



Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Medicina

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.

**Proyecto de investigación
previa a la obtención del
título de médico.**

**Autores: Srta. Ana Lucia Guamán Mizhirumbay.
Sr. Jorge Anibal Lazo Alvarez.**

Directora: Dra. Brigith Vanessa Borja Robalino.

Asesor: Md. Adrián Marcelo Sacoto Molina.

**Cuenca - Ecuador
2016**



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.

Objetivo: Identificar las características de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes del área de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM) en el periodo comprendido entre enero del 2010 y enero del 2015.

Metodología: Se trató de un estudio descriptivo, cuyo universo estuvo constituido por las 35382 historias clínicas de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del HVCM. La muestra fue de 50 casos que presentaron enfermedad trofoblástica gestacional en el periodo de estudio. Los datos fueron recolectados en un formulario previamente diseñado y probado. La tabulación y análisis se realizó usando el programa Microsoft Excel y software SPSS 15.0.

Resultados: 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 multíparas. La mayoría de pacientes no presentaron condiciones previas relacionadas.

Conclusiones: La enfermedad trofoblástica gestacional es una enfermedad que se presentó en el 0,14 % de pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del HVCM y cuyas condiciones asociadas son distintas a las presentadas a nivel mundial.

Palabras clave: ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL, MOLA HIDATIDIFORME, GINECOLOGÍA.



SUMMARY

Gestational trophoblastic disease, is a gynecological pathology that a multiple factors, the incidence Relate varies between different regions of a global level, being higher in Asia and Latin America than in the developed countries of the West.

Objective: To identify the characteristics of gestational trophoblastic disease in patients in the area of gynecology and obstetrics Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM) in the period between January 2010 and January 2015.

Methodology: This was a descriptive study, whose universe consists of the medical records of 35382 patients treated at the gynecology and obstetrics HVCM. The sample was represented by 50 cases presenting gestational trophoblastic disease in the study period. Were collected data on a form previously designed and tested. Tabulation and analysis was performed using the same program Microsoft Excel and SPSS 15.0 software.

Results: 50 cases were identified, of which 30% were found among the 21 to 30 years. Gestational age at diagnosis was between 9 to 13 weeks. 46% was found in the range multiparous. Most patients did not present precedent related conditions.

Conclusions: Gestational trophoblastic disease is a disease that is present in 0.14% of patients treated in the area of gynecology and obstetrics and the conditions HVCM associated different one the child presented a global level.

Keywords: GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE, HYDATIDIFORM MOLE, GINECOLOGY.



ÍNDICE:

1. Capítulo 1	12
1.1 Introducción.....	12
1.2. Planteamiento del problema	13
1.3 Justificación.....	14
2. Capítulo 2: Marco teórico	15
2.1. Concepto	15
2.2. Clasificación.....	15
2.3. Etiología	19
2.4. Diagnóstico.....	21
2.5.Tratamiento.....	23
3. Capítulo 3: Objetivos.....	25
3.1. Objetivo general.....	25
3.2. Objetivos específicos	25
4. Capítulo 4: Metodología.....	26
4.1. Tipo de Estudio y diseño general.....	26
4.2. Área de estudio	26
4.3. Universo	26
4.4. Variables.....	26
4.5. Criterios de inclusión y exclusión	27
4.6. Métodos, técnicas e instrumentos	27
4.7. Procedimiento	27
4.8. Plan de tabulación y análisis.....	28
4.9. Aspectos éticos	28
5. Capítulo 5: Plan de análisis de los resultados	29
6. Capítulo 6: Discusión	37
7. Capítulo 7.....	40
7.1. Conclusiones.....	40
7.2. Recomendaciones.....	41
7.3. Bibliografía.....	42
7.4. Bibliografía general.....	47
Anexos.....	53



Clausula de propiedad intelectual.

Jorge Anibal Lazo Alvarez, autor de la tesis **“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”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 29 de febrero del 2016.

Jorge Anibal Lazo Alvarez
C.I. 0104834700



Clausula de propiedad intelectual.

Ana Lucia Guamán Mizhirumbay, autora de la tesis “**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**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 de febrero del 2016.

Ana Lucia Guamán Mizhirumbay
C.I. 0302049697



Clausula de derechos de autor.

Jorge Anibal Lazo Alvarez, autor de la tesis, **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**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su reglamento de propiedad intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicara afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 29 de febrero del 2016.

Jorge Anibal Lazo Alvarez
C.I. 0104834700



Clausula de derechos de autor.

Ana Lucia Guamán Mizhirumbay, autora de la tesis, **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**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su reglamento de propiedad intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicara afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 29 de febrero del 2016.

Ana Lucia Guamán Mizhirumbay
C.I. 0302049697



DEDICATORIA

A Dios por ponerme en el camino de la medicina,
a mis padres y abuelos por estar ahí incluso
cuando no lo estaban,
por el apoyo incondicional en este largo proceso
y dedicar su vida entera para mejorar la mía.
A mi hermana, luz que alumbra mis días con su presencia.
Una especial dedicatoria a mi compañera de investigación,
por su apoyo y dedicación en este proceso.

Jorge Anibal Lazo Alvarez.



DEDICATORIA

A mis padres y hermanos por el apoyo incondicional
en todo mi proceso de aprendizaje,
gracias a ellos por su comprensión y paciencia,
me han permitido realizar cada una de las actividades
de mi vida universitaria.

Una especial dedicatoria a mi compañero de proyecto de investigación,
por su apoyo en todas y cada una de las actividades
que se tuvo que realizar en el presente trabajo.

Ana Lucia Guaman Mizhirumbay.



AGRADECIMIENTO

Agradecemos primeramente a Dios por darnos la fuerza y fortaleza necesaria para continuar en este proceso.

Un profundo agradecimiento por su contribución para el desarrollo de nuestro trabajo de investigación a nuestra directora Dra. Brigith Borja, quien con su paciencia, esfuerzo y comprensión nos supo indicar los requerimientos necesarios para continuar en este proceso de investigación, de igual manera agradecemos a nuestro asesor el Md. Adrián Sacoto por la supervisión, orientación, persistencia y apoyo que nos brindó en el transcurso del presente trabajo.



Capítulo 1.

1.1 Introducción.

La enfermedad trofoblástica gestacional es una patología que comprende un grupo de condiciones relacionadas con el embarazo, mismas que se derivan del tejido trofoblástico placentario después de la fertilización normal o anormal; cuya forma más benigna se encuentra representada por la mola hidatiforme y en contraposición con ésta encontramos el coriocarcinoma; caracterizándose todas ellas por la hipersecreción de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (β hCG) (1,2).

Según datos históricos se cree que esta patología fue descrita por Hipócrates, alrededor del año 400 a.C, en su definición de la hidropesía del útero, quien fundamentado en su teoría de los cuatro humores, describió la mola hidatidiforme como una hidropesía o retención de líquidos en el útero; enfermedad atribuida al consumo de agua insalubre, pero no fue hasta el año de 1895 en el que Marchand descubrió su origen a partir del trofoblasto (2,3).

La incidencia del embarazo molar varía geográficamente por causas no especificadas, siendo más frecuente en los países asiáticos presentándose 1 caso por cada 200 embarazos, mientras que en los países occidentales se observa una frecuencia de 1 por cada 1500 embarazos; en estudios realizados a nivel de Latinoamérica se revelan cifras de 4,6 casos por cada 1000 embarazos (1,3).



1.2 Planteamiento del problema.

La enfermedad trofoblástica gestacional es un problema ginecológico poco frecuente de el cual han sido pocos los estudios publicados que muestren sus características dentro de nuestro medio, no obstante esta patología se encuentra dentro de las enfermedades raras que se pueden curar; debemos considerar también que la verdadera importancia de esta enfermedad radica en su potencial para malignizarse, con tendencias variables a la invasión local y a la metástasis, además que las mujeres que presentan enfermedad molar con diagnóstico histológico confirmado tienen un riesgo de 1 en 60 de repetir una mola en embarazos subsecuentes (2,4).

Diversas investigaciones relacionan la presencia de la enfermedad trofoblástica a factores como: la edad, embarazo molar previo, uso de anticonceptivos orales y su duración, antecedentes de aborto, tabaquismo, deficiencias vitamínicas, entre otras; existiendo una gran diferencia en la presentación de estos factores lo que se refleja en múltiples estudios realizados en distintos países (5,6).

Se ha visto que la incidencia de la enfermedad trofoblástica es muy variable según la región geográfica en la que se estudia, es así que se presenta en 1 de cada 125 nacidos vivos en Taiwán, 2 de cada 1.000 embarazos en el sureste asiático y Japón, 1 en 1000 en Europa, y 1 en 1500 en los EE.UU; dentro de nuestro medio el estudio más reciente realizado en el año 2000 en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca determinó una incidencia de 1,63 x 1000 (7, 8).

Se ha encontrado que en nuestro país existe una mayor concentración poblacional en edades jóvenes de los cuales la mayoría están representadas por el sexo femenino; esto sumado a lo mencionado anteriormente fundamentan el hecho de que sea importante realizar un estudio que refleje las características propias de la enfermedad trofoblástica gestacional en nuestra región, el mismo que permita controlar y disminuir los efectos no esperados de esta patología (9).



1.3 Justificación.

Al ser la enfermedad trofoblástica gestacional una patología poco frecuente y relacionado a factores que varían según la región y las características de la población, no existen datos fiables en nuestro medio que nos indiquen las condiciones en la que esta enfermedad puede variar y que influyan a la hora de tomar una correcta decisión en el manejo de estas pacientes y así evitar las posteriores complicaciones malignas que pueden llegar a presentarse, por lo antes mencionado se hace necesario realizar este estudio para determinar si estos datos concuerdan o no con los factores mencionados en la literatura a nivel mundial y de esta manera en lo posterior poder tener un punto de vista más objetivo sobre la presentación de la enfermedad trofoblástica gestacional en nuestro país.

Con la realización de esta tesis se proveerá de datos actualizados, que contribuyan positivamente al profesional de la salud para un diagnóstico oportuno y adecuado, brindando así un correcto abordaje y manejo, disminuyendo de esta manera el número de casos que llegan a desarrollar complicaciones y reduciendo consecuentemente la morbilidad por esta causa, mejorando así el estilo, calidad y esperanza de vida de estas pacientes, optimizando además los recursos como tiempo de atención, tiempo de hospitalización y dinero del estado. Debemos considerar que los datos obtenidos serán publicados en el “Centro de Documentación Juan Bautista Vázquez” de la Universidad de Cuenca, contribuyendo de esta forma a la comunidad médica y al público en general.



Capítulo 2.

Marco teórico.

2.1 Concepto.

La enfermedad trofoblástica gestacional es un grupo de trastornos que afecta a la mujer en la edad fértil, las mismas pueden ir desde lesiones benignas hasta malignas según su diferenciación y que tienen en común la proliferación anormal del trofoblasto de la placenta humana. 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 (10,11).

2.2 Clasificación.

2.2.1 Mola hidatidiforme.

La mola hidatiforme constituye aproximadamente el 80% de las patologías de la enfermedad trofoblástica gestacional por lo que algunos investigadores consideran que hablar sobre mola hidatidiforme es igual que hablar sobre la enfermedad trofoblástica gestacional. Esta patología se caracteriza por degeneración hidrópica de las vellosidades coriales, proliferación del cito y sincitiotrofoblasto, ausencia de vascularización y de elementos fetales. Entre el 15-20% de los pacientes con mola hidatiforme completa llega a presentar neoplasia trofoblástica gestacional. Del total de neoplasia trofoblástica gestacional el 15% se va a presentar como enfermedad localizada y el 4% como metastásica (7, 12,13).

El embarazo molar comprende dos entidades distintas: mola total o completa, mola parcial y embarazo molar gemelar.



A. *Mola total o completa:*

El embarazo molar completo no presenta tejido embrionario o fetal y se caracteriza por presentar hiperplasia trofoblástica difusa de las vellosidades coriales con una marcada atipia del trofoblasto del sitio de implantación. Todos los cromosomas suelen ser diploides y de origen paterno, ya que el óvulo está vacío y el espermatozoide duplica su material genético (14,15).

La presentación clínica más frecuente de un embarazo molar completo es el sangrado vaginal, en un 89 a 97% de los casos se debe sospechar de esta patología cuando encontramos niveles de β -hCG mayor de 100.000 UI en embarazos tempranos y un aumento de la altura del fondo uterino mayor a la esperada para la edad gestacional, también se ha observado toxemia (27%), hiperémesis gravídica (26% - 29%), hipertiroidismo (7%); quistes tecaluteínicos (46%) y preeclampsia (20%) (1,16).

Según los datos del Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro" de Cuba, se observó que el 67 % de las pacientes presentó sangrado transvaginal con lo cual se afirma que este es uno de los hallazgos más frecuentes. Entre otros signos predominantes se encontró un útero aumentado de tamaño con una frecuencia del 94%, aunque también se encontró en algunas pacientes un tamaño uterino menor de lo esperado (3).

En un estudio realizado en México en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Civil Dr. Antonio Gonzales Guevara en Tepic-Nayarit en el periodo comprendido entre el año 2009 al 2012 con 38 casos reportados, los hallazgos clínicos más comunes fueron sangrado vaginal en el 86,8% y altura de fondo uterino mayor a lo esperado en 55% (6).

A partir de estos estudios, se puede concluir que los hallazgos más frecuente son el sangrado vaginal y el aumento de la altura del fondo uterino.



B. Mola parcial:

Esta patología presenta ciertos elementos de tejido fetal y cambios hidatiformes que son focales o menos desarrollados. La mola parcial presenta un cariotipo triploide de origen materno y paterno derivado de la fertilización de un ovocito por dos espermatozoides o por uno que se duplica. El riesgo de enfermedad trofoblástica persistente después de una mola parcial es mucho menor que después de un embarazo molar completo, siendo solamente un 5% de los casos los que progresan hacia formas malignas (5, 17,18).

La presentación clínica del embarazo molar parcial es una entidad que pasa inadvertida en la mayoría de los casos por su similitud a la de un aborto incompleto, dado por sangrado vaginal y dolor tipo cólico en hipogastrio. El aumento de la altura del fondo uterino es poco frecuente (3,7%); de igual manera los quistes tecaluteínicos, el hipertiroidismo y la hiperémesis gravídica, rara vez se presentan en estos casos y la elevación en los niveles de β -hCG no es significativa (1).

En un estudio realizado en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, realizado en 42 mujeres se encontró que la forma histológica más frecuente fue la mola hidatidiforme parcial (76,2% de los casos), en contraposición de un estudio realizado en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Civil Dr. Antonio Gonzales Guevara en Tepic-Nayarit, (México) realizado en 38 pacientes donde se observó con mayor frecuencia la presencia de mola completa benigna con un 76% de casos y solamente el 5.2% representaban los casos de mola parcial (5,6).

C. Embarazo molar gemelar:

Los casos de embarazos gemelares con presencia de enfermedad trofoblástica gestacional son muy poco frecuentes, con una incidencia aproximadamente de 1



en cada 20.000 a 100.000 casos, por lo tanto es una circunstancia obstétrica poco conocida y hay que tener en cuenta tales casos ya que conlleva a complicaciones maternas y fetales. Con respecto a la supervivencia del feto normal coexistente es variable y depende de la aparición de problemas del componente molar, entre ellas el hipertiroidismo materno, las lesiones uterinas y el hidramnios (17,19).

2.2.2 La mola invasora.

Es una patología que se caracteriza por la presencia de vellosidades coriónicas agrandadas que penetran profundamente en el miometrio a veces con daño del peritoneo, el parametrio o la cúpula vaginal. Una mola invasora local presenta características histológicas similares a una mola hidatiforme completa, con un grado variable de hiperplasia trofoblástica. Histopatológicamente la mola invasora es similar al coriocarcinoma con la producción de metástasis secundaria especialmente en la vagina y los pulmones, pero a diferencia del coriocarcinoma, una mola invasora puede desaparecer espontáneamente. Morfológicamente una mola invasiva es distinguible del coriocarcinoma por la presencia de las vellosidades que en el coriocarcinoma van a estar ausentes (2, 17).

2.2.3 El coriocarcinoma.

El coriocarcinoma es un tumor maligno invasivo del epitelio trofoblástico de la placenta que se caracteriza por hiperplasia trofoblástica, ausencia de vellosidades, hemorragia y necrosis. El 50% de los coriocarcinomas provienen de un mola hidatiforme y el otro 50% de cualquier otro tipo. Gracias a su gran capacidad de angio invasión facilita su diseminación y propicia el desarrollo de las metástasis de manera temprana hacia el pulmón (75%) y la vagina (50%). Su incidencia es aproximadamente 1/20 000 gestaciones y cuanto más anómalo sea el embarazo mayor es el riesgo de que presente metástasis con una mortalidad de 10% a 15% (2, 20,21).



2.2.4 Tumor trofoblástico del sitio placentario.

Es un tumor poco común representando el 0,23 a 3% de las enfermedades trofoblásticas gestacionales que surge del sitio de implantación de la placenta después de un embarazo a término, aborto espontáneo o inducido, embarazo ectópico o embarazo molar. Este padecimiento se diferencia de las otras entidades clínicas por un crecimiento lento y una resistencia relativa a la quimioterapia. En el estudio histológico se observan células trofoblásticas intermedias, las cuales son productoras de prolactina motivo por el cual los niveles séricos de β hCG son relativamente bajos en relación a la masa tumoral. Un porcentaje alto de β hCG libre (más del 30%) es exacto para el diagnóstico de este tumor. El sangrado vaginal es el síntoma principal y al examen físico se puede encontrar un útero aumentado de tamaño (17, 22, 23).

2.2.5 Tumor trofoblástico epitelióide.

Es un tumor trofoblástico poco frecuente que se desarrolla a partir del trofoblasto intermedio de tipo coriónico. El patrón de crecimiento de este tipo de tumor es nodular y se asemeja al tumor trofoblástico del sitio placentario, pero las células son más pequeñas y presentan menor pleomorfismo. Los signos que presentan son sangrado vaginal con un bajo nivel de β hCG (<2.500 UI / L). Un total de 50% de los casos presenta lesión cervical que es importante para diferenciarse de carcinoma escamoso del cuello uterino (17,24).

2.3 Etiología: condiciones más frecuentes

Existen distintas condiciones que se relaciona con la presentación de enfermedad trofoblástica gestacional; dentro de los principales encontramos:

2.3.1 Edad.



Diversos estudios coinciden en que los extremos de la edad reproductiva se asocian con un mayor riesgo de embarazo molar. Es así que se han encontrado cifras que mencionan a la edad materna en cualquiera de los extremos del espectro reproductivo como factor de riesgo particularmente en edades menores de 16 años y mayores de 50, además se ha demostrado que adolescentes y las mujeres de 36 a 40 años tienen un riesgo casi 10 veces mayor de desarrollar la enfermedad (25,26).

En el estudio realizado por Valenzuela C, Tavarez D, Medrano L, et al. se menciona que el 51.0 % de los casos correspondió a las pacientes entre 20 y 30 años, estudio que concuerda con lo publicado por Suarez A. y colaboradores en México, quienes encontraron que el 63.3 % de las pacientes fueron diagnosticadas en el rango de edad de 21 a 30 años, estudios que no coinciden con lo publicado en la literatura revisada (27,28).

De acuerdo a estos datos se estima que la edad materna presenta un riesgo aumentado sobre todo en los extremos de la edad reproductiva ya que en las mujeres con más de 40 años existe un riesgo relativo 10 veces mayor que las mujeres entre 22 y 40 años, como también el riesgo a malignizarse es mayor en estas pacientes. Pero hay que tener en cuenta que estos datos han variado según la región demográfica en la que se realizan (25).

2.3.2 Antecedentes de mola hidatiforme.

Se ha demostrado que el riesgo de padecer una enfermedad trofoblástica recurrente es mayor después de haber presentado una enfermedad trofoblástica gestacional previa, siendo de 1,5% para una mola completa y 2,7% para una parcial. Este antecedente representa un alto riesgo comparado con el de la población en general (1:1000 embarazos), es así que en las pacientes con molas a repetición se observa una incidencia de hasta tres veces más de desarrollar un tumor trofoblástico persistente (16, 29).



2.3.3 Antecedente de aborto.

Esta condición aumenta la probabilidad de padecer un embarazo molar hasta el doble, siendo más común en el caso de abortos espontáneos. En las pacientes que han presentado dos o más abortos existe un riesgo 32 veces mayor de padecer la enfermedad trofoblástica gestacional en relación a la población general, es así que en los estudios realizados por Suárez A, y colaboradores en México se demostró que 1 de cada 31 abortos clínicamente manifiestos tendrá enfermedad trofoblástica gestacional confirmada histológicamente (27).

2.3.4 Paridad.

En relación al número de partos se puede determinar que la nuliparidad ha demostrado una relación consistente en el desarrollo de la enfermedad trofoblástica gestacional, lo que concuerda con un estudio realizado por Valenzuela C, Tavarez D, Medrano L, et al, en República Dominicana, donde se demostró que los casos se presentaron en un 55.23 % en pacientes nulíparas (28).

2.3.5 Otros factores de riesgo.

La distinta literatura revisada menciona que el uso de anticonceptivos orales y su duración también se relaciona con la presencia de enfermedad trofoblástica gestacional pero no se han encontrado estudios actualizados que confirmen esta relación (17).

2.4 Diagnóstico.

2.4.1 Diagnóstico Clínico.



En dependencia del tipo de enfermedad trofoblástica, se puede tener diferentes criterios de presentación y diagnóstico, el signo más frecuente que se ha podido observar es el sangrado vaginal, que según lo publicado en la revista Journal of Chitwan Medical College por JP Deep y colaboradores ocurre generalmente en pacientes con un embarazo entre las semanas 6 a 16 de gestación con una frecuencia del 80 % al 90 % de los casos. Además de lo mencionado el embarazo molar puede llegar a presentarse con dolor abdominal, hiperémesis gravídica, anemia, preeclampsia antes de las 20 semanas de gestación entre otras, datos que varían según las distintas regiones, grupos étnicos y culturales a nivel mundial (2).

Con respecto a las semanas de gestación al momento del diagnóstico el estudio realizado por Astudillo V, Figueroa E y Ordóñez P. en la ciudad de Cuenca Ecuador, se encontró que el 83.93 % de las pacientes se diagnosticaron cuando cursaban una edad gestacional de 10 a 24 semanas, además del estudio realizado por García S. y colaboradores en México en donde se observó una media de 13.18 semanas en el momento del diagnóstico y una mayor frecuencia de casos dentro del rango de las 12 a 14 semanas (6, 8).

2.4.2 Diagnóstico imagenológico y de laboratorio.

El embarazo anormal es la causa más común de una β hCG elevada en las mujeres en las que el tejido anormal de la placenta prolifera en ausencia de un feto. Para el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional, además de una correcta historia clínica se debe tener en cuenta los niveles de gonadotropina coriónica humana, la ultrasonografía y el estudio histopatológico. Se considera que el estudio histopatológico es el que confirma y correlaciona los hallazgos clínicos y ecográficos, de tal manera que es importante establecer el grado de hiperplasia trofoblástica en el estudio histológico de la placenta con degeneración hidrópica, porque dependiendo de este resultado y de su estudio genético, se puede realizar el diagnóstico diferencial entre una mola completa y una mola parcial (30,31).



Los niveles elevados de β hCG son el reflejo de la proliferación trofoblástica, dicho marcador es posible determinarlo en muestras de suero. La mayoría de las molas completas son diagnosticadas clínicamente por rasgos característicos de ultrasonido y niveles elevados de β hCG. Un nivel de β hCG cuantitativa mayor de 100,000UI / L, sugieren un diagnóstico de mola hidatiforme, debemos considerar además que un único valor alto de β hCG puede verse en un embarazo simple o múltiple normal, por lo tanto un valor de β hCG aislado por sí solo no debe usarse como el único factor determinante en el diagnóstico de mola hidatiforme (25).

La implementación de la ecografía a edades gestacionales tempranas, como parte de programas de control prenatal hace posible en la actualidad el diagnóstico temprano de embarazo molar a una edad promedio de 8.5 semanas. La ecografía ha reemplazado a todos los demás medios radiográficos para establecer el diagnóstico de embarazo molar, la imagen de la ecografía muestra un patrón mixto que comprende las vellosidades hidrópicas, un feto ausente y la ausencia de líquido amniótico, exhibiendo un patrón en “tormenta de nieve”. Sin embargo las apariciones en el ultrasonido no son específicas y por lo tanto los embarazos molares son mal diagnosticados como abortos involuntarios incompletos por lo que deben identificarse conjuntamente con el nivel de β hCG (6,30).

2.5 Tratamiento.

Su finalidad es eliminar del organismo materno el tejido trofoblástico anormal. El tejido molar se extrae mediante la evacuación de los productos de la concepción que se considera como primer tratamiento y generalmente las pacientes se recuperan completamente. Sin embargo, algunas mujeres desarrollan cáncer a nivel del cuello uterino (cerca de una de cada cinco mujeres con una mola hidatiforme completo y una en 200 con una mola hidatiforme parcial) (32).



Algunos médicos evitan el legrado uterino instrumental por el alto riesgo de perforación y posible metástasis. Si no se desea la fertilidad una histerectomía con preservación de los ovarios puede ser el tratamiento primario del embarazo molar. Se ha demostrado también que el uso de algunos medicamentos incrementa la necesidad de quimioterapia debido a la diseminación sanguínea por contracción de las arterias uterinas (33).

Después de la evacuación, entre los pasos importantes se deben hacer 3 determinaciones (una por semana) de β hCG y luego mensualmente durante 6 meses. Es necesario usar anticonceptivos hasta que la gonadotropina coriónica humana haya regresado a valores normales (29).



Capítulo 3.

Objetivos de la investigación.

3.1 Objetivo general.

Identificar las características de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes del área de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo comprendido entre enero del 2010 y enero del 2015.

3.2 Objetivos específicos.

- Caracterizar las condiciones más comunes que se relacionan con la enfermedad trofoblástica gestacional tales como: edad, paridad, enfermedad trofoblástica gestacional previa, antecedentes de aborto, número de abortos y método anticonceptivos orales previos.
- Identificar los hallazgos clínicos más frecuentes que se presenta en la enfermedad trofoblástica gestacional: sangrado transvaginal, dolor abdominal y edad gestacional al momento del diagnóstico.
- Determinar el tipo de tratamiento y el método diagnóstico para enfermedad trofoblástica gestacional.



Capítulo 4. Metodología.

4.1 Tipo de estudio y diseño general.

El presente estudio se trata de un estudio descriptivo, que se realizó en el Hospital Vicente Corral Moscoso, desde enero del año 2010 hasta enero del 2015.

4.2 Área de estudio.

El estudio se realizó en el área de hospitalización del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, ubicado en la Av. de Los Arupos y 12 de Abril en la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, perteneciente al Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Este es un Hospital de segundo nivel de atención, lugar de referencia de pacientes de la región sur del país.

4.3 Universo.

El universo estuvo constituido por 35382 historias clínicas de las pacientes atendidas en el área de hospitalización del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, desde enero del 2010 a enero del 2015 y la muestra fue de 50 casos de enfermedad trofoblástica gestacional que se encontraron en el tiempo de estudio.

4.4 Variables.

Para este estudio se utilizaron las siguientes variables: edad, paridad, enfermedad trofoblástica gestacional previa, antecedentes de aborto, número de abortos, método anticonceptivos orales previos, sangrado transvaginal, dolor abdominal, edad gestacional, métodos diagnósticos y tipo de tratamiento (Anexo 1).



4.5 Criterios de inclusión y exclusión.

4.5.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional.
- Pacientes con historia clínica completa.

4.5.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes con diferente diagnóstico.

4.6 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

4.6.1 Métodos.

La información se obtuvo mediante la revisión de las historias clínicas.

4.6.2 Técnica.

Se tomaron los datos de las historias clínicas de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional del servicio de ginecología y obstetricia del HVCM, necesarios para llenar el formulario respectivo.

4.6.3 Instrumentos.

Para la recolección de datos se puso a prueba un formulario elaborado por los autores, realizándose posteriormente el formulario definitivo (Anexo 2) donde se extrajeron los datos necesarios para el estudio.

4.7 Procedimiento.

4.7.1 Autorización.

Para la recolección de datos se solicitó el permiso correspondiente al Doctor Oscar Chango Sigüenza. Gerente del Hospital Vicente Corral Moscoso mediante el oficio correspondiente.



4.7.2 Capacitación.

Se recibió la correspondiente capacitación mediante la revisión de bibliografía actualizada en relación a los factores que asociados con la enfermedad trofoblástica gestacional.

4.7.3 Supervisión.

El proyecto fue supervisado por la Dra. Brighth Borja. Directora de tesis y el Md. Adrian Sacoto. Asesor de tesis.

4.8 Plan de tabulación y análisis.

Para el análisis de los resultados se creó una base de datos en el programa, Microsoft Excel 2010, los cuales fueron analizados posteriormente mediante el sistema informático SPSS 15.0 en español. Los resultados se presentaron en tablas estadísticas con sus respectivos porcentajes, frecuencias y medidas de tendencia central según las variables del estudio.

4.9 Aspectos éticos.

La presente intervención cuenta con la aprobación de la comisión de proyectos de investigación y comisión de bioética de la escuela de medicina de la “Universidad de Cuenca” y el posterior permiso de las autoridades (director del hospital, comité de ética de la institución y a la coordinación de docencia del hospital y el responsable del servicio de ginecología y obstetricia) del Hospital Vicente Corral Moscoso.



Capítulo 5.

Plan de análisis de los resultados.

Datos obtenidos en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo comprendido entre enero del 2010 y enero del 2015.

Cumplimiento de resultados.

Se detectaron según la metodología de búsqueda y la recolección de datos citada 50 casos de pacientes que presentaron enfermedad trofoblástica gestacional durante el periodo de tiempo mencionado; de esta población el 100% poseían todos los datos requeridos en el formulario. Los resultados del análisis se mencionan a continuación.

Tabla N° 1.

Distribución de 50 pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional, según el año de diagnóstico, en el HVCM durante el periodo 2010 - 2015. Cuenca, 2016.

Año	Enfermedad trofoblástica gestacional	
	N°	%
2010	12	24
2011	10	20
2012	17	34
2013	4	8
2014	7	14
2015 *	0	0
Total	50	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.



De los 50 casos estudiados se encontró un mayor porcentaje de pacientes diagnosticadas en el año 2012 con el 34 %.

*Nota: Durante el año 2015 solo se revisaron los datos que corresponden al mes de enero, en el cual no se encontraron casos de enfermedad trofoblástica gestacional, razón por lo que no se menciona este año en las tablas subsecuentes.

Tabla N° 2.

Distribución de 50 pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional según la edad, en el HVCM durante el periodo 2010 - 2015, Cuenca 2016.

Edad	N°	%
= ó < 20	13	26
21 - 30	24	48
31 - 40	6	12
= ó > 41	7	14
Total	50	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.

X: 26.96

De los 50 casos estudiados podemos ver que la media de edad se ubicó en 26,96 años y el mayor porcentaje de casos se encuentra en el intervalo comprendido entre 21 a 30 años con el 48 % de los casos.

**Tabla N° 3.**

Distribución de 50 pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional según la paridad, en el HVCM, durante el periodo 2010 - 2015. Cuenca, 2016.

Paridad	N°	%
Nulípara	19	38
Primípara	6	12
Multípara	23	46
Gran multípara	2	4
Total	50	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.

De los 50 casos estudiados el 46 % (23 casos) corresponden a pacientes multíparas.

**Tabla N° 4.**

Distribución de 50 pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional según si presentaron o no factores relacionados, en el HVCM durante el periodo 2010 - 2015. Cuenca, 2016.

Factores relacionados	N°	%
Enfermedad trofoblástica previa		
Si	6	12
No	44	88
Total	50	100
Abortos		
Si	20	40
No	30	60
Total	50	100
Anticonceptivos orales previos		
Si	4	8
No	46	92
Total	50	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.

De los 50 casos estudiados el 88 % no padecía de enfermedad trofoblástica gestacional previa, el 60 % de las pacientes no presentó el antecedente de aborto y el 92 % no utilizó anticonceptivos orales previos.

**Tabla N° 5.**

Distribución de 50 pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional, según el número de abortos, en el HVCM durante el periodo 2010 - 2015. Cuenca, 2016.

Número de abortos	N°	%
0	30	60
1	17	34
= ó > 2	3	6
Total	50	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.

De los 50 casos estudiados un 60 % (30 casos) no presentaron abortos.

**Tabla N° 6.**

Distribución de 50 pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional según el antecedente de sangrado transvaginal o dolor abdominal al momento del diagnóstico, en el HVCM durante el periodo 2010 - 2015.

Cuenca, 2016.

Antecedente	N°	%
Sangrado transvaginal		
Si	43	86
No	7	14
Total	50	100
Dolor abdominal		
Si	34	68
No	16	32
Total	50	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.

De los 50 casos estudiados el 86 % presentaron sangrado transvaginal y el 68 % presentaron dolor abdominal al momento del diagnóstico.

**Tabla N° 7.**

Distribución de 50 pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional según las semanas de gestación, en el HVCM durante el periodo 2010 - 2015. Cuenca, 2016.

Semanas	N°	%
< 9	12	24
9 – 13	25	50
> 13	13	26
Total	50	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.

X: 12,14

De los 50 casos estudiados existe un mayor porcentaje de pacientes diagnosticadas en el intervalo comprendido entre las 9 a 13 semanas con el 46 %. La media de semanas de gestación al momento del diagnóstico se ubicó en 12,14 semanas.

Tabla N° 8.

Distribución de 50 pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional según los métodos de diagnóstico realizados, en el HVCM durante el periodo 2010 - 2015. Cuenca, 2016.

Método diagnóstico	N°	%
Historia clínica + ecografía	6	12
Historia clínica + ecografía + β hCG	44	88
Total	50	100



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.

De los 50 casos estudiados en el 88 % se realizó historia clínica + ecografía + β hCG para el diagnóstico.

Tabla N° 9.

Distribución de 50 pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional según el tratamiento realizado, en el HVCM durante el periodo 2010 - 2015. Cuenca, 2016.

Tratamiento	N°	%
Aspiración manual endouterina	18	36
Legrado uterino instrumental	15	30
Histerectomía	6	12
Ninguno	1	2
AMEU + LUI	10	20
Total	50	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.

De los 50 casos estudiados en el 36 % se realizó aspiración manual endouterina.



Capítulo 6.

Discusión.

En el presente estudio se pudo determinar que de un total de 35382 pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del HVCM en el periodo comprendido entre enero del 2010 y enero del 2015 se presentaron 50 casos de enfermedad trofoblástica gestacional, dichos casos representan el 0,14 % de pacientes atendidas en esta área; cifra menor a la encontrada por Astudillo V, Figueroa E. y Ordóñez P. en un estudio similar realizado durante el año 2000 en este mismo hospital donde de un total de 34271 partos reportados en el periodo correspondiente a enero de 1990 a diciembre de 1999, se encontraron 56 casos que corresponden al 0,16 % (8).

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, se observó que la media de edad de las pacientes fue de 26,96 años, la edad mínima de presentación de 16 años y la máxima de 49 años, así mismo la mayor frecuencia de casos encontrados estuvieron dentro del rango de 21 a 30 años. De lo antes mencionado hemos podido encontrar datos similares en el estudio realizado por Astudillo V, Figueroa E. y Ordóñez P. en el año 2000 en donde se encontró que el 67,86 % de los casos estudiados oscilan entre los 20 a 34 años, además de lo encontrado por Valenzuela C. y colaboradores en República Dominicana donde se observó que el 51.0 % de los casos se presentaron a las pacientes entre 20 a 30 años. No obstante estos datos son contrarios a los encontrados en la literatura (8, 28).

De los casos estudiados el 46 % se encuentra en el rango de multíparas, dato similar al encontrado por Astudillo V, Figueroa E. y Ordóñez P. en el HVCM, en el cual el 71,43 % de las pacientes correspondieron a pacientes multíparas, no obstante estas cifras no concuerdan con lo encontrado en la literatura internacional como es el caso del estudio realizado por Valenzuela C, Tavarez D. y Medrano L, donde se demostró que el 55.23 % de casos se presentaron en nulíparas (8, 28).



En relación a otros factores de riesgo para presentar enfermedad trofoblástica gestacional, el antecedente de ingesta de anticonceptivos orales en este estudio se observó en el 8 % de las pacientes, mientras que el antecedente de abortos previos se presentó en el 40%, datos distintos a los encontrados por García S. y colaboradores en México, en el cual menciona el antecedente de ingesta métodos hormonales orales se presentó en un 21 % de las pacientes captadas, mientras que el antecedente de aborto se observó en el 29 % de los casos (6).

En referencia a los hallazgos clínicos en el momento del diagnóstico se reportó la presencia de sangrado transvaginal como el signo más común representado por el 86% de pacientes, dato que podemos comparar con lo encontrado por Astudillo V, Figueroa E. y Ordóñez P. en el HVCM en el cual se reportó que el 75 % de las pacientes presentaron sangrado transvaginal como única manifestación clínica, lo que también concuerda con los datos encontrados en la literatura internacional, como lo publicado en la revista Journal of Chitwan Medical College por JP Deep y colaboradores en el cual se menciona al sangrado vaginal como el signo más común de la enfermedad trofoblástica en el 80 % al 90 % de los casos (2, 8).

Con respecto a las semanas de gestación al momento del diagnóstico nuestro estudio reveló una media de 12,14 semanas de gestación, registrándose una mayor frecuencia dentro del intervalo entre las 9 a 13 semanas, datos parecidos a los hallados en el estudio realizado por Astudillo V, Figueroa E y Ordóñez P. en la ciudad de Cuenca - Ecuador, en el cuál se encontró que el 83.93 % de las pacientes fueron diagnosticadas cuando cursaban una edad gestacional de 10 a 24 semanas, lo que concuerda además con el estudio realizado por García S. y colaboradores en México en donde se observó una media de 13.18 semanas y una mayor frecuencia de casos dentro del rango de las 12 a 14 semanas (6, 8).



En lo referente al diagnóstico de la enfermedad trofoblástica gestacional el 88 % de los casos fueron diagnosticados mediante el uso simultáneo de historia clínica, ecografía y β hCG, datos similares a los encontrados anteriormente en un estudio realizado por Astudillo V, Figueroa E. y Ordóñez P. en el cual se observó que el método diagnóstico más utilizado fue la ecografía con un porcentaje del 84 % seguido del método hormonal con el 65 % de los casos (8).

Con respecto al tratamiento para la enfermedad trofoblástica gestacional, los más usados fueron aspiración manual endouterina y el legrado uterino instrumental, que corresponde respectivamente al 36 %, y 30 %, datos que coinciden con lo publicado en la revista *Journal of Chitwan Medical College* por JP Deep y colaboradores en la cual señalan que la dilatación y evacuación por succión son el tratamiento estándar en la enfermedad trofoblástica gestacional no obstante estos datos son contrarios a los obtenidos por Guzmán M y colaboradores en el hospital Príncipe de Asturias en Madrid - España en el cual se menciona al legrado uterino instrumental como método más frecuente utilizado en el 96.6 % de los casos (2, 5).



Capítulo 7.

7.1 Conclusiones.

1. La edad de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional se encuentran en el rango comprendido entre los 21 y 30 años con una media de edad de 26.96 años.
2. La edad gestacional al momento del diagnóstico estuvo entre las 9 y 13 semanas con una media de 12,14 semanas.
3. La mayoría de casos estudiados no presentaron condiciones previas relacionadas con la enfermedad trofoblástica gestacional.
4. El sangrado transvaginal y el dolor abdominal se encontraron en más de la mitad de los casos al realizar el examen clínico.
5. La historia clínica, ecografía y β hCG en conjunto fueron los medios usados para el diagnóstico.
6. La aspiración manual endouterina fue el tratamiento realizado en la mayoría de pacientes.



7.2 Recomendaciones.

1. Instruir al personal médico de atención primaria sobre el manejo inicial de las pacientes que acuden con sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional.
2. Reforzar en el personal de salud la realización de una adecuada historia clínica.
3. Uso adecuado de los protocolos de manejo de las hemorragias de la primera mitad del embarazo, mejorando el tratamiento de la enfermedad y la evolución de la paciente.
4. Realizar estudio histopatológico a toda paciente diagnosticada y tratada de enfermedad trofoblástica gestacional para descartar posibles carcinomas.
5. Realizar seguimiento médico a todas las pacientes diagnosticadas de enfermedad trofoblástica gestacional.
6. Socializar con el equipo de salud de ésta institución los resultados de éste trabajo.



7.3 Bibliografía.

1. Aragón M, Arteaga C, Riaño J. Enfermedad trofoblástica gestacional. En: Parra M, Müller E, editores. Obstetricia integral Siglo XXI. Tomo II. Colombia: Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 35-56.
2. Deep JP, Sedhai L B, Napit J, Pariyar J. Gestational Trophoblastic Disease. Journal of Chitwan Medical College [internet]. 2013 [citado 09 Abr. 2015]; 3(4): 4-11. Disponible en: <http://cmc.edu.np/images/gallery/Review%20Articles/ankVwReview%20Articles%202.pdf>
3. Vázquez E, Delgado L, Ramos L, Vázquez J, Brito A. Caracterización clínica de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, en el Hospital Ginecobstétrico “Ramón González Coro”. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 [citado 04 Abr. 2015]; 40 (3): 319-325. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol52_2_14/hie04214.htm
4. Sánchez C, Millán M, Fajardo Y, Proenza J. Mola hidatiforme parcial con feto vivo en el tercer trimestre del embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 [citado 04 Abr. 2015]; 36(4): 638-645. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n4/gin17410.pdf>
5. Guzmán M, Nieto A, Cano A, Martínez N, Zapico A. Enfermedad Trofoblástica Gestacional: Comportamiento en Nuestro Medio Actual. Toko – GinPract [internet]. 2012 [citado 06 Abr. 2015]; 71 (4): 77-80. Disponible en: <http://www.tokoginecologia.org/Toko/2012/Jul-Ago.pdf#page=16>
6. García S, Arteaga R, Alcántar B. Características clínicas y para clínicas (niveles de hemoglobina y de hormona gonadotropina corionica) en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Trofoblástica Gestacional del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Civil Dr. Antonio Gonzales Guevara en Tepic, Nayarit. Quím. hoy chem.sci. [internet]. 2013 [citado 09 Abr. 2015]; 3 (1): 41-45. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/3454/1/Art7.pdf>.



7. Ngana H, Kohornb E, Colec L, Kurmand R, Kime J, Lurainf J, et al. Trophoblastic disease. International Journal of Gynecology & Obstetrics [internet]. 2012 [citado 09 Abr. 2015]; 119S2: S130–S136. Disponible en: <http://www.unipd.it/esterni/wwwginec/sito%20didattica/Unita'%20operative/Ginecologia%20Oncologica/FIGO%202012%20TROPHOBLASTIC%20Disease%20.pdf>
8. Astudillo V, Figueroa E, Ordoñez P. Estudio de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital Vicente Corral Moscoso enero 1990 - diciembre 1999; Tesis. Cuenca - Ecuador; 2000.
9. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC [Internet]. Quito - Ecuador; 2010 [citado 04 de Abr. del 2015]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/azuay.pdf>
10. Acosta A, González J, Arana M. Paciente asintomática con mola hidatidiforme parcial, preeclampsia e hipertiroidismo. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. Revista Médica MD [internet]. 2013 [citado 09 Abr. 2015]; 4 (4): 301-304. Disponible en: http://www.revistamedicamd.com/sites/default/files/revistas/rep_de_caso_mola_hidatiforme_rev_med_md_2013.pdf
11. Ayala R, Briones C, Anaya H, Leroy L. Diagnóstico de embarazo molar por Histeroscopia. GinecolObstetMex [Internet] 2012. [citado el 11 de Abr. Del 2015]; 80(8): 540-544. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom128h.pdf>
12. Fernández L, Eficacia del metotrexato en el tratamiento de la mola hidatiforme. Rev Per GinecolObstet [internet]. 2008 [citado 09 Abr. 2015]; 54: 214-218. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n3/pdf/a13v54n3.pdf
13. Sanz V, Pérez M, Rodelgo A, Gómez A, Toro P. Enfermedad trofoblástica gestacional persistente. Toko – GinPract [internet]. 2012 [citado 10 Abr.



- 2015]; 71 (6): 141-144. Disponible en: <http://tokoginecologia.org/Toko/2012/Nov-Dic%20725.pdf#page=28>
14. Berkowitz R, Goldstein D, Embarazo Molar. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [Internet] 2009. [citado el 11 de Abr. Del 2015]; 28, (3): 129-134. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/912/912122200006.pdf>
15. García G. Enfermedad trofoblástica gestacional. XIX Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia [internet]. 2011 [citado 05 Abr. 2015]; 19: 162-174. Disponible en: <file:///C:/Users/CASA/Downloads/17534-61153-1-PB.pdf>
16. Treviño E. Enfermedad trofoblástica gestacional. En: Cabero L, Saldívar D. Operatoria Obstétrica. ed. México: Médica Panamericana S.A. de C.V; 2009. p. 59-68.
17. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Spong C, Rouse D. Williams Obstetricia. 23 edición. México: McGraw Hill; 2011
18. Almeida E, Freitas E, Almeida R, Vieira D. Crisis Tirotóxica Asociada a la Enfermedad Trofoblástica Gestacional. RevBrasAnestesiol. [internet]. 2011 [citado 06 Abr. 2015]; 61 (5): 331-333. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n5/es_v61n5a10.pdf
19. Iker J, Hilario J, Mozo F, Gorostiaga A. Embarazo gemelar con feto sano y mola completa como origen de enfermedad trofoblástica gestacional persistente: caso clínico. ProgObstetGinecol [internet]. 2009 [citado 08 Abr. 2015]; 52 (10): 588-594. Disponible en : http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13142531&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=151&ty=155&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v52n10a13142531pdf001.pdf
20. Drouet W; Incidencia, Manejo Obstétrico y Complicaciones del Embarazo Molar. Hospital Nacional De Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón 2008 – 2010; Tesis Presentada Como Requisito Para Optar Por La Especialidad En Ginecología y Obstetricia; Pagina 6. [citado el 04 de Abr.



- Del 2015]. Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2219/1/Tesis.pdf>
21. Hernández A, Aguilar Y, López D, Ochoa F, Briones J. Coriocarcinoma gestacional. Caso clínico de Medicina crítica en Ginecología y Obstetricia. GAMOI [internet]. 2012 [citado 07 Abr. 2015]; 11 (1):55-59. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90123238&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=305&ty=82&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=305v11n01a90123238pdf001.pdf
22. Jolinière J, Khomsi F, Fadhlaoui A, Ali N, Dubuisson J, Feki A. Placental site trophoblastic tumor: a case report and review of the literature. *Frontiers in Surgery* [internet]. 2014 [citado 05 Abr. 2015]; 1 (31): 1-6. Disponible en:
<file:///C:/Users/CASA/Downloads/fsurg-01-00031.pdf>
23. Kurman R, Shih I. Discovery of a Cell: Reflections on the Checkered History of Intermediate Trophoblast and Update on its Nature and Pathologic Manifestations. *Int J GynecolPathol*. Author manuscript [internet]. 2014 [citado 07 Abr. 2015]; 33(4): 339–347. Disponible en:
<file:///C:/Users/CASA/Downloads/nihms-664006.pdf>
24. Karaa T, Ozcan P, Babac F, Celik C, Kara G. Primary epithelioid trophoblastic tumor with a synchronize breast carcinoma detected only with FDG-PET/CT Scan. *RevEspMedNucl* [internet]. 2011 [citado 09 Abr. 2015]; 30(6): 368–371. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90050882&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=425&ty=59&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=en&fichero=425v30n06a90050882pdf001.pdf
25. Ko M, Soper J. Gestational Trophoblastic Disease. En: Philip J, Di Saia, Creasman W. *Clinical Gynecologic Oncology*. 8va ed. China: Elsevier; 2012. p. 189-218



26. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012.
27. Suárez A, Santana M, Pantoja O, Pérez E, Vázquez H. Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional detectada por el estudio histopatológico rutinario de los especímenes obtenidos de abortos. *GinecolObstetMex* [Internet] 2008 [citado 12 Abr. 2015]; 76(2):81-87. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom082c.pdf>
28. Mancebo B, Valenzuela C, Tavares D, Valenzuela J, Medrano L, Lerebours M. Frecuencia y factores asociados de la enfermedad trofoblástica gestacional, en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. *RevMedDom* [Internet] 2010 [citado 12 Abr. 2015]; 71(3): 37-39. Disponible en: <http://www.bvs.org.do/revistas/Rmd/2010/71/03/RMD-2010-71-03-037-039.pdf>
29. INTRAMED. [Internet]. INTRAMED; 2006 [actualizado 01 Jun 2015; Citado 02 Jun. 2015]; Página web disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=59565>
30. Oróstegui S, Arenas Y, Galindo L. Enfermedad trofoblástica gestacional. *MedUNAB* [Internet]. 2008 [Citado 11 Abr. 2015]; 11(2): 140 - 148. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/Medunab/2008/vol11/no2/9.pdf>
31. Juárez A, Islas L, Durán M. Mola Hidatidiforme Parcial con feto vivo del Segundo Trimestre. *RevChilObstetGinecol*[internet]. 2010 [citado 01 Jul. 2015]; 75(2): 137 - 139. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n2/art11.pdf>
32. Fu J, Fang F, Xie L, Chen H, He F, Wu T, et.al. Quimioterapia profiláctica para la mola hidatidiforme en la prevención de la neoplasia trofoblástica gestacional. *Database of Systematic* [Internet] 2012 [citado 10 Abr. 2015]; 10 (10): 72-89. Disponible en <http://www.cochrane.org/es/CD007289/quimioterapia-profilactica-para-la-mola-hidatidiforme-en-la-prevencion-de-la-neoplasia-trofoblastica-gestacional>



33. Williams M, Benoit M, Edwards. Gynecologic Oncology Handbook. United States of America: Demos medical. 2013.

7.4 Bibliografía general.

1. Acosta A, González J, Arana M. Paciente asintomática con mola hidatidiforme parcial, preeclampsia e hipertiroidismo. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. Revista Médica MD [internet]. 2013 [citado 09 Abr. 2015]; 4(4):301-304. Disponible en: http://www.revistamedicamd.com/sites/default/files/revistas/rep_de_caso_mola_hidatiforme_rev_med_md_2013.pdf
2. Almeida E, Freitas E, Almeida R, Vieira D. Crisis Tirotóxica Asociada a la Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Rev Bras Anestesiol. [internet]. 2011 [citado 06 Abr. 2015]; 61 (5): 331-333. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n5/es_v61n5a10.pdf
3. Aragón M, Arteaga C, Riaño J. Enfermedad trofoblástica gestacional. En: Parra M, Müller E, editores. Obstetricia integral Siglo XXI. Tomo II. Colombia: Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 35-56.
4. Astudillo V, Figueroa E, Ordoñez P. Estudio de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital Vicente Corral Moscoso enero 1990 – diciembre 1999; Tesis. Cuenca – Ecuador; 2000
5. Ayala R, Briones C, Anaya H, Leroy L. Diagnóstico de embarazo molar por Histeroscopia. Ginecol Obstet Mex [Internet] 2012. [citado el 11 de Abr. Del 2015]; 80(8): 540-544. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom128h.pdf>
6. Berkowitz R, Goldstein D, Embarazo Molar. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [Internet] 2009. [citado el 11 de Abr. Del 2015]; 28, (3): 129-134. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91212200006.pdf>
7. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Spong C, Rouse D. Williams Obstetricia. 23 edición. Mexico: McGraw Hill; 2011



8. Deep JP, SedhaiLB, NapitJ, Pariyar J. Gestational Trophoblastic Disease. Journal of Chitwan Medical College [internet]. 2013 [citado 09 Abr. 2015]; 3(4): 4-11. Disponible en: <http://cmc.edu.np/images/gallery/Review%20Articles/ankVwReview%20Articles%202.pdf>
9. Drouet W; Incidencia, Manejo Obstétrico y Complicaciones del Embarazo Molar. Hospital Nacional De Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón 2008 – 2010; Tesis Presentada Como Requisito Para Optar Por La Especialidad En Ginecología Y Obstetricia; Pagina 6. [citado el 04 de Abr. del 2015]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2219/1/Tesis.pdf>
10. Fernández L, Eficacia del metotrexato en el tratamiento de la mola hidatiforme. Rev Per GinecolObstet [internet]. 2008 [citado 09 Abr. 2015]; 54: 214-218. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n3/pdf/a13v54n3.pdf
11. Fu J, Fang F, Xie L, Chen H, He F, Wu T, et. al. Quimioterapia profiláctica para la mola hidatidiforme en la prevención de la neoplasia trofoblástica gestacional. Database of Systematic [Internet] 2012 [citado 10 Abr. 2015]; 10 (10): 72-89. Disponible en <http://www.cochrane.org/es/CD007289/quimioterapia-profilactica-para-la-mola-hidatidiforme-en-la-prevencion-de-la-neoplasia-trofoblastica-gestacional>
12. García G. Enfermedad trofoblástica gestacional. XIX Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia [internet]. 2011 [citado 05 Abr. 2015]; 19: 162-174. Disponible en: <file:///C:/Users/CASA/Downloads/17534-61153-1-PB.pdf>
13. García S, Arteaga R. Alcántar B. Características clínicas y para clínicas (niveles de hemoglobina y de hormona gonadotropina corionica) en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Trofoblástica Gestacional del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Civil Dr. Antonio Gonzales Guevara en Tepic, Nayarit. Quím. hoy chem.sci. [internet]. 2013



- [citado 09 Abr. 2015]; 3 (1): 41-45. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/3454/1/Art7.pdf>.
14. Guzmán M, Nieto A, Cano A, Martínez N, Zapico A. Enfermedad Trofoblástica Gestacional: Comportamiento en Nuestro Medio Actual. *Toko - GinPract* [internet]. 2012 [citado 06 Abr. 2015]; 71 (4): 77-80. Disponible en: <http://www.tokoginecologia.org/Toko/2012/Jul-Ago.pdf#page=16>
 15. Hernández A, Aguilar Y, López D, Ochoa F, Briones J. Coriocarcinoma gestacional. Caso clínico de Medicina crítica en Ginecología y Obstetricia. *GAMOI* [internet]. 2012 [citado 07 Abr. 2015]; 11 (1):55-59. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90123238&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=305&ty=82&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=305v11n01a90123238pdf001.pdf
 16. Iker J, Hilario J, Mozo F, Gorostiaga A. Embarazo gemelar con feto sano y mola completa como origen de enfermedad trofoblástica gestacional persistente: caso clínico. *ProgObstetGinecol* [internet]. 2009 [citado 08 Abr. 2015]; 52 (10): 588-594. Disponible en : http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13142531&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=151&ty=155&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v52n10a13142531pdf001.pdf
 17. INTRAMED. [Internet]. INTRAMED; 2006 [actualizado 01Jun 2015; Citado 02 Jun. 2015]; Página web disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=59565>
 18. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC [Internet]. Quito - Ecuador; 2010 [citado 04 de Abr. del 2015]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/azuay.pdf>
 19. Jolinière J, Khomsi F, Fadhlaoui A, Ali N, Dubuisson J, Feki A. Placental site trophoblastic tumor: a case report and review of the literature.



- Frontiers in Surgery [internet]. 2014 [citado 05 Abr. 2015]; 1 (31): 1-6.
Disponible en: <file:///C:/Users/CASA/Downloads/fsurg-01-00031.pdf>
20. Juárez A, Islas L, Durán M. Mola Hidatidiforme Parcial con feto vivo del Segundo Trimestre. RevChilObstetGinecol [internet]. 2010 [citado 01 Jul. 2015]; 75(2): 137 - 139. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n2/art11.pdf>
21. Karaa T, Ozcan P, Babac F, Celik C, Kara G. Primary epithelioid trophoblastic tumor with a synchronize breast carcinoma detected only with FDG-PET/CT Scan. RevEspMedNucl [internet]. 2011 [citado 09 Abr. 2015]; 30(6): 368 - 371. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90050882&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=425&ty=59&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=en&fichero=425v30n06a90050882pdf001.pdf
22. Ko M, Soper J. Gestational Trophoblastic Disease. En: Philip J, Di Saia, Creasman W. Clinical Gynecologic Oncology. 8va ed. China: Elsevier; 2012. p. 189-218
23. Kurman R, Shih I. Discovery of a Cell: Reflections on the Checkered History of Intermediate Trophoblast and Update on its Nature and Pathologic Manifestations. Int J GynecolPathol. Authormanuscript [internet]. 2014 [citado 07 Abr. 2015]; 33(4): 339–347. Disponible en: <file:///C:/Users/CASA/Downloads/nihms-664006.pdf>
24. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012.
25. Mancebo B, Valenzuela C, Tavarez D, Valenzuela J, Medrano L, Lerebours M. Frecuencia y factores asociados de la enfermedad trofoblástica gestacional, en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. RevMedDom [Internet] 2010 [citado 12 Abr. 2015]; 71(3): 37-39. Disponible en: <http://www.bvs.org.do/revistas/Rmd/2010/71/03/RMD-2010-71-03-037-039.pdf>



26. Ngana H, Kohornb E, Colec L, Kurmand R, Kime J, Lurainf J ,et al. Trophoblastic disease. International Journal of Gynecology & Obstetrics [internet]. 2012 [citado 09 Abr. 2015]; 119S2: S130–S136. Disponible en: <http://www.unipd.it/esterni/wwwginec/sito%20didattica/Unita'%20operative/Ginecologia%20Oncologica/FIGO%202012%20TROPHOBLASTIC%20Diasease%20.pdf>
27. Oróstegui S, Arenas Y, Galindo L. Enfermedad trofoblástica gestacional. MedUNAB [Internet]. 2008 [Citado 11 Abr. 2015]; 11(2): 140 – 148. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/Medunab/2008/vol11/no2/9.pdf>
28. Sánchez C, Millán M, Fajardo Y, Proenza J. Mola hidatiforme parcial con feto vivo en el tercer trimestre del embarazo. Rev Cubana ObstetGinecol [Internet]. 2010 [citado 04 Abr. 2015]; 36(4): 638-645. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n4/gin17410.pdf>
29. Sanz V, Pérez M, Rodelgo A, Gómez A, Toro P. Enfermedad trofoblástica gestacional persistente. Toko – GinPract [internet]. 2012 [citado 10 Abr. 2015]; 71 (6): 141-144. Disponible en: <http://tokoginecologia.org/Toko/2012/Nov-Dic%20725.pdf#page=28>
30. Suárez A, Santana M, Pantoja O, Pérez E, Vázquez H. Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional detectada por el estudio histopatológico rutinario de los especímenes obtenidos de abortos. GinecolObstetMex [Internet] 2008 [citado 12 Abr. 2015]; 76(2):81-87. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2008/gom082c.pdf>
31. Treviño E. Enfermedad trofoblástica gestacional. En: Cabero L, Saldívar D. Operatoria Obstétrica. ed. México: Médica Panamericana S.A. de C.V; 2009. p. 59-68.
32. Vázquez E, Delgado L, Ramos L, Vázquez J, Brito A. Caracterización clínica de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, en el Hospital Ginecobstétrico “Ramón González Coro” . Rev Cubana ObstetGinecol [Internet]. 2014 [citado 04 Abr. 2015]; 40 (3): 319-325.



Disponible

en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol52_2_14/hie04214.htm

33. Williams M, Benoit M, Edwards. Gynecologic Oncology Handbook. United States of America: Demos medical. 2013.



ANEXOS



Anexo N°1

7.6 Variables

7.6.1 Operacionalización de las variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES				
VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Tiempo.	Años cumplidos que se registra en la historia clínica.	= < a 20 años 21 a 30 31 a 40 = > 41 años.
Enfermedad trofoblástica gestacional previa	Grupo de condiciones relacionadas con el embarazo, que se derivan del tejido trofoblástico placentario.	Mujeres que presentaron en embarazos anteriores cualquiera de las variantes de la enfermedad trofoblástica gestacional.	Antecedentes de enfermedad trofoblástica gestacional, registrado en la historia clínica.	Si No
Antecedentes de aborto	Interrupción o finalización prematura del embarazo	Abortos	Antecedentes de abortos registrados en la historia clínica	Si No
Número de abortos	Se define como el número de embarazos que han sido interrumpidos o finalizados de manera prematura.	Número de abortos	Número de abortos registrados en la historia clínica	0 1 = >2
Paridad	Se define como el número de embarazos que alcanza la viabilidad.	Número de partos	Número de partos registrados en la Historia Clínica Nulípara: Mujer que no ha parido nunca Primípara: Mujer que ha parido una vez. Múltipara: Mujer que ha parido 2 o más veces Gran Múltipara: Mujer que ha parido 6 veces o más.	Nulípara Primípara Múltipara Gran múltipara.
Edad Gestacional	Es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento.	Semanas	La edad gestacional registrada en la historia clínica.	< 9 9-13 > 13
Sangrado	Sangrado vaginal	Sangrado	Presencia de sangrado	Si



transvaginal	anormal, distinto al del período menstrual.	transvaginal	transvaginal.	No
Dolor abdominal	Es una manifestación subjetiva, experiencia sensorial y emocional, como expresión de daño orgánico y/o funcional.	Dolor abdominal	Presencia de dolor abdominal	Si No
Método anticonceptivo oral previo.	Método que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación, usado previamente a la presentación de la patología.	Medicamentos de consumo oral que contienen una o dos hormonas.	Antecedente de uso de métodos anticonceptivos orales, obtenidos de la historia clínica Orales.	Si No
Método Diagnóstico	Procedimiento por el cual se identifica cualquier estado de salud o enfermedad.	Procedimiento	Métodos diagnósticos utilizados, registrados en la Historia Clínica.	Historia clínica Ecografía β hCG
Tipo tratamiento	Es el conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.	Tratamiento	Tratamiento registrado en la Historia clínica	Aspiración manual endouterina (AMEU) Legrado Uterino Instrumental. (LUI) Histerectomía. Ninguno



Anexo N°2

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

Caracterización 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.

Estos formularios serán llenados con datos estadísticos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional en el HVCM durante el periodo comprendido enero 2010 a enero 2015.

Fecha ingreso:

Numero de Historia Clínica:

Edad:.....

1.- Presencia de enfermedad trofoblástica gestacional previa. SI NO

2.- Antecedentes de abortos. SI NO N°

3.- Partos:.....

4.- Semanas de gestación:



6.- Sangrado transvaginal. SI NO

7.- Dolor abdominal. SI NO

8.- Métodos anticonceptivos orales previos. SI NO

9.- Diagnóstico con:

- Historia clínica
- Ecografía
- β hCG

10.- Tratamiento.

- AMEU
- LUI
- Histerectomía
- Ninguno.