada (Anexo 1) en esta se incluyeron todos los datos de cada uno de los objetivos anteriormente planteados, previamente a la solicitud de expedientes clínicos a servicio de estadísticas, autorizado por director de Hospital Victoria Motta.

5.8.4. Plan de Tabulación y Análisis de datos e información

5.8.4.1. Procesamiento de la información

Los datos obtenidos de cada uno de los expedientes, se registraron en una ficha de recolección de datos, posteriormente fueron recopilados en una base de datos diseñada mediante Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versión 25.0 de International Business Machines Corporation (IBM) donde se elaboraron las tablas de contingencia confrontando las principales de variables de estudio y gráficos.

Se utilizará el programa Microsoft Office Word para redactar el informe, Power Point para la debida presentación de los resultados obtenidos.

5.8.4.2. Consideraciones éticas

La información será confidencial el cual los expedientes clínicos serán revisados en la unidad de estudio, no se usarán en ningún momento nombres de las pacientes y dicha información será utilizada solo con fines académicos e intervenciones en busca de mejoras del tema en estudio.

CAPÍTULO VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

6.1. Resultados

1. Caracterización sociodemográfica de las pacientes con Enfermedad Trofoblástica Gestacional ingresadas en el Hospital Victoria Motta de Jinotega.

Tabla 1. Distribución de rangos de edades de mujeres ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica Gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

Grupo Etario	Frecuencia	Porcentaje
menor 14	11	10.6
15-19	30	28.8
20-34	41	39.4
35-39	16	15.4
mayor 40	6	5.8
Total	104	100

Durante el período comprendido entre enero de 2015 a diciembre de 2019 en el Hospital Victoria Motta de Jinotega se registraron un total de 104 pacientes ingresadas por embarazo molar. En cuanto a las características sociodemográficas de las pacientes se encontró que 41 pacientes (40%) oscilaba entre las edades de 20 a 34 años, seguido de 30 pacientes (29%) de 15 a 19 años, 11 mujeres (11%) menores de 14 años y 22 pacientes (21%) mayores de 35 años (Figura 1 en Anexo 3). En lo que corresponde a la ocupación que desempeñaban se encontró que todas las 104 (100%) de estas pacientes eran amas de casa (Figura 2 en Anexo 3).

Tabla 2. Procedencia de pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Jinotega	36	34.6
Yalí	9	8.7
San Rafael N	8	7.7
Pantasma	10	9.6
Wiwili	10	9.6
Cuá	11	10.6
Bocay	13	12.5
Alto Wanki	4	3.8
Concordia	3	2.9
Total	104	100

n= 104

La procedencia de estas pacientes, 36 pacientes pertenecían al municipio de Jinotega (34.6%), seguido por 13 pacientes de San José de Bocay (12.5%) mientras que 10 pacientes (9,6%) de El Cuá y Wiwilí (Figura 3 en Anexo 3).

Tabla 3. Nivel académico de pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Iletrada	5	4.8
Primaria Completa	24	23.1
Primaria Incompleta	39	37.5
Secundaria Completa	20	19.2
Secundaria Incompleta	16	15.4

Según la escolaridad, 39 pacientes (37.5%) tenían primaria incompleta, seguido de 24 pacientes (23.1%) con primaria completa y 5 mujeres (4.8%) eran iletradas (figura 4 en Anexo 3).

Tabla 4. Antecedentes Gineco-obstétricos de pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

Gestas previas		
Gestas	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	44	42.3
Bigesta	24	23.1
Trigesta	11	10.6
Multigesta	12	11.5
Gran multigesta	13	12.5
Total	104	100
Partos a término previos		
Partos a término previo	Frecuencia	Porcentaje
Si	60	57.7
No	44	42.3
Total	104	100
Abortos previos		
Abortos previos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	85	81.7
Uno	13	12.5
Dos	6	5.8
Total	104	100
Embarazo molar previo		
Embarazo molar previo	Frecuencia	Porcentaje
Uno	11	10.6
Dos	5	4.8
Ninguno	88	84.6
Total	104	100
Embarazo ectópico previo		
Embarazo ectópico previo	Frecuencia	Porcentaje
Uno	3	2.9
Dos	2	1.9
Ninguno	99	95.2
Total	104	100

Según los antecedentes Gineco-obstétricos 44 pacientes eran primigestas (42,3), 24 pacientes bigestas (23.1%) y gran multigestas 13 pacientes (12.5%) (Figura 5 en Anexo 3). En lo correspondiente a partos a término previo 60 pacientes tenían el antecedente (57.7%) (Figura 6 en Anexo 3); 13 pacientes presentaron antecedente de un aborto (12.5%) y solamente 6 pacientes (5.8%) tenían antecedentes de dos abortos (Figura 7 en Anexo3). Embarazo molar previo en una ocasión lo presentaron 11 pacientes (10.6%) y 5 pacientes (4.8%) tenían antecedente de dos embarazos molares (Figura 8 en Anexo 3); nada más 3 pacientes (2.9%) y 2 pacientes (1.9%) presentaban antecedentes de embarazo ectópico en una ocasión y en dos ocasiones respectivamente (Figura 9 en Anexo 3).

2. Diagnóstico clínico y métodos auxiliares pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional.

Tabla 5. Sangrado transvaginal presente en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

Sangrado vaginal	Frecuencia	Porcentaje
Si	97	93.3
No	7	6.7
Total	104	100

El embarazo molar se puede detectar mediante exámenes de imagen y se debe sospechar a través de la clínica, en este estudio 97 de las pacientes (93.3%) presentaron sangrado transvaginal (Figura 10 en Anexo 3), altura de fondo uterino aumentada para la edad solamente se encontró en el 4% de las pacientes (Figura 11 en Anexo 3), del 100% ninguna de ellas desarrolló síndrome hipertensivo gestacional, la hiperémesis gravídica se presentó en 13 pacientes (12.5%) (Figura 12 en Anexo 3).

Tabla 6. Métodos diagnósticos en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

Urogravindex		
Hemogravindex	Frecuencia	Porcentaje
Positiva	102	98.1
Negativa	2	1.9
Total	104	100
Ultrasonido Pélvico		
USG pélvico	Frecuencia	Porcentaje
Patrón en panal	101	97.1
Quistes tecaluteínicos	2	1.9
Imágenes Hiperecoica en Miometrio	1	1
Total	104	100

En cuanto a los métodos diagnósticos el Hemogravindex se le realizó al 100% de pacientes, el resultado fue positivo en 102 pacientes (98.1%) igual que el urogravindex (Figura 14 en Anexo 3), a las pacientes que se realizó ultrasonido 101 pacientes (97.1%) presentaba el patrón clásico de imagen en panal de abejas, solamente 2 pacientes (1.9%) presentaron quistes tecaluteínicos (Figura 15 en Anexo3); al 100% de todas las pacientes no se envió cuantificación de B-hCG (Figura 16 en Anexo 3).

Tabla 7. Exámenes complementarios en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

Nivel de Plaquetas		
Plaquetas	Frecuencia	Porcentaje
< 150,000	0	0
150,000-450,000	104	100
≥ 450,000	0	0
Total	104	100
Nivel de Hemoglobina		
Hemoglobina	Frecuencia	Porcentaje
>12 mg/dl	102	98.1
11-9mg/dl	2	1.9
< 9 mg/dl	0	0
Total	104	100
Glóbulos Blancos		
Glóbulos Blancos	Frecuencia	Porcentaje
<4.15 x 1000/mm ³	1	1
4.15-11 x 1000/mm ³	103	99
>11 x 1000/mm ³	0	0
Total	104	100
Tipo y RH		
Tipo y Rh	Frecuencia	Porcentaje
O-	6	5.8
O+	75	72.1
A+	18	17.3
AB+	3	2.9
B+	2	1.9
Total	104	100

Los exámenes complementarios que se realizaron a pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional al 100% se envió BHC los cuales en 104 pacientes (100%) el conteo de plaquetas fue normal (Figura 17 en Anexo 3), solamente 2 pacientes (1.9%) presentaron hemoglobina con valores entre 9 y 11mg/dl y en 102 pacientes (98.1%) los niveles fueron normales (Figura 18 en

Anexo 3); el nivel de glóbulos blancos en 103 pacientes (99%) fue normal (Figura 19 en Anexo 3). Se realizó tipo y Rh a pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en 75 de ellas (72.1%) fue O+, 18 pacientes (17.3%) era del grupo A+ y solamente 6 pacientes (5.8%) del grupo O- (Figura 22 en Anexo 3).

Tabla 8. Resultados de biopsia en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

Resultado de Biopsia	Frecuencia	Porcentaje
Mola Completa	51	49
Mola Incompleta	47	45.2
Coriocarcinoma	6	5.8
Total	104	100

Al 100% de la población estudiada se le realizó biopsia de estas se encontró que en 51 pacientes (49%) fue mola completa, seguido de 47 pacientes (45.2%) presentaron mola incompleta y 6 pacientes restantes (5%) coriocarcinoma (Figura 24 en Anexo 3).

3. Manejo terapéutico y el seguimiento brindado a cada una de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional.

Tabla 9. Número de AMEU que se realizaron a pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

N° de AMEU	Frecuencia	Porcentaje
Uno	96	92.3
Dos	5	4.8
Tres o mas	3	2.9
Total	104	100

En cuanto a la evacuación del contenido uterino al 100% de las pacientes se le realizó AMEU, de estos a 96 pacientes (92.3%) se le realizó solamente un AMEU, a 5 pacientes (4.8%) dos repeticiones y 3 o más AMEU a 3 pacientes (3%) de la población en estudio (Figura 25 en Anexo 3).

Tabla 10. Método anticonceptivo post evacuación de cavidad uterina en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

Método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
Medroxiprogesterona	99	95.2
Preservativo	5	4.8
Ninguno	0	0
Total	104	100

De los métodos anticonceptivos, a 99 pacientes (95.2%) se les administró acetato de Medroxiprogesterona y a las 5 restantes (4.8%) el método de planificación elegido fue el preservativo (Figura 28 en Anexo 3).

Tabla 11. Cuantificación de BhCG post evacuación de cavidad uterina en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

Cuantificación de BhCG	Frecuencia	Porcentaje
No se envió	104	100
< 5.000 UI/L	0	0
5.000 - 20.000 UI/L	0	0
21.000 – 50.000 UI/L	0	0
51.000 – 100.000 UI/L	0	0
≥ 100.000, pero ≤ 300.000 UI/L	0	0
≥ 300.000 UI/L	0	0
Total	104	100

A ninguna de las pacientes se les envió cuantificación post evacuación de BhCG ni los controles posteriores correspondientes.

Tabla 12. Relación entre edad Gestacional de las pacientes ingresadas en el servicio de obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica Gestacional al momento del diagnóstico y el resultado obtenido por biopsia.

	Menor de 12 SG		12 1/7-20 SG		Mayor de 20 1/7	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Mola completa	1	33.3%	48	50%	2	40%
Mola incompleta	1	33.3%	43	44.8%	3	60%
Coriocarcinoma	1	33.3%	5	5.2%	0	0%
TOTAL	3	100%	96	100%	5	100%

El resultado de Biopsia en relación a la edad gestacional se encontró que el diagnóstico en pacientes con menos de 12 semanas fueron 3 pacientes (2.9%) de los cuales 1 paciente (33.3%) fue mola completa, 1 paciente presentó mola completa (33.3%) y 1 (33.3%) fue coriocarcinoma; entre las semanas 12 y 20 de gestación se diagnosticaron 96 pacientes (92.3%) dentro de las cuales 48 pacientes (50%) corresponde para mola completa, 43 pacientes (44.8%) y solamente 5 (5.2%) presentaron coriocarcinoma; y mayor de las 20 1/7 se diagnosticaron a 5 pacientes (4.8%) el 40% de estas para completa y el 60% mola incompleta (Figura 30 en Anexo 3).

Tabla 13. Relación entre edad de las pacientes ingresadas en el servicio de obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica Gestacional al momento del diagnóstico y el resultado obtenido por biopsia.

		Biopsia			
		Mola Completa	Mola Incompleta	Coriocarcinoma	
Edad	10-14	Frecuencia	8	3	0
		Porcentaje	72.7%	27.3%	0.0%
	15-19	Frecuencia	13	17	0
		Porcentaje	43.3%	56.7%	0.0%
	20-34	Frecuencia	22	19	0
		Porcentaje	53.7%	46.3%	0.0%
	35-39	Frecuencia	8	6	2
		Porcentaje	50.0%	37.5%	12.5%
	mayor 40	Frecuencia	0	2	4
		Porcentaje	0.0%	33.3%	66.7%
Total		Frecuencia	51	47	6
		Porcentaje	49.0%	45.2%	5.8%

La presentación del tipo de mola en relación con la edad de las pacientes se encontró que entre los 10 y 14 años el 72.7% corresponde a mola completa y el 27.3% para mola incompleta; de 15-19 años el 43.3% presentaron mola completa y el 56.7% mola incompleta; las pacientes entre 35 y 39 años el 50% presentaron mola completa, el 37.5% mola incompleta y el 12.5% coriocarcinoma; en pacientes mayores de 40 años el 33.3% corresponde a mola incompleta y el 66.7% coriocarcinoma. Las pacientes con resultados de biopsia 11 pacientes tenían antecedentes de 1 embarazo molar, 5 pacientes tenían antecedentes de 2 embarazo molar y 88 pacientes no tenían antecedentes de un embarazo molar (Figura 32 en Anexo3).

6.2. Discusión de los resultados

En el Hospital Victoria Motta de Jinotega hay una alta incidencia de embarazo molar en relación a los demás departamentos (Martínez & Calero, 2017). El 39% de las pacientes ingresadas con embarazo molar oscilaban entre las edades de 20 a 34 años, seguidas por el 28.5% de adolescentes y solamente el 5% de pacientes eran mayores de 40 años de edad, esto no se corresponde con la bibliografía encontrada como se puede ver, hay múltiples estudios con variantes en los rangos de edades más frecuentes, en 2012 una investigación realizada igualmente en el Hospital Victoria Motta en el cual la edad predominante era de 15 a 20 años, seguido de mayores de 35 y según la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) los embarazos molares tienen mayor incidencia en aquellas pacientes que se presentan en los extremos de la edad, antes de los 16 y después de los 45 años, es un factor de riesgo bien establecido para el desarrollo de la enfermedad trofoblástica gestacional.

El riesgo aumenta después de los 35 años, con un incremento dramático (de 5 a 10 veces mayor) en pacientes que conciben después de los 40 años, debido a las aberraciones genéticas en las células germinales maternas que se presentan con la edad (Zarif Zetuna, 2019), sin embargo, un estudio realizado en el Hospital Oscar Danilo Rosales 2017 coincide con los hallazgos de la presente investigación donde el grupo etario de más frecuencia es de 20 a 34 años (Martínez & Calero, 2017).

La mayoría de las pacientes fueron procedentes del municipio de Jinotega el 34% y el restante de los otros 9 municipios, 37.5% su escolaridad era primaria incompleta. Estos datos coinciden con la literatura internacional y un estudio realizado en el Hospital Oscar Danilo Rosales (2017) coincidiendo con escolaridad primaria, aquí se puede observar que esta variable es factor de riesgo y se relacionan con desinformación y el bajo nivel socioeconómico que se asocia a déficit dietético, aunque los efectos de la dieta sobre la incidencia de la enfermedad trofoblástica gestacional son controversiales (Bianconi, Riegé, Bayo, Clelia, & Goldsman, 2016). Múltiples estudios controlados han sugerido una relación causal entre la mola hidatiforme completa y bajo consumo de grasa de origen animal y beta caroteno (Zarif Zetuna, 2019).

Según los antecedentes Gineco-obstétricos el 42% eran primigestas, el 57% del total de pacientes presentó partos a término previos, el 18% de estas pacientes tenían antecedentes de abortos previos; aunque según la FLASOG el impacto de la paridad y el antecedente de aborto sobre la enfermedad trofoblástica gestacional no está claro (Zarif Zetuna, 2019). El 15% presentó antecedente de embarazo molar, lo cual confiere un 1.8% de aumento en el riesgo que es cerca de 20 veces más que el riesgo en la población general según la literatura encontrada; sin embargo, la normativa actualizada del Ministerio de Salud refiere que existe hasta un 50% más riesgo en estas pacientes de desarrollar nuevamente patología trofoblástica (Ministerio de Salud, 2018).

Únicamente un 5% de todas las pacientes presentaban antecedentes de embarazo ectópico, lo que se corresponde con el protocolo de complicaciones obstétricas del MINSA donde se evidencia dentro de los factores de riesgo para el desarrollo de esta patología ya que tienen hasta un 5% en comparación al resto de la población de riesgo de presentar esta condición. (Durón & Bolaños, 2018)

La edad gestacional según las semanas de amenorrea al momento del diagnóstico encontrada más frecuentemente fue entre 12 1/7 y 20 semanas (92.3%) de las cuales el 50% fue mola completa al momento de realizar el diagnóstico histopatológico, lo que corresponde a otros estudios realizados como en la literatura internacional se reporta que la Mola hidatiforme completa se presenta entre las 11 y 25 semanas de gestación (González & Molina, 2012), similar a lo encontrado en estudios recientemente realizados a nivel nacional en el cual se reportó que el 45% de las pacientes tenían entre 16-25 semanas de gestación, los cuales concuerdan con nuestro estudio.

El embarazo molar se puede detectar mediante técnicas de imagen y se debe sospechar a través de la clínica, siendo Gold estándar el estudio histopatológico. En esta investigación el 93% de las pacientes presentaron sangrado transvaginal, siendo el signo más frecuente; altura de fondo uterino aumentada para la edad solamente se encontró en el 4% de las pacientes, del 100% ninguna de ellas desarrolló síndrome hipertensivo gestacional, la hiperémesis gravídica se

presentó en el 13% de pacientes, lo que coincide con la literatura y en diversas actualizaciones sobre patología trofoblástica gestacional quienes refieren que la presentación clínica usual en hasta 46% de los casos de mola completa es el sangrado vaginal, generalmente entre la semana 6-16 de gestación sangrado vaginal, un tamaño uterino grande para la fecha (24%) e hiperémesis (14%); estos datos coinciden con los hallazgos encontrados en 2012 por Molina y González en pacientes con esta misma patología en el Hospital Victoria Motta de Jinotega donde el cuadro clínico predominante se caracterizó por sangrado transvaginal (90.6%) y aumento de tamaño uterino en relación a amenorrea (56.6%) (González & Molina, 2012).

Debido a la mejoría en el diagnóstico temprano durante el primer trimestre con métodos ultrasonográficos, muchas molas se presentarán asintomáticas a la hora de realizar el diagnóstico. Asimismo, complicaciones clínicas tales como la hiperémesis gravídica, la preeclampsia, los síntomas de hipertiroidismo, los tromboembolismos y la presencia de grandes quistes tecaluteínicos, se observan con menor frecuencia en la actualidad (Fernández & Solar Del Valle, 2019) , estas complicaciones no se dieron en ninguna de las pacientes incluidas en el presente estudio.

En cuanto a los métodos diagnósticos el Hemogravindex al 98% de pacientes el resultado fue positivo, igual que el urogravindex; a las pacientes que se realizó ultrasonido, el 97% de ellas presentaba el patrón clásico de imagen en panal de abejas y según la literatura encontrada las características ecográficas de un embarazo molar durante el ultrasonido del primer trimestre son un útero aumentado de tamaño con presencia de masas heterogéneas predominantemente ecogénicas, con múltiples focos hipocóicos, denominada apariencia en “tormenta de nieve” o “panal de abeja” (Zarif Zetuna, 2019); en la literatura internacional se reporta que el ultrasonido es un método diagnóstico muy sensible para la detección del Embarazo Molar Solamente en el 20% de las pacientes se observan quistes tecaluteínicos algo que no concuerda con los hallazgos del presente estudio ya que solamente en 2% del total de pacientes presentaron quistes tecaluteínicos (González & Molina, 2012).

Habitualmente, el diagnóstico de las pacientes con mola completa es clínico, a partir de las características ecográficas y por una concentración alta de hormona gonadotrofina coriónica por lo que es necesario enviar la cuantificación de la misma los niveles de hCG están usualmente elevados en el coriocarcinoma y sólo modestamente elevados o incluso normales en mola incompleta por lo que es necesaria la cuantificación para establecer pronóstico de la enfermedad (Durón & Bolaños, 2018), sin embargo en ninguno de los expedientes de las pacientes incluidas en el estudio se encontraron valores de β -HCG pre-evacuatorios debido a que en la unidad no se cuenta con la cuantificación de la hormona coriónica en sangre, dato que no coincide con los hallazgos obtenidos en el estudio realizado en esta misma unidad donde se evidencia que el 64.2% de los pacientes presentaban cuantificación de esta hormona (González & Molina, 2012).

Los exámenes complementarios que se realizan a pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional al 100% se envió BHC los cuales el 100% el conteo de plaquetas fue normal, el 2% presentó hemoglobina con valores entre 9 y 11mg/dl; el nivel de glóbulos blancos en el 99% de muestras fue normal, el 100% de pacientes no requirió de transfusión de paquete globular, al 100% de la población no se le realizaron las pruebas tiroideas y el seriado óseo se le envió al 90% del total de pacientes de los cuales en todos fue normal, al igual que en un estudio realizado en el Hospital Óscar Danilo Rosales de León en 2017 donde se enviaron todos los exámenes complementarios y según el protocolo de complicaciones obstétricas vigentes se deben realizar para descartar afectación a otros órganos (Martínez & Calero, 2017).

Se realizó tipo y Rh a pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional el 72% fue O+, el 17% era del grupo A+. Aunque según literatura actualizada los grupos sanguíneos ABO o tabaquismo del padre no se han asociado al desarrollo de enfermedad trofoblástica gestacional (Zarif Zetuna, 2019); a todas las pacientes se les envió radiografía de tórax, en el 93% fue normal y el 3% presentó un patrón nodular fino y difuso, esto con el fin de determinar o descartar metástasis a distancia debido a que el sitio de mayor metástasis es a pulmón.

Al 100% de la población estudiada se le realizó biopsia de estas el 49% fue mola completa, seguido de un 46% mola incompleta y el 5% restante coriocarcinoma, lo cual coincide según estudios realizados anteriormente cerca de 18.9% de casos documentados, el diagnóstico que se encontró más frecuentemente fue el de Mola Hidatiforme completa esto coincide con la literatura internacional ya que reporta que la forma más frecuente es la mola completa (González & Molina, 2012)

En cuanto a la evacuación del contenido uterino al 100% de las pacientes se le realizó AMEU, de estos al 92% se le realizó solamente un AMEU, al 5% dos repeticiones y 3 o más al 3% de la población en estudio. No se debe realizar lui en embarazo molar por mayor riesgo de perforación uterina y complicaciones hemorrágicas, según lo recomendado por asociaciones internacionales de obstetricia y por el protocolo de complicaciones obstétricas vigente del Ministerio de Salud, además el curetaje repetido no induce remisión ni influye en el tratamiento, más bien favorece la perforación uterina (Ministerio de Salud, 2018).

En cuanto al seguimiento al 100% de pacientes se les brindó algún método de planificación familiar de estos al 95% se le administró acetato de Medroxiprogesterona y el 5% restante con preservativo; a ninguna de las pacientes se les envió cuantificación post evacuación de BhCG ni los controles posteriores correspondientes, aunque cabe mencionar que es de suma importancia enviar controles seriados de cuantificación de la hormona, los días 1, 7, 14 y 21 pos evacuación y control con normograma para documentar el descenso normal, seguir criterios abajo descritos para referencia oportuna a oncología. Luego del último control pos evacuación normal se recomienda seguimiento mensual por 6 meses con B-HCG o hasta obtener dos ediciones consecutivas negativas, lo cual no se ha cumplido en ninguno de los estudios realizados a nivel nacional al 100% de pacientes (< 5 mIUI/ml) (Ministerio de Salud, 2018).

A demás hay que tener presente que 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, por lo que se debe dar

seguimiento estricto a estas pacientes para detectar a tiempo cualquier complicación o persistencia de esta patología.

La presentación del tipo de mola en relación con la edad de las pacientes se encontró que entre los 10 y 14 años el 72.7% corresponde a mola completa y el 27.3% para mola incompleta; de 15-19 años el 43.3% presentaron mola completa y el 56.7% mola incompleta; las pacientes entre 35 y 39 años el 50% presentaron mola completa, el 37.5% mola incompleta y el 12.5% coriocarcinoma; en pacientes mayores de 40 años el 33.3% corresponde a mola incompleta y el 66.7% coriocarcinoma, lo que se correlaciona con literatura actual de guías internacionales (Durón & Bolaños, 2018).

6.3. Plan de estrategias dirigidas a mejorar el abordaje y seguimiento de las pacientes con Enfermedad Trofoblástica gestacional.

La Enfermedad Trofoblástica Gestacional y su avance en cuanto en el diagnóstico precoz durante el primer trimestre con método ultrasonográficos, muchas molas se presentarán asintomáticas a la hora de realizar el diagnóstico lo que ayuda en mejorar e pronóstico de cada paciente si va de la mano siempre con un adecuado seguimiento dado que de esta forma se detectan casos de persistencia de dicha patología que puede en un futuro llegar a convertirse en neoplasia trofoblástica por lo que se plantean diversas estrategias dirigidas a mejorar principalmente el seguimiento con cuantificación serica de la fracción Beta de la Hormona Gonadotropina Coriónica Humana.

Objetivo	Estrategia	Institución	Responsable
Garantizar disponibilidad de la cuantificación de BhCG en sangre.	Solicitud de prueba de laboratorio a SILAIS Central.	Hospital Victoria Mota SILAIS Jinotega	Personal a cargo del área
Fortalecer referencia y contra referencia de las pacientes entre niveles de atención.	Realizar contra referencia a toda paciente a su egreso a las unidades de primer nivel de atención	Hospital Victoria Mota SILAIS de Municipios	Médico Ginecobstetra Directores Municipales
Verificar asistencia y cumplimiento de las citas y controles dados en segundo nivel de atención	Seguimiento de las pacientes en puesto de salud correspondiente con la verificación correspondiente de asistencia a sus citas en segundo nivel de atención	SILAIS Municipales	Directores de Municipio ESAF

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES

- 7.1. En el Hospital Victoria Motta de Jinotega, la mayoría de las pacientes con diagnóstico de Enfermedad Trofoblástica Gestacional está en el rango de edad de 20 a 34 años, seguido por otra mayoría en edad adolescente; con respecto a la procedencia el 34% es del departamento de Jinotega y de acuerdo al nivel de escolaridad que más se obtuvo fue primaria incompleta un 37%.
- 7.2. Las pacientes que fueron ingresadas en el Hospital Victoria Motta de Jinotega por esta patología, se les realizó el diagnóstico oportuno, tanto por las manifestaciones clínicas como por estudios imagenológicos en la mayoría se reportó el típico patrón en panel de abeja a través de ultrasonido y a todas se les realizó estudio histopatológico en el cual la mayoría reportó mola incompleta; a todas las pacientes se les realizó los estudios complementarios al momento de su ingreso excepto la cuantificación de β -HCG la cual es uno de los principales estudios establecidos según normativa de complicaciones obstétricas para determinar el pronóstico.
- 7.3. El manejo brindado a las pacientes consistió en la realización de AMEU, sin embargo, no tienen un seguimiento adecuado ya que no se les envía cuantificación de β -HCG sérica pos evacuación según días establecidos por protocolo nacional y guías internacionales, lo que constituye una parte fundamental para el tratamiento que se dará a cada paciente de persistir con niveles altos de esta.

7.1. Recomendaciones

- 7.1.1 Las pacientes que presentan Enfermedad Trofoblástica Gestacional necesitan controles seriados de cuantificación de β -HCG con el fin de descartar persistencia de la enfermedad o su evolución a neoplasia, por lo tanto, se deben solicitar los medios para la realización de esta prueba en el área de laboratorio del Hospital Victoria Motta.
- 7.1.2 Fortalecer el sistema de referencia y contra referencia de estas pacientes desde la unidad de II y III nivel de atención al MOSAFC correspondiente para de esta manera garantizar adecuado seguimiento por personal de salud.
- 7.1.3 A todas las pacientes con Enfermedad Trofoblástica Gestacional se deberá garantizar todos los estudios de extensión como serie ósea y radiografía de tórax para descartar metástasis a otros órganos.
- 7.1.4 Todas las pacientes deberán recibir adecuada información de parte del personal de salud sobre esta patología y consejería sobre planificación familiar y los métodos disponibles para evitar embarazos con período intergenésicos cortos.

Bibliografía

1. Acosta, A., González, J., & Arana, M. (2013). Paciente asintomática con mola hidatidiforme parcial, preeclampsia e hipertiroidismo. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Revista Médica MD*, 4(4), 301-304. Recuperado el 28 de Diciembre de 2018, de http://www.revistamedicamd.com/sites/default/files/revistas/rep_de_caso_mola_hidatiforme_rev_med_md_2013.pdf
2. Almeida, L., Sousa, E., Cavalcante, D., Feitosa, F., & Coelho, R. (2019). Mola hidatiforme parcial y completa: características clínicas e histológicas. *Revista de Medicina da UFC*, 4(59), 46-50.
3. Arévalo, E., Vizcaíno, A., Vizoso, M., & Sotelo, R. (2014). Embarazo ectópico molar tubárico: a propósito de un caso clínico. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 102-105.
4. Ayala, R., Briones, C., & Anaya, H. L. (2012). Diagnóstico de embarazo molar por histeroscopia. *Revista Mexicana de Ginecología y obstetricia*, 8, 540-544. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom128h.pdf>
5. Bianconi, M., Riegé, M., Bayo, J., Clelia, V., & Goldsman, M. (Junio de 2016). Enfermedad Trofoblástica Gestacional. *Revista de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia*, 15(1), 5-15. Recuperado el 26 de Diciembre de 2018, de <http://www.fasgo.org.ar/images/1-2016.pdf>
6. CODENI. (21 de Julio de 2017). *Federación Coordinadora Nicaragüense de ONG que Trabaja con la Niñez y la Adolescencia*. Obtenido de <http://www.codeni.org.ni/proteccion-especial/embarazos-en-adolescentes/embarazos-en-adolescentes/>
7. De León fajardo, J. C. (2015). *Incidencia de enfermedad del trofoblasto gestacional: estudio histopatológico del primer y segundo trimestre del embarazo*. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala.
8. Disaia, P., Creasman, W., McMeekin, S., & Mutch, D. (2018). *Oncología Ginecológica Clínica* (Novena ed.). Barcelona, España: Elsevier. Recuperado el 7 de Enero de 2019, de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=_L5dDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA163&dq=enfermedad+trofoblastica+gestacional&ots=cRKB2BLuCh&sig=iMPfOsoDuB0xdGAG9qdd926cpnU#v=onepage&q&f=false
9. Durón, R., & Bolaños, P. (Marzo de 2018). Gestacional Trophoblastic Disease. *Medicina Legal de Costa Rica edición Virtual*, 35(1), 1-11. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152018000100030&script=sci_arttext&tlng=pt
10. Espeleta, J., & López, A. (2002). Enfermedad Trofoblástica Gestacional: aspectos clínicos y morfológicos. *Revista Española de Patología*, 35(2), 187-200. Recuperado el

30 de Noviembre de 2018, de <http://www.patologia.es/volumen35/vol35-num2/35-2n07.htm>

11. Espinoza, A., Fernández, R., & Solar, T. (5 de Mayo de 2019). Actualización en patología trofoblástica gestacional. *Revista médica Sinergia*, 4(5), 44-59. doi:10.31434/193
12. Espinoza, A., Fernández, R., & Solar, T. (mayo de 2019). Actualización en patología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias. *Revista Médica Sinergia*, 4(5), 44-59. doi:<https://doi.org/10.31434/rms.v4i5.193>
13. Fagnoni, J. (2015). Enfermedad Trofoblástica Gestacional: Diagnóstico y Tratamiento. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*, 53(3), 36-50. Recuperado el 14 de Enero de 2019, de http://www.sguruguay.org/img/noticias/AGO%2053_3%20web.pdf#page=36
14. Fernández, R., & Solar Del Valle, T. (2019). Actualización en petología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias. *Revista Médica Sinergia*, 44-59.
15. González, J., & Molina, M. (2012). *Perfil epidemiológico y abordaje clínico y terapéutico de la Enfermedad Trofoblástica Gestaciona. Hospital Victoria Motta. Jinotega. Enero 2008- Diciembre 2011*. Managua: UAM.
16. Guzmán, A., & Lazo, J. (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*. Cuenca, Ecuador: Universidad de La Cuenca.
17. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodologías de la Investigación* (Quinta Edición ed.). Mexico, Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
18. Hernández-Flores SE, V.-M. M.-C.-R. (junio de 2016). Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional en un hospital general. *Ginecol Obstet Mex*, 1-2. Recuperado el 20 de Agosto de 2018, de www.ginecologiayobstetriciademexico.com
19. Hextan, N., Seckl, M., Berkowitz, R., Xiang, Y., Golfier, F., Sekharan, P., . . . Massuger, L. (11 de Octubre de 2018). Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 143, 79-85. doi:10.1002/ijgo.12615
20. Huanca, J., Aranzabal, G., & Chanduví, w. (2020). Factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Hipólito Unánue durante el período de enero del 2014 a diciembre del 2018. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 64-69.
21. Imef, S. (19 de Marzo de 2019). *Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de San Antonio de Abad del Cusco*. Obtenido de http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/UNSAAC/4017/253T20190204_T C.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Instituto Vasco de Estadística. (29 de Noviembre de 2019). *EUSTAT*. Obtenido de https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_16/elem_1488/definicion.html

23. Jiménez, P. (2016). Enfermedad Trofoblástica Gestacional. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 173-178.
24. Lay, L. (2014). Enfermedad Trofoblástica Gestacional. *Guía de Práctica Clínica de Ginecología*(10), 1-17. Obtenido de http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/GPC%202008/Ginecologia/Gin-10%20Enfermedad%20Trofobl%C3%A1stica%20Gestacional_v1-14.pdf
25. Martínez, L., & Calero, S. (2017). *CARACTERISTICAS CLINICAS, 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*. León: UNAN.
26. Martinez, M. L. (2017). *CARACTERISTICAS CLINICAS, MANEJO Y SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON MOLA HIDATIFORME INGRESADA EN EL SERVICIO DE ARO I, HEODRA EN EL PERIODO DE ENERO 2013 A MAYO 201*. Leon .
27. Meza, J. (2012). *Manejo clínico, terapéutico de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes atendidas en el departamento de Ginecología en la sala de ARO I en HEODRA en junio de 2012*. León.
28. Ministerio de Salud. (2018). *Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas*. Ministerio de Salud. Managua: MINSA. Recuperado el 2020
29. Mitchel, R., Kumar, V., Abbas, A., & Fausto, N. (2007). *Compendio de Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional* (Séptima ed.). Madrid, España: Elsevier.
30. Mora, P., Nogueira, A., Amin, J., Rezende, J., Seckl, M., & Braga, A. (2019). Challenges in the diagnosis and treatment of gestational trophoblastic neoplasia worldwide. *World Journal of Clinical Oncology*, 28-37.
31. Munguía Argueñal, I. (28 de Febrero de 2018). Nicaragua sigue con la segunda tasa más alta de embarazos en adolescentes en América Latina. *La Prensa*, pág. 6. Obtenido de <https://www.laprensa.com.ni/2018/02/28/nacionales/2384059-nicaragua-embarazos-en-adolescentes>
32. Ngan, H., Seckl, M., Berkowitz, R., Xiang, Y., Golfier, F., Lurain, J., & Massuger, L. (Octubre de 2018). Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 79-85. doi:10.1002
33. Ochoa, R. M., Ostaiza, I., & Larrea, F. (2020). Multiparidad como factor de riesgo para enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Maternidad Matilde Hidalgo de Procel. Análisis de un caso. *Anatomía Digital*, 56-70. doi:10.33262
34. Oficina General de Tecnologías de la Información. (21 de Noviembre de 2016). *Ministerio de Salud de Perú*. Obtenido de ftp://ftp.minsa.gob.pe/oei/Sistema_Integrado_de_Egresos_y_Emergencias/Sistema%20SEEM_2016/0_Guia%20de%20uso/04_Manual%20Critica%20Egresos_2016.pdf.

35. Orozco, J. V. (Mayo de 2019). *Caracterización Clínico–Epidemiológica de pacientes con diagnóstico de mola hidatiforme atendidas en Hospital Nacional de San Marcos durante el período 2011 - 2015*. (U. M. Guatemala, Editor) Recuperado el 12 de Enero de 2020, de <https://glifos.umg.edu.gt/digital/48568.pdf>
36. Pascal, R., Miró, E., Muñoz, M., & Palacios, M. (30 de Mayo de 2019). Protocolo: manejo de la mola hidatiforme. *Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona*, 1-7.
37. Pineda, E. B., Alvarado, E. L., & Canales, F. H. (1994). *Metodología de la Investigación; Manual para el desarrollo de la salud*. (segunda edición ed.). Washington, D.C.: organización Panamericana de la Salud.
38. Priyanka, K. J. (2016). ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXII*, 173-178. Recuperado el 12 de Julio de 2018
39. Riegé, M., López, P., Bianconi, M., Bayo, J., Costa, J., Vico, C., & Goldsman, M. (23 de Marzo de 2016). *FASGO*. Obtenido de http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/CONSENSO_FASGO_ETG.pdf
40. Rodríguez, L. (2018). *Características clínico- epidemiológicas y factores de riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2005-2015*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
41. Ross S Berkowitz, M. S. (3 de junio de 2020). *UPTODATE*. Obtenido de https://www-uptodate-com.pbidi.unam.mx:https://www-uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/hydattidiform-mole-treatment-and-follow-up?search=enfermedada%20trofoblastica%20gestacional&source=search_result&selectedTitle=7~73&usage_type=default&display_rank=7
42. VASQUEZ, C. P. (2018). *FACTORES DE RIESGO, DEL EMBARAZO MOLAR EN EL HOSPITAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR*. Trabajo de Titulación , Facultad de ciencias Medicas , Ecuador.
43. Velásquez, N. (2014). La hormona gonadotrofina coriónica humana. Una molécula ubicua y versátil. *Revista de Ginecología y obstetricia de Venezuela*, 74(2), 122-133. Obtenido de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000200006
44. Zarif Zetuna, J. (2019). Enfermedad Trofoblástica Gestacional. *Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia*, 38-47.

Anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de información



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Instrumento de recolección de datos

Abordaje clínico de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Victoria Motta de Jinotega, en el período de enero de 2015 a diciembre de 2019.

Expediente:

I. Datos de generales

Edad: 15-19 ___ 20-34 ___ 35-39 ___ Mayor de 40 años ___

Procedencia: Jinotega ___ Yalí ___ San Rafael del Norte ___ El Cuá ___ Bocay ___

Alto Wanki ___ Pantasma ___ Wiwilí ___

Nivel educativo: Iltrado: ___ Primaria incompleta ___ Primaria completa ___ Secundaria completa ___ secundaria Incompleta ___ Universidad ___

Ocupación: Ama de casa ___ Estudiante ___ Agricultora ___ Maestra ___ Otros ___

Antecedentes Ginecobstétricos:

Gestas: Primigesta ___ Bigesta ___ Trigesta ___ Múltigesta ___ Gran-Múltigesta ___

Edad gestacional: Menor de 12SG ___ Entre 12 1/7 y 20SG ___ mayor de 20 1/7 SG ___

Parto de término previo : Sí ___ No ___

Abortos previos: Ninguno ___ Uno ___ Dos ___ Tres o más ___

Embarazo Molar previo: Ninguno ___ Uno ___ Dos ___ Tres o más ___

Embarazo ectópico previo: Ninguno__ Uno__ Dos__ Tres o más__

Manifestaciones clínicas

1. **Hemorragia uterina anormal** si_ No__
2. **Crecimiento uterino mayor al esperado por edad gestacional**
Entre P10 y P90__ Por encima P90__ Por debajo P10__
3. **Ausencia de frecuencia cardíaca fetal** Si__ No__
4. **Hiperémesis gravídica** Si__ No__
5. **Hipertensión gestacional en las primeras 20 semanas de gestación**

Ninguno__ Pre eclampsia__ HTA crónica__ HTA crónica con pre eclampsia agregada__ Hipertensión gestacional__ Eclampsia__

Medios Auxiliares

1. **Hemogravidex:** Negativa: __ Positiva__
2. **USG Pélvico y Abdominal:** No se envió: __ Patrón en Panal: __ Quistes tecaluteínicos: __ Imágenes Hiperecoicas del Miometrio: __
3. **Niveles de βhCG en sangre:** Gravindex (-) Gravindex (+)
< 5.000 UI/L__ 5.000 - 20.000 UI/L__ 21.000 – 50.000 UI/L__ 51.000 – 100.000 UI/L__ ≥ 100.000, pero ≤ 300.000 UI/L__ ≥ 300.000 UI/L__ No se envió__
4. **Niveles de βhCG en orina de 24 horas:** Gravindex (-) Gravindex (+)
< 5.000 UI/L__ 5.000 - 20.000 UI/L__ 21.000 – 50.000 UI/L__ 51.000 – 100.000 UI/L__ ≥ 100.000, pero ≤ 300.000 UI/L__ ≥ 300.000 UI/L__ No se envió__

BHC: Plaquetas <150,000__ 150,000-45,0000__ >450,000__

G. Blancos <4.15 x 1000/mm³__ 4.15-11 x 1000/mm³__ >11 x 1000/mm³__

Hemoglobina >12 mg/dl__ 11-9mg/dl__ <7mg/dl__

Tipo y Rh: O⁻__ O+__ A+__ AB__ B+__

Radiografía de tórax: Radiografía normal__ Patrón nodular fino y difuso__

Serie Ósea: Sin Alteraciones__ Lesiones Oseas líticas__

Perfil Tiroideo: No se envió: __ Normal__ Alterado__

Abordaje terapéutico

AMEU: Uno__ Dos__ Tres o más__

Transfusión de paquete Globular: 1 paquete__ 2 paquete__ 3 paquete__ Transfusión masiva__
Ninguno__

Biopsia: Mola Completa__ Mola Parcial__ Coriocarcinoma__ Tumor sitio placentario__
Mola invasora__

Seguimiento de enfermedad trofoblástica gestacional

β hGC días 1__ 7__ 14__ 21__ Ningún control__

<100,000 mUI-10.000 mUI __ <10,000 mUI – 1000 mUI__ 100 mUI__ <100 mUI-5 mUI__
Negativa__

Planificación Familiar: Medroxiprogesterona__ Gestágenos Orales__ Preservativo__

Anexo 2. Grupo de Expertos. Pre-realización de Monografía

La mola hidatiforme (HM) pertenece a un grupo de enfermedades que se desarrollan a partir de la proliferación anormal del trofoblasto y se clasifican como enfermedad trofoblástica gestacional (GTD). Los dos tipos distintos de HM, tienen diferentes cariotipos, histopatología macroscópica y microscópica, presentaciones clínicas y pronósticos. La gestión es similar, pero con algunas diferencias.

El tratamiento implica la extirpación quirúrgica del embarazo molar seguida de vigilancia de los niveles seriados de gonadotropina coriónica humana para confirmar la resolución de la enfermedad o para identificar el desarrollo de neoplasia trofoblástica gestacional. Aunque la GTN es la forma invasiva o metastásica de la GTD, tiene una excelente tasa de curación con quimioterapia ^{¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.}.

El siguiente cuestionario está dirigido a médicos especialistas de Ginecobstetricia para determinar su opinión sobre su experiencia del abordaje de la enfermedad trofoblástica gestacional.

1. ¿cuál es su experiencia de la incidencia de ingresos de ETG del Hospital en el que labora en relación a los demás departamentos?
2. ¿Cuál es método diagnóstico de las pacientes con ETG que ingresan al Hospital en el que labora actualmente?
3. ¿El manejo de las pacientes con ETG ha cambiado en relación a los años en la que no existía una normativa con dicho tema?
4. Una vez que las pacientes se les brinda su alta, ¿cuál es su indicación para dar un seguimiento adecuado de las pacientes?
5. Si en su unidad de salud, no existe la cuantificación de Niveles de β hCG en sangre, cuál sería el método de segunda opción con el cual usted cuenta; ¿es confiable?

Grupo de Expertos. Post-realización de Monografía

1. ¿Cuál es su experiencia sobre las complicaciones graves de la enfermedad trofoblástica gestacional?

En nuestra normativa no se explica mucho sobre las complicaciones de esta enfermedad, sin embargo, en nuestra experiencia clínica hemos tenido casos con tirotoxicosis asociado a un embarazo molar, con datos clínicos y de laboratorio que correlacionaban dicho diagnóstico, la cual se dio un manejo multidisciplinario, siendo referida a un tercer nivel de atención con un mal pronóstico.

Según las literaturas altos niveles de HCG generan la estimulación tiroidea con la supresión de la liberación del TSH hipofisiario. Las concentraciones séricas por encima de 200,000UI/ml demostraron suprimir el TSH menor o igual 0.2 en un 67% de los casos, y los niveles superiores a 400,000UI/ml promovieron la supresión en un 100% de los casos.

Anexo 3: Figuras

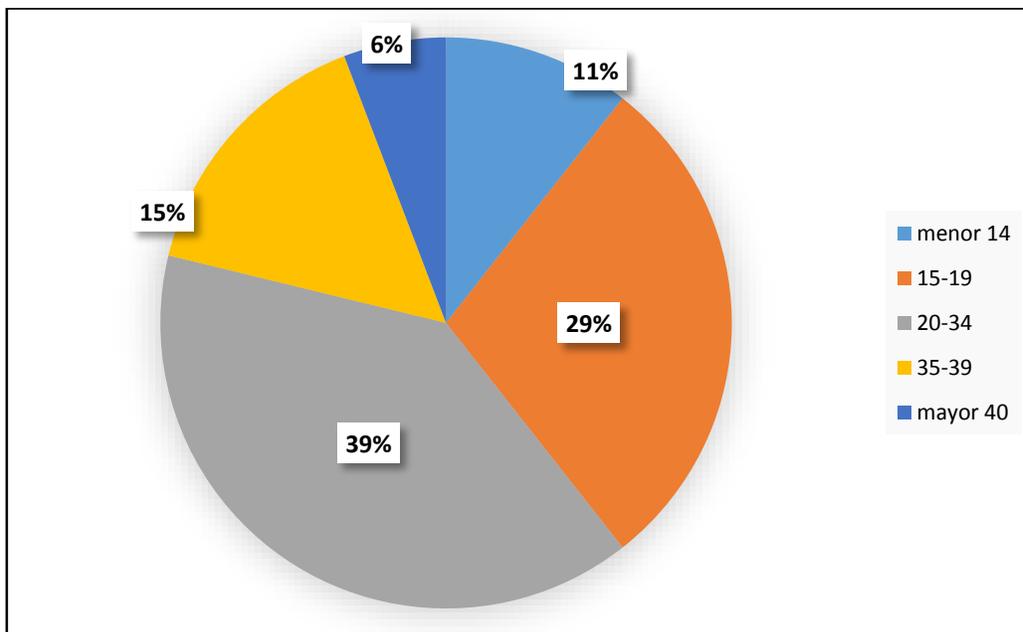


Figura 1. Distribución de rangos de edades de mujeres ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

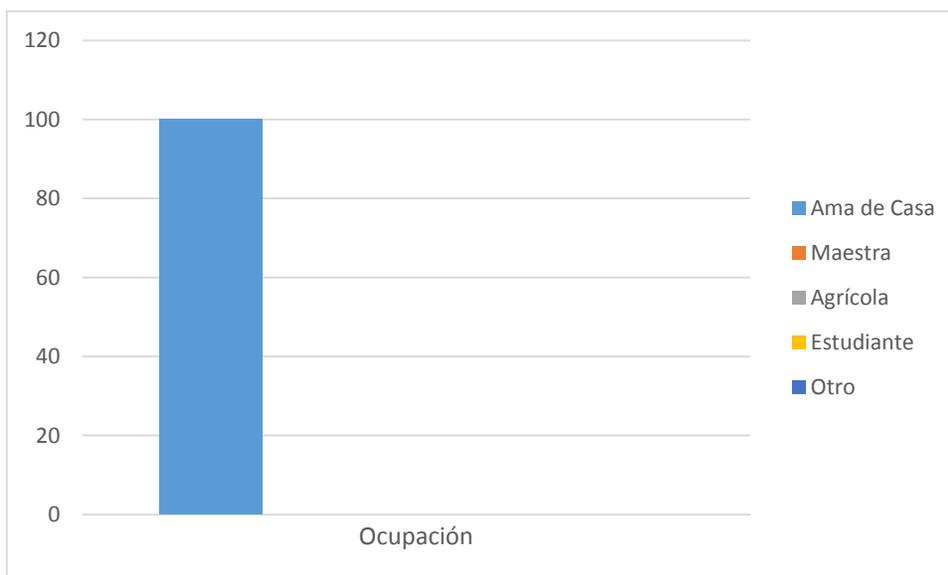


Figura 2. Ocupación de pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

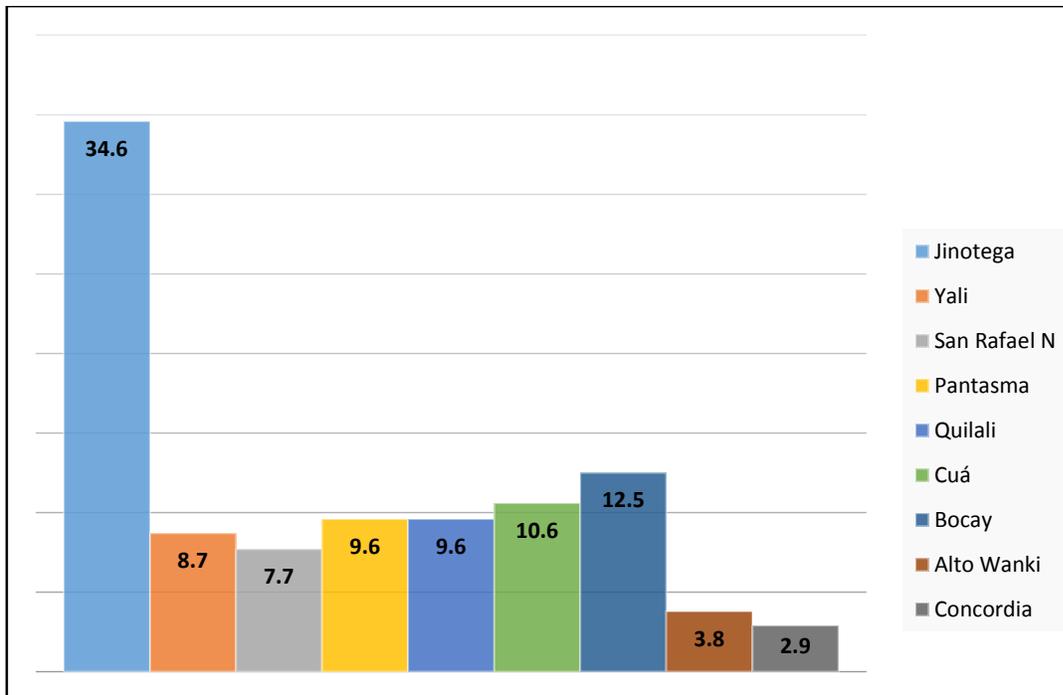


Figura 3. Procedencia de pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

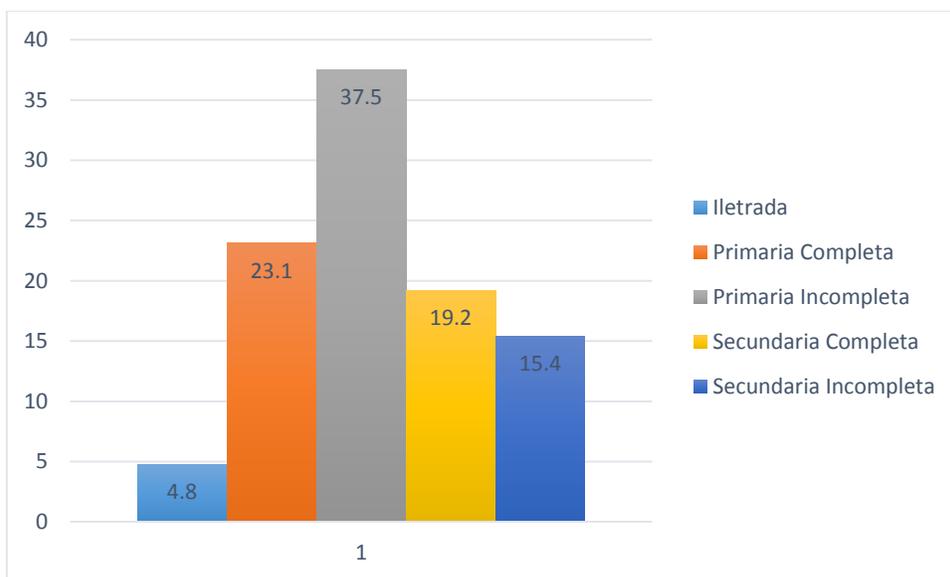


Figura 4. Nivel académico de pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

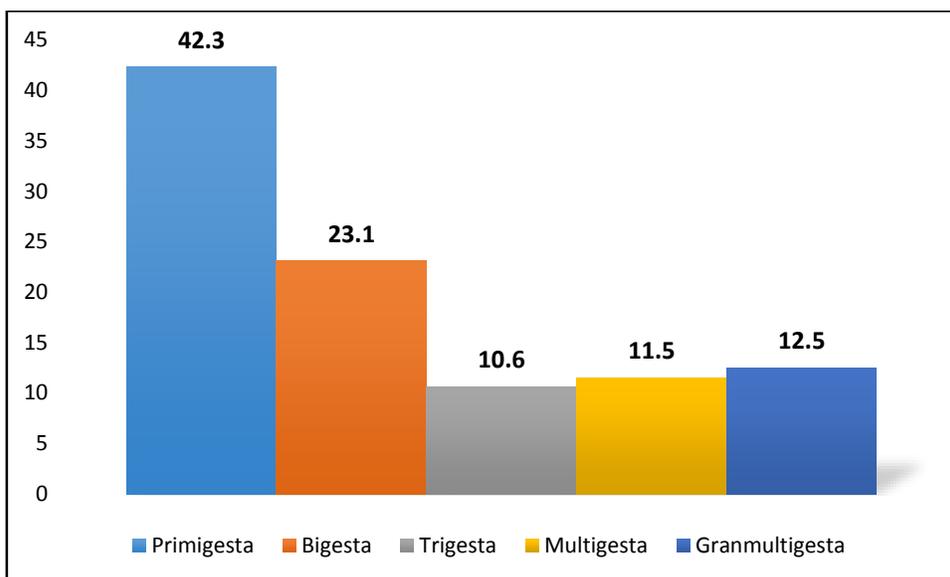


Figura 5. Gestas de pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

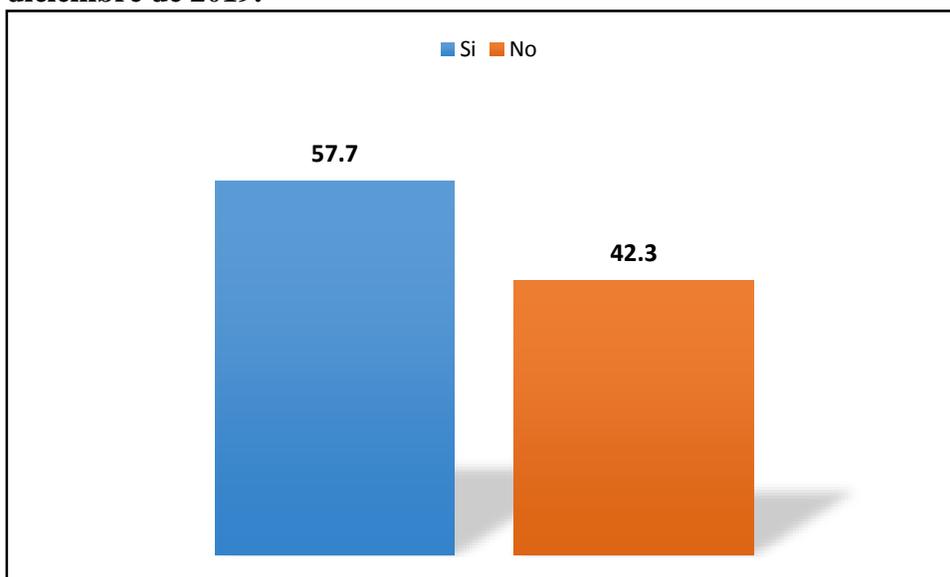


Figura 6. Partos a término previo de pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

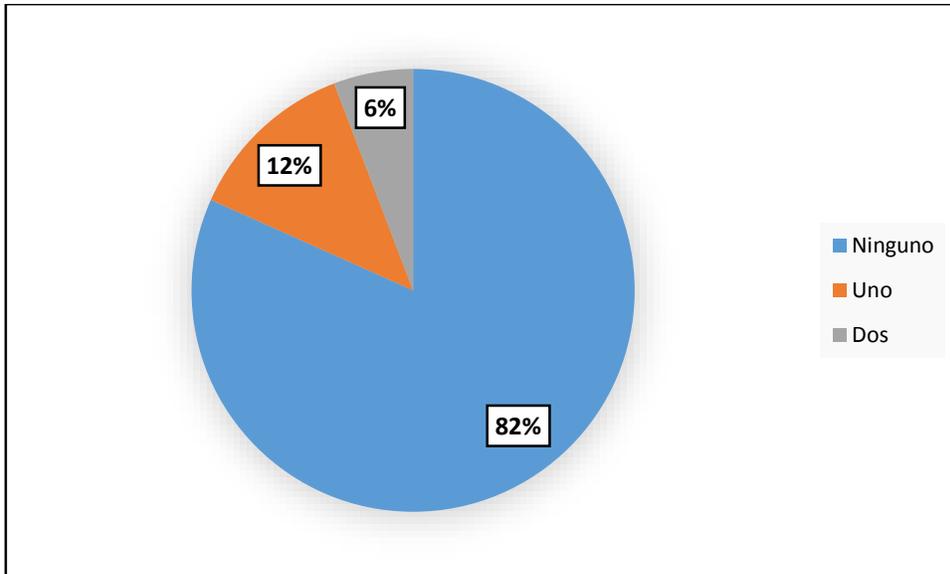


Figura 7. Abortos previos de pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

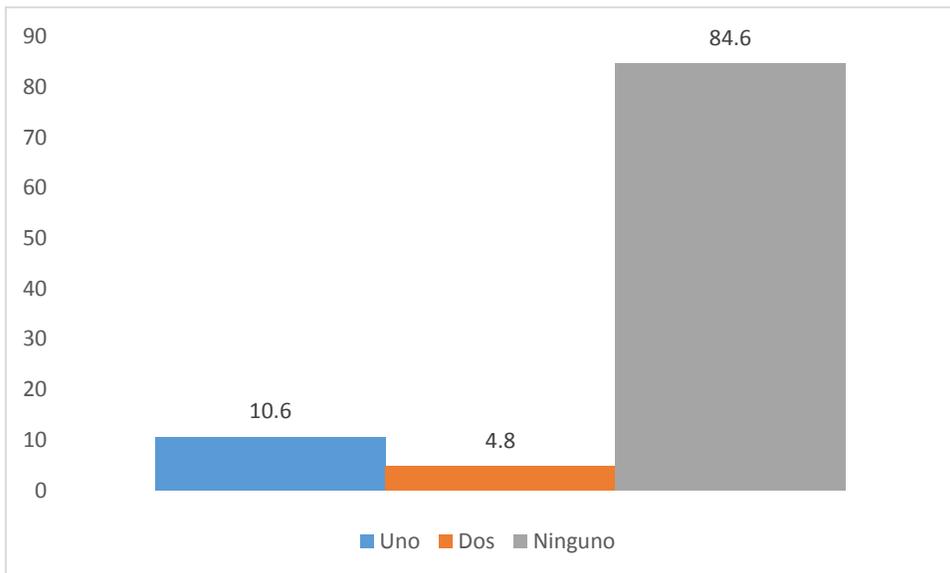


Figura 8. Embarazo molar previo de pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

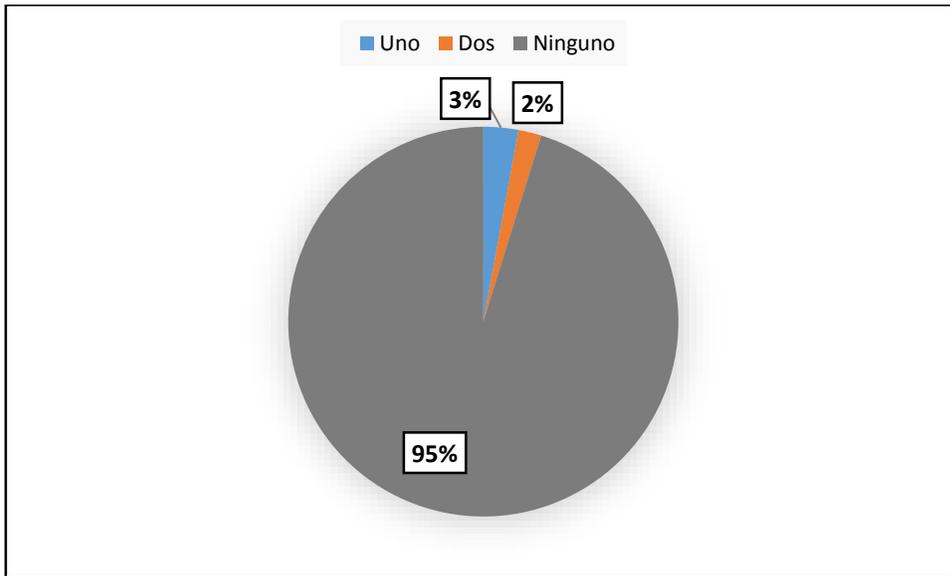


Figura 9. Embarazo ectópico previo de pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

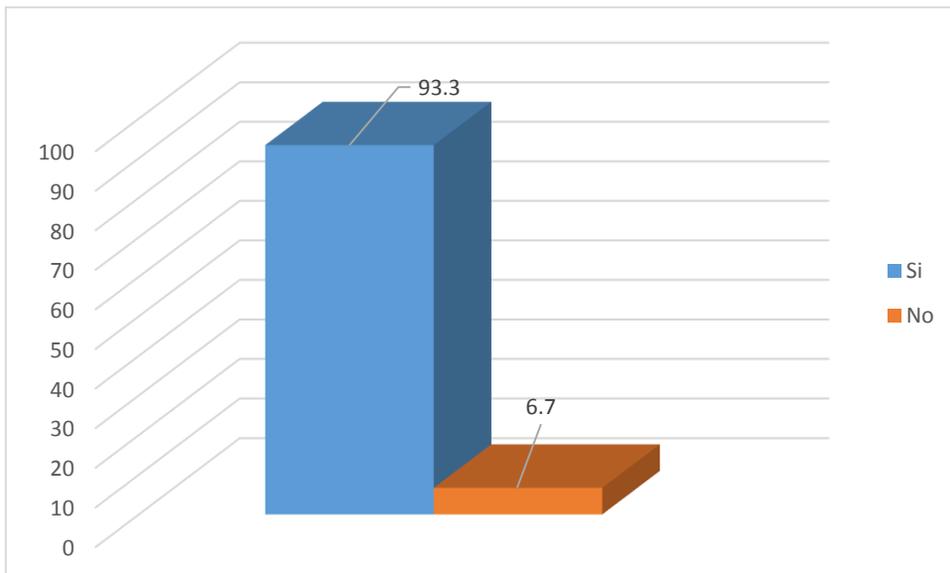


Figura 10. Sangrado vaginal presente en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

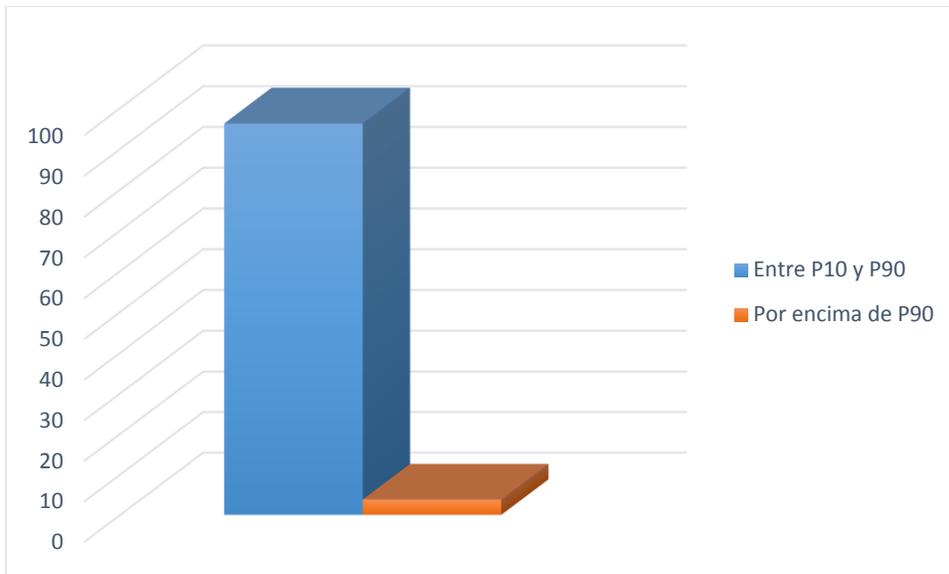


Figura 11. Altura de fondo uterino en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

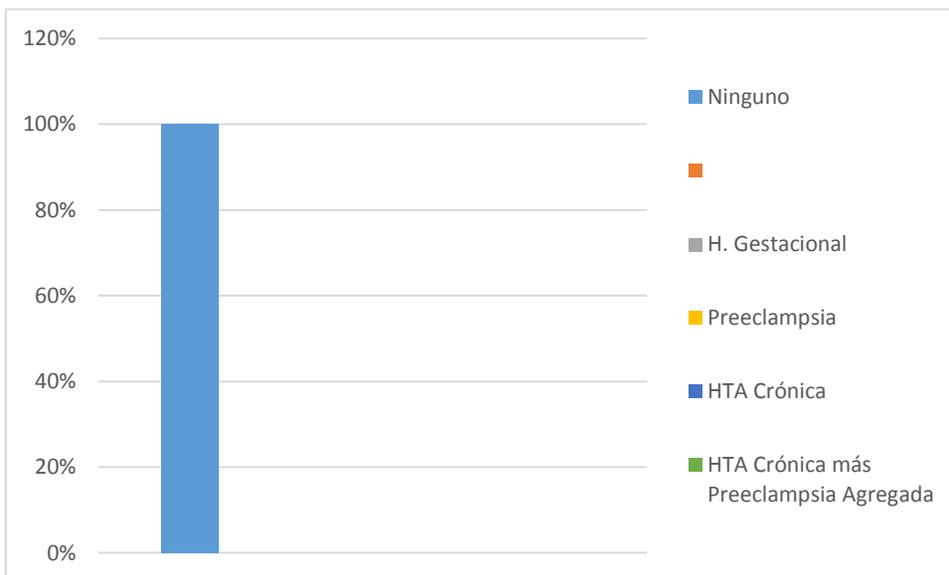


Figura 12. Síndrome hipertensivo gestacional en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

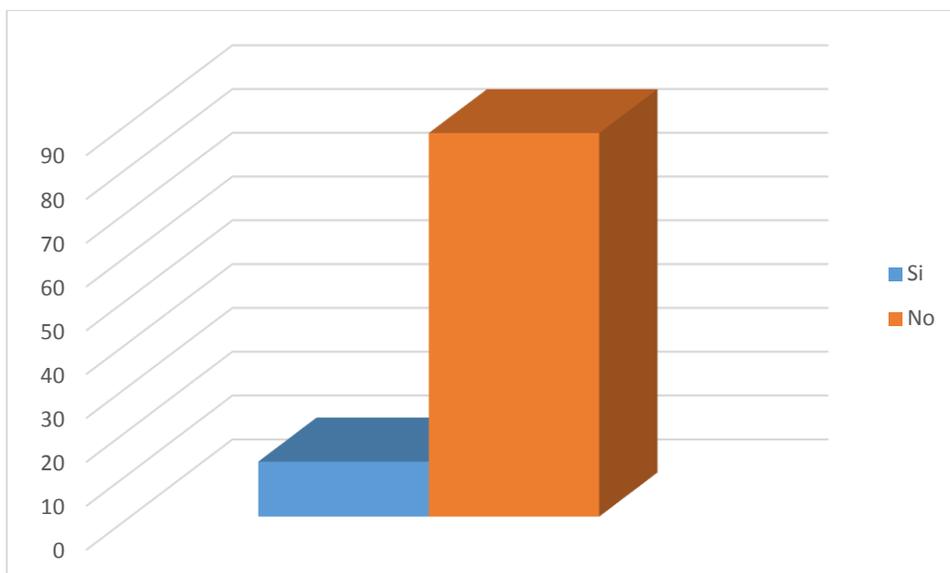


Figura 13. Hiperémesis gravídica en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

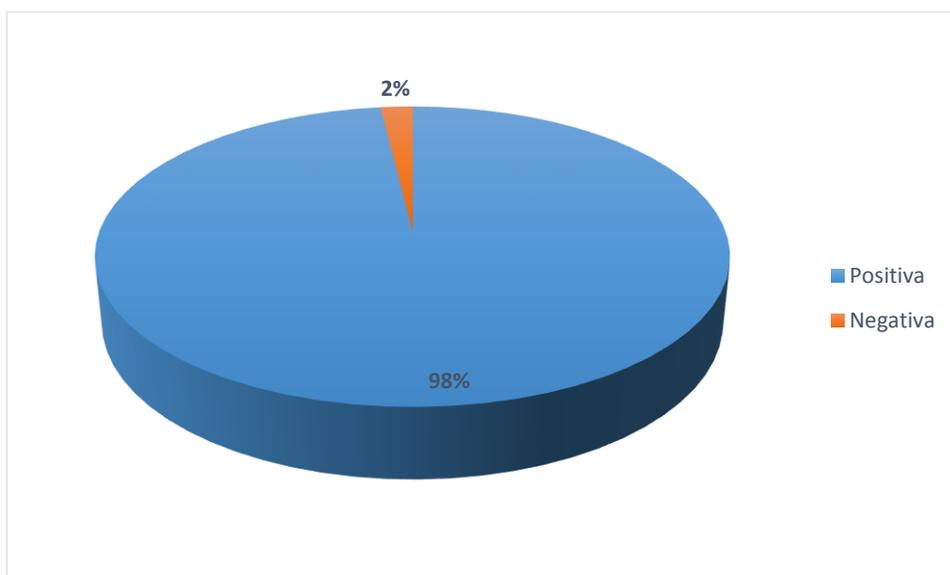


Figura 14. Hemogravidex en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

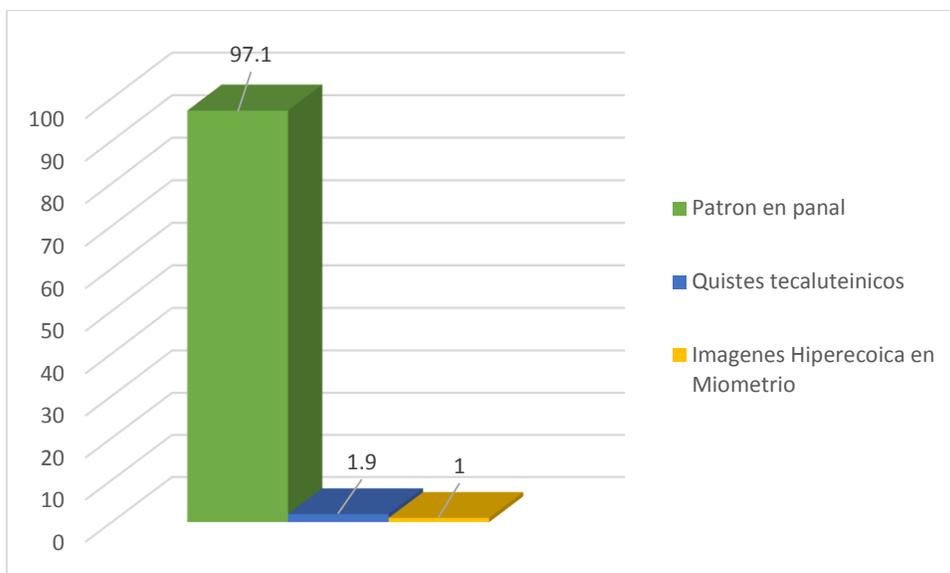


Figura 15. Resultado de USG pélvico en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

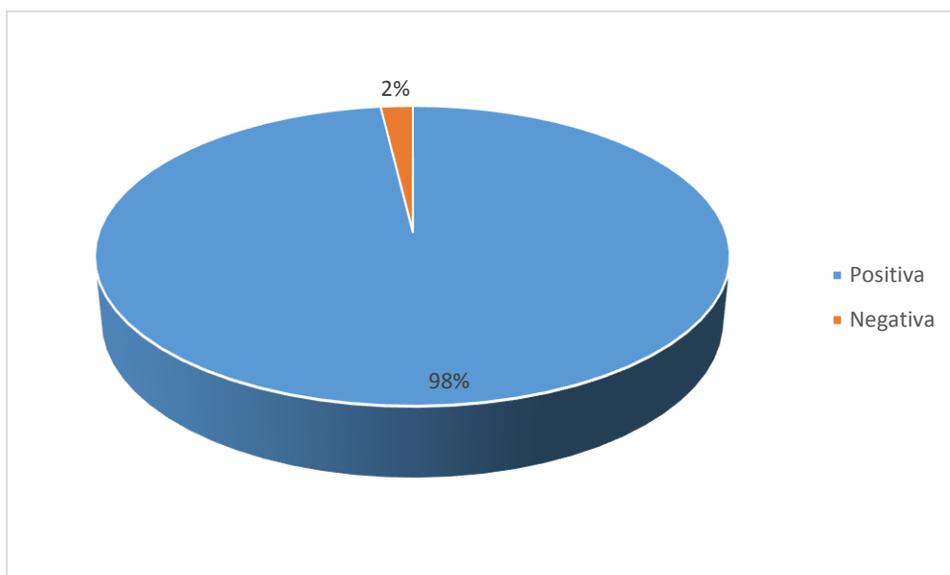


Figura 16. Resultado de Urogravindex en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

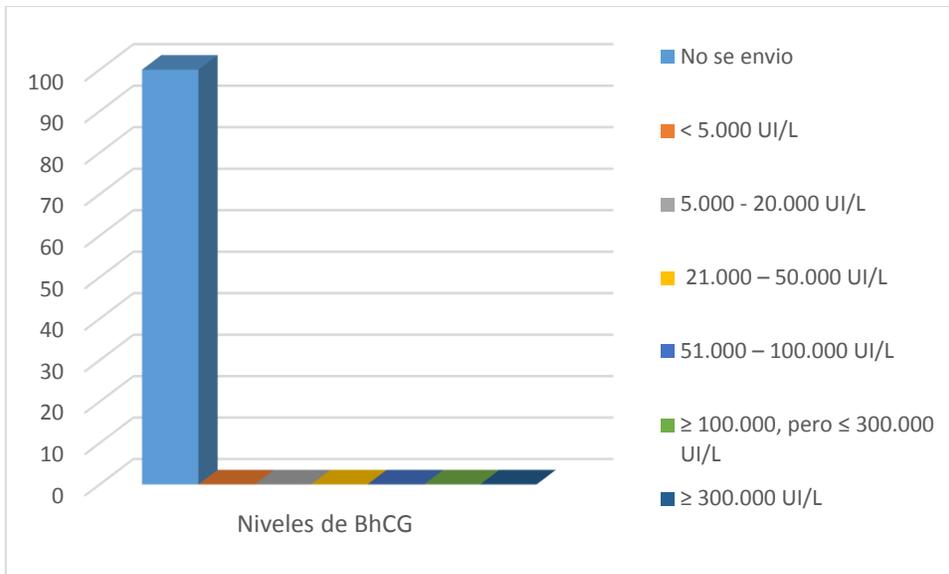


Figura 17. Cuantificación de BhCG sérica en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

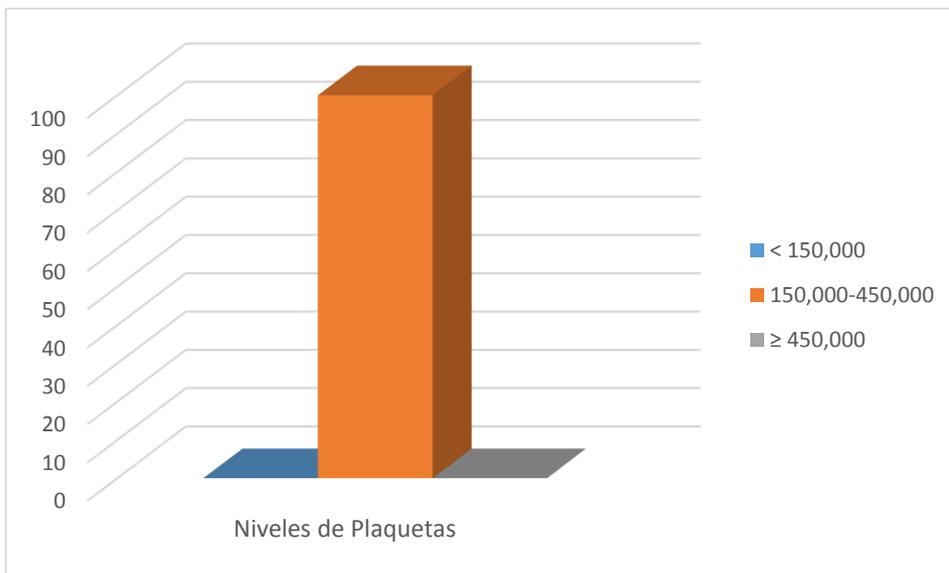


Figura 18. Niveles de plaquetas en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

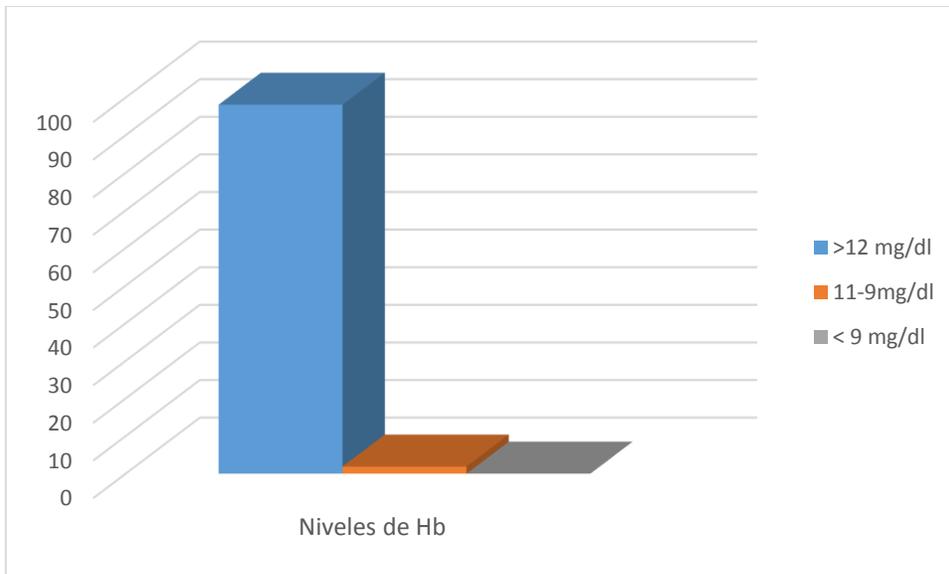


Figura 19. Niveles de Hemoglobina en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

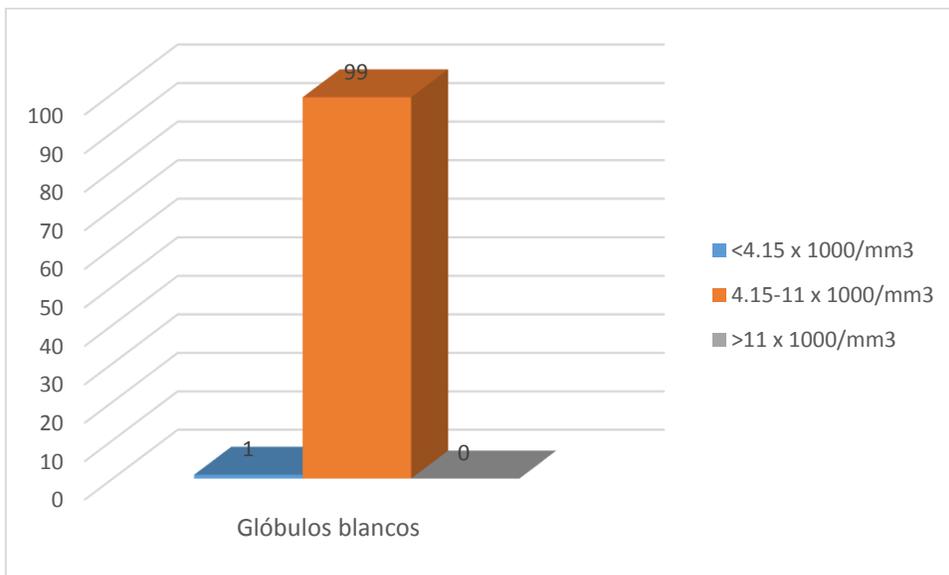


Figura 20. Niveles de Glóbulos blancos en BHC de pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

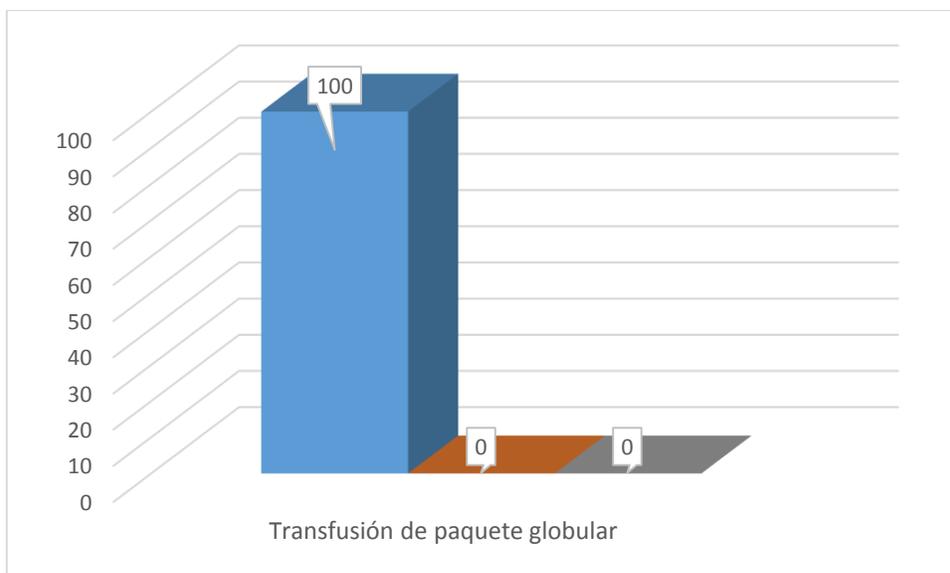


Figura 21. Transfusión de paquete globular a pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

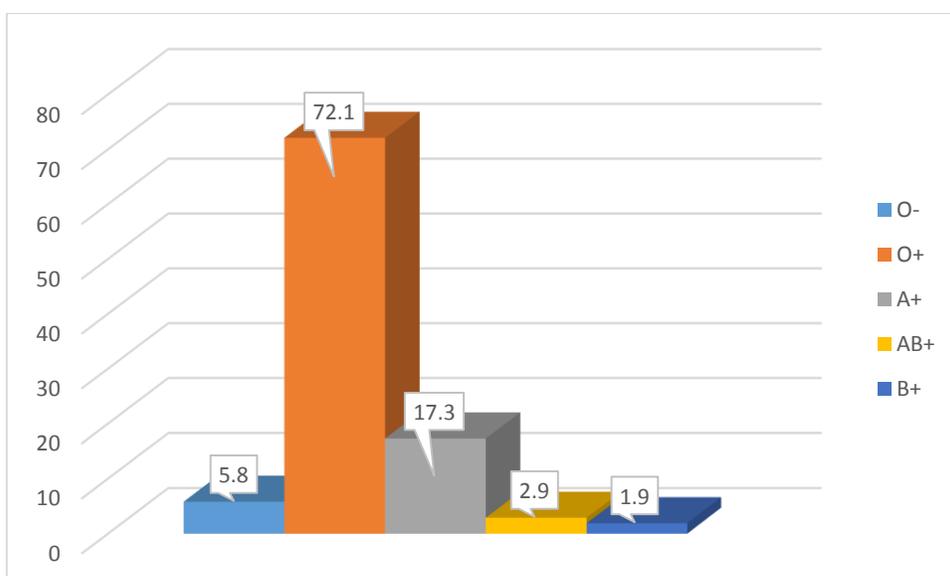


Figura 22. Tipo de sangre y Rh en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

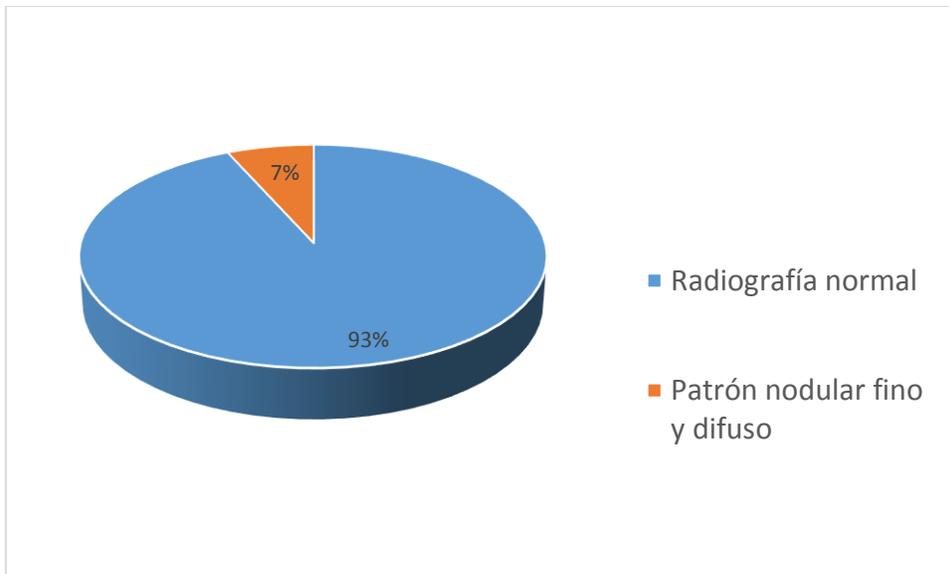


Figura 23. Radiografía de tórax en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

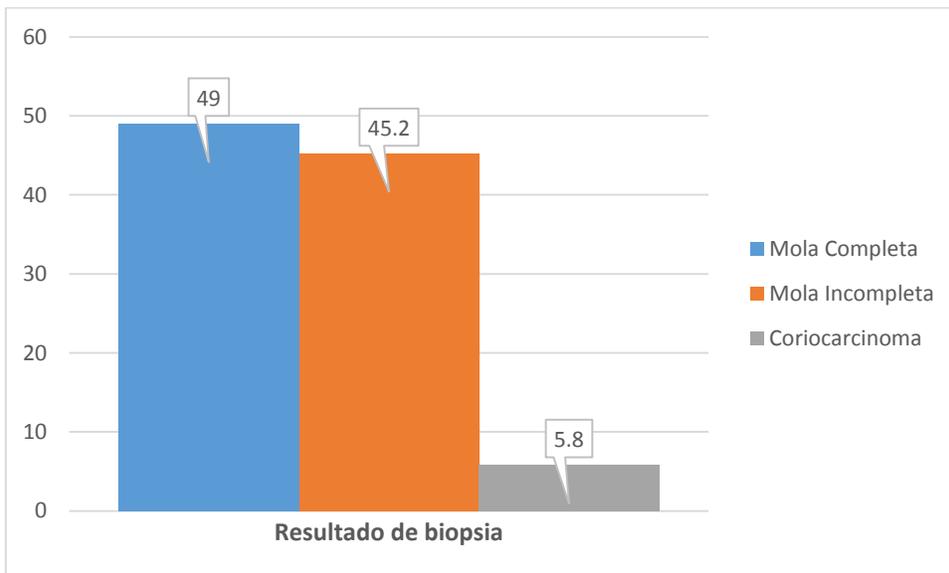


Figura 24. Resultados de biopsia en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

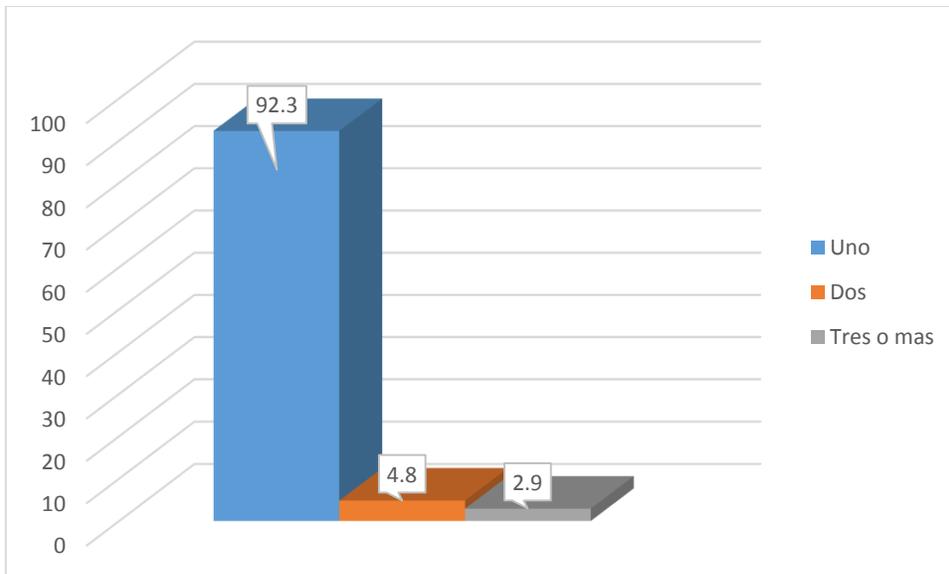


Figura 25. Número de AMEU que se realizaron a pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

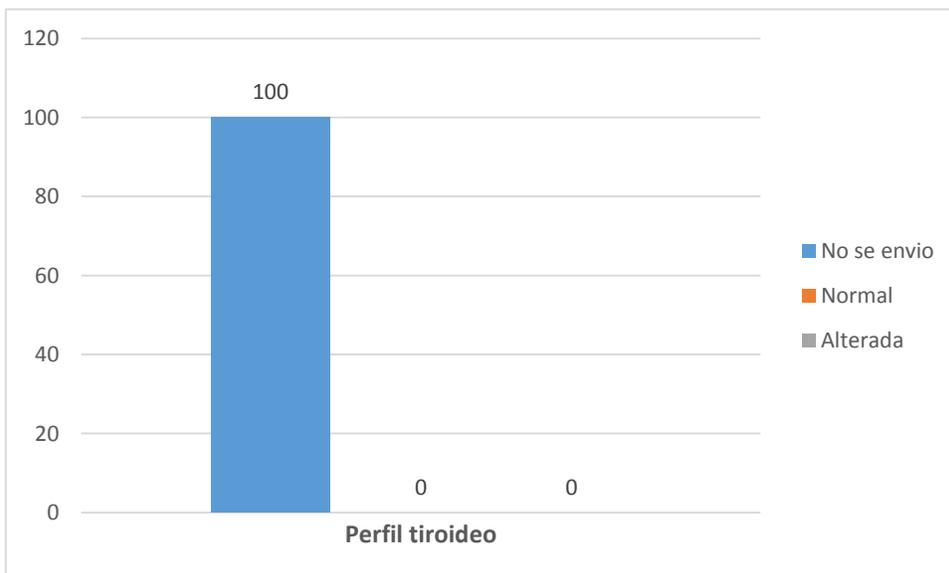


Figura 26. Perfil tiroideo en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

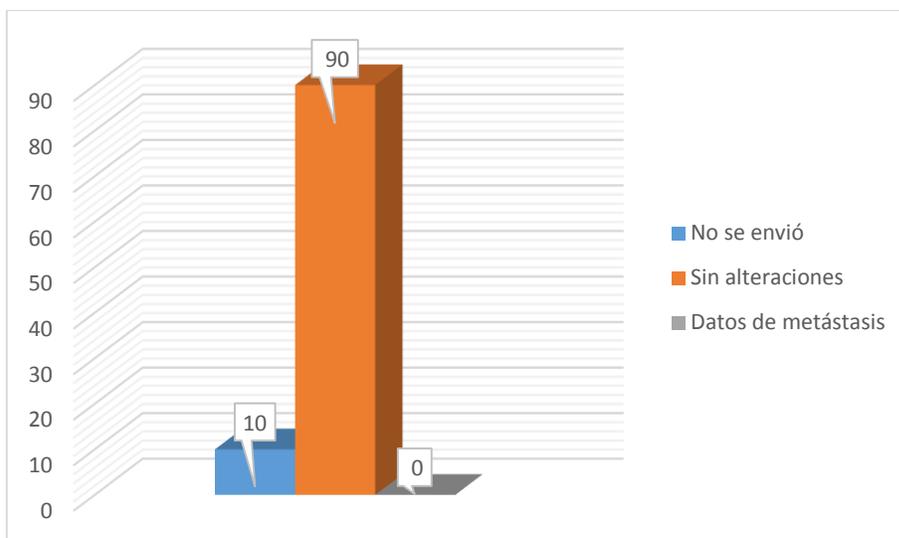


Figura 27. Seriado óseo en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

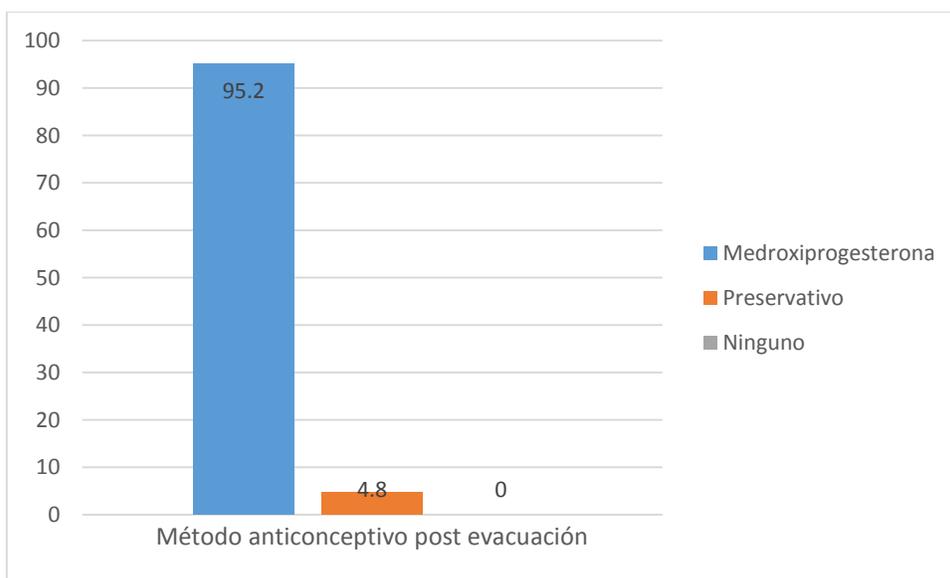


Figura 28. Método anticonceptivo post evacuación de cavidad uterina en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

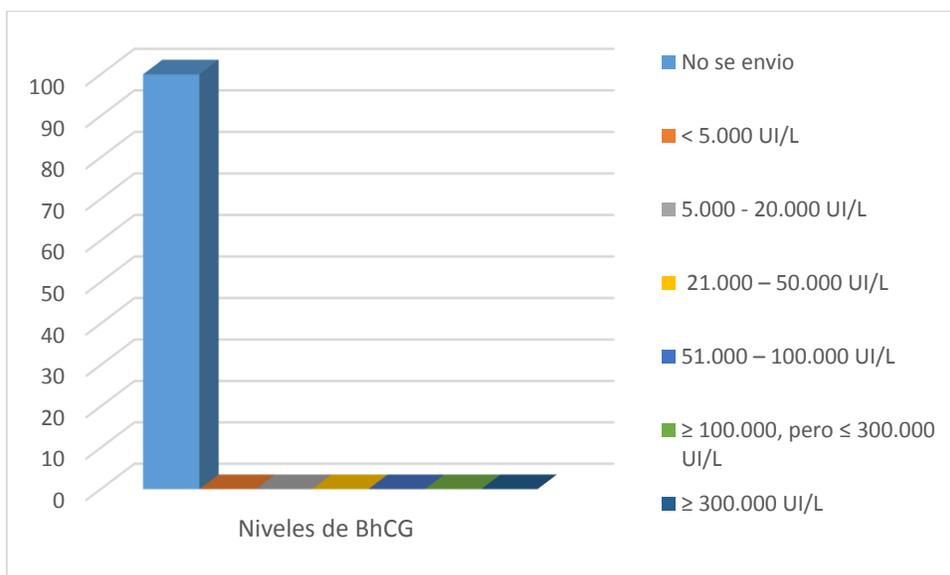


Gráfico 29. Cuantificación de BhCG post evacuación de cavidad uterina en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica gestacional en enero de 2015 a diciembre de 2019.

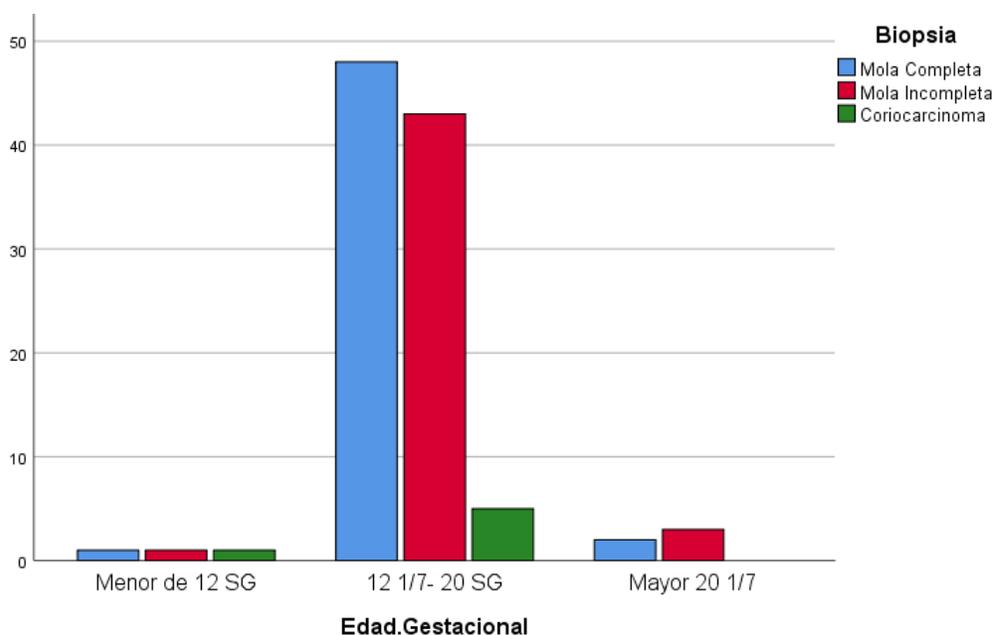


Figura 30. Relación entre edad Gestacional de las pacientes ingresadas en el servicio de obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica Gestacional al momento del diagnóstico y el resultado obtenido por biopsia.

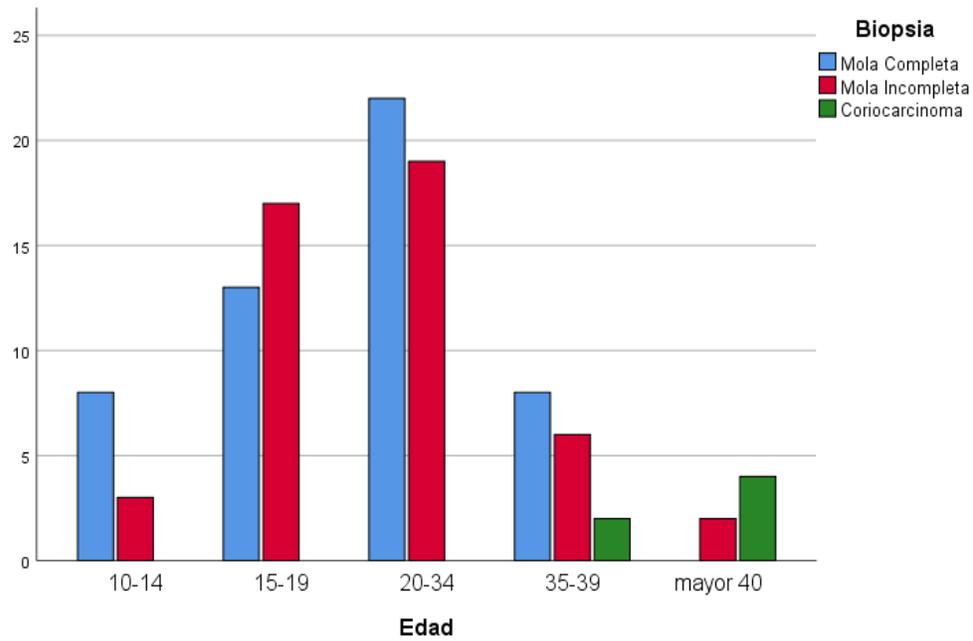


Figura 32. Relación entre edad de las pacientes ingresadas en el servicio de obstetricia del Hospital Victoria Motta de Jinotega con Enfermedad Trofoblástica Gestacional al momento del diagnóstico y el resultado obtenido por biopsia.