

**PREVALENCIA DE ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL EN  
PACIENTES CON HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO  
EN LA CLINICA DE MATERNIDAD RAFAÉL CALVO DE  
CARTAGENA, BOLÍVAR  
MAYO 2000- MAYO 2010**

AUTORES

JAVIER ACEVEDO

ELIANA PATRICIA CORDERO DORIA

JOSE LUIS JULIO GÓMEZ

Dr EDGAR GÓMEZ RHENALS

Tutor

UNIVERSIDAD DEL SINÚ

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Cartagena de Indias – Bolívar

2009

Nota de Aceptación

---

---

---

---

---

---

Firma del Presidente del Jurado

---

Firma del Jurado

---

Firma del Jurado

Cartagena, Julio 14 de 2010

Dedicado a la perseverancia de mis padres, al amor de mis hijos y de mi esposa de la que tanto apoyo recibí en ésta lucha de conocimiento. Gracias Padre celestial, por la oportunidad brindada.

*Javier Acevedo*

*Támara*

*♪♪♪♪♪ Por tantas cosas ♪♪♪♪♪ como me has dado en la vida... ♪♪♪♪♪ quiero hoy decirte: muchas Gracias mi Dios, ♪♪♪♪♪ mi Señor... Para ti, Padre mío, mi eterna y humilde gratitud...*

Madre querida, gracias por tu apoyo incondicional y por tu perenne confianza en mis atributos... A mi padre y hermanos, infinitas gracias por este sacrificio compartido...

*Eliana Cordero*

*Doria*

Gracias a ti mi Dios por darme esta grandiosa oportunidad. A mis padres por su apoyo incondicional, a mi querida esposa Lety por estar siempre a mi lado apoyándome, brindándome su amor, su comprensión, por ser mi fuerza y mi templanza, acompañándome en éste arduo camino.

*José Luis Julio*

*Gómez*

#### **AGRADECIMIENTOS**

Los autores de este proyecto

expresan sus agradecimientos a:

Doctores EDGAR GOMEZ RHENALS y ANGELA MARIA BALLESTAS, por su colaboración y orientaciones en el marco del desarrollo del proyecto.

Doctor ALFREDO GANEN, Licenciada BLANCA ESPINEL, Licenciado WALTER TORRES, por sus orientaciones y aportes para adelantar el desarrollo metodológico del proyecto.

A la Clínica MATERNIDAD RAFAEL CALVO, por permitirnos desarrollar nuestras actividades académicas y emprender la búsqueda de la información requerida para completar este proyecto de grado.

## TABLA DE CONTENIDO

Pág.

1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2.	JUSTIFICACION	11

3.	OBJETIVO GENERAL	13
3.1	OBJETIVO ESPECIFICO	14
4	MARCO REFERENCIAL	15
4.1	MARCO HISTORICO: <i>contexto institucional Clinica Maternidad Rafael Calvo</i>	15
4.1.1	<i>Surgimiento</i>	15
4.1.2	<i>Misión</i>	15
4.1.3	<i>Visión</i>	15
4.2	MARCO CONCEPTUAL	16
4.2.1	<i>Definición</i>	16
4.2.2	<i>Clasificación</i>	17
4.2.2.1	<i>Mola hidatiforme</i>	17
4.2.2.2	<i>Tumores trofoblasticos gestacionales</i>	17
4.2.3	<i>Factores de riesgo y causas desencadenantes</i>	18
4.2.4	<i>Cuadro clínico y diagnostico</i>	18
4.2.5	<i>Diagnóstico diferencial clínico</i>	19
4.2.6	<i>Confirmación diagnóstica</i>	20
4.2.6.1	<i>Subunidad Beta de la Gonadotropina Coriónica</i>	20
4.2.6.2	<i>Ultrasonido</i>	20
4.2.7	<i>Tratamiento y seguimiento</i>	21
4.2.7.1	<i>Mola Hidatiforme</i>	23
4.2.7.2	<i>Tumores trofoblasticos de la gestacion en la placenta</i>	24
4.2.7.3	<i>Tumores trofoblasticos de la gestion general</i>	24
4.2.7.4	<i>Tumores Trofoblasticos de la Gestación metataxicos de pronóstico favorable</i>	25
4.2.7.5	<i>TUMORES TROFOBLÁSTICOS DE LA GESTACION METASTÁSICOS DE PRONÓSTICO PRECARIO</i>	26

4.2.7.6	<i>Tumores trofoblásticos recurrentes de la gestación</i>	27
4.2.8	<i>Seguimiento</i>	28
4.2.9	Marco Legal	30
5	METODOLOGÍA	31
5.1	<i>Tipo de estudio</i>	31
5.2	<i>Población y muestra</i>	31
5.2.1	<i>Población objeto de estudio</i>	31
5.2.2	<i>Muestra</i>	31
5.3	<i>Definición de variables</i>	31
5.5	<i>Técnicas de recolección de datos</i>	33
5.6	<i>Plan de análisis</i>	34
5.7	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	35
6	RUBROS	36
7	RESULTADOS	37
8	DISCUSIÓN	64
9	CONCLUSIONES	67
10	RECOMENDACIONES	68
	BIBLIOGRAFÍA	69
	ANEXO 1 <i>Instrumento de recolección de datos</i>	71

<b>LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS</b>	<b>Pag</b>
-----------------------------------	------------

Tabla No 1	Clasificación de la ETG	18
Tabla No 2	Factores pronósticos en el manejo de la ETG	22
Tabla No 3	Operacionalización de variables	32
Tabla No 4	5.4. Cronograma de actividades	35
Tabla No 5	6. Rubros	36
7.1.	EDAD	37
7.2.	NIVEL SOCIO-ECONÓMICO	38
7.3.	TIPO DE AFILIACIÓN AL SGSSS	39
7.4.	MOTIVO DE CONSULTA	40
7.5.	DIAGNÓSTICO	40
7.6.	EDAD GESTACIONAL	41
7.7.	HEMOGLOBINA	42
7.8.	TIPO DE LEGRADO	43
7.9.	MANEJO DEL CUADRO CLÍNICO	43
7.10.	CONTINUACIÓN DEL MANEJO	44
7.11.	NUMERO DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO	45
7.12.	ESTADO CIVIL	45
7.13.	ESCOLARIDAD	46
7.14.	OCUPACIÓN	46
7.15.	PROCEDENCIA	47
7.16.	MENARQUIA	48
7.17.	INICIO DE LA VIDA SEXUAL	49
7.18.	INICIO DE LA VIDA OBSTÉTRICA	50
7.19.	NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	51
7.20.	NUMERO DE GESTACIONES	52
7.21.	NUMERO DE PARTOS	53
7.22.	ANTECEDENTES DE ABORTOS	54



7.23.	ANTECEDENTES DE CESAREA	55
7.24.	ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS PREVIAS	55
7.25.	GRUPO SANGUÍNEO	56
7.26.	HÁBITOS	57
7.27.	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	58
7.28.	SOLICITUD DE ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS	58
7.29.	SOLICITUD DE ESTUDIO ECOGRÁFICO	59
7.30.	SOLICITUD DE BHCG	60
7.31.	SOLICITUD DE ESTUDIO DE PATOLOGÍA	60
7.32.	RESULTADO OBSTETRICO ULTIMO EMBARAZO	61
7.33.	COMPLICACIONES DEL ACTUAL EMBARAZO	62
Tabla No 6	Consolidados	63

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las complicaciones hemorrágicas durante el embarazo o el parto representan la tercera causa de la morbilidad y mortalidad materna en el país [«Monterrosa y col, Scielo1992»] y la primera causa de mortalidad materna en el mundo [«Garner E. et al. Clinical Obstetrics and Gynecology, 2007»]. En este grupo de entidades, clasificadas en forma general como eventos de la primera mitad y de la segunda mitad del embarazo, se encuentra la Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG), como la tercera causa de hemorragias gestacionales dentro del primer grupo, pero es la que ocasiona las complicaciones más desastrosas y letales del mismo. [«Steigrad et al. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2003»]

A nivel mundial, se reportan casos de Incidencia de 1 caso cada 1.000 embarazos. [«Ngan. Reviews in Gynaecological Practice. 2003 »] Se relaciona con los embarazos del inicio y fin de la edad reproductiva, especialmente a los 40 años. Se produce recurrencia en 1 a 2 % de los casos [«Ngan. Reviews in Gynaecological Practice. 2003 »]. El riesgo de padecer una mola hidatidiforme es relativamente bajo, siendo su incidencia sumamente variable en las distintas zonas geográficas del mundo (1 por cada 72 embarazos en Asia, hasta 1 en 2.500 en Europa. En Colombia, se calcula entre 1 en 250 hasta 1 en 500 embarazos . Las formas malignas, representadas por el coriocarcinoma, ocurren con una frecuencia entre 1 en 20.000 a 1 en 40.000 embarazos en Latinoamérica, y entre 1 en 500 a 1 en 1000 embarazos en Asia. [«Garner E. et al. Clinical Obstetrics and Gynecology, 2007»].

En Cartagena existen reportes de hasta 1:600 casos en las diferentes entidades hospitalarias, y en un estudio llevado a cabo en la Maternidad Rafael Calvo en el año 1992, se llegó a reportar una incidencia de 1:450 casos [«Monterrosa y col, Scielo1992»] En lo que va corrido de éste año, en la clínica se ha dado manejo a 8 mujeres con gestaciones trofoblásticas, 4 de las cuales no asisten aún al seguimiento<sup>1</sup>.

El pronóstico para la curación de las pacientes con una mola Hidatiforme o embarazo molar es de 100% cuando el diagnóstico, tratamiento y seguimiento se realiza de manera temprana y oportuna [«Ngan & Seckl. Curr Opin Oncol. 2007»]. La mortalidad es rara y solo ocurre en los casos donde la enfermedad ha tomado un curso maligno por falta de vigilancia y atención oportuna en el nivel de complejidad apropiado. Sin embargo, el fenómeno morbiforme que se ha venido observando con el paso del tiempo, incluye:

- Aumento de casos de ETG
- Aumento del número de casos perdidos que no acuden al seguimiento
- Aumento del número de casos de enfermedad trofoblástica persistente, con o sin factores de riesgo para malignización
- No se lleva a cabo en forma estricta el protocolo de seguimiento establecido por la normatividad 412 expedida por el Ministerio de salud Colombiano
- En la CMRC no existe una guía de manejo de ETG
- No se está haciendo la búsqueda selectiva de casos

Por último y en éste orden de ideas: “¿Cuántos son los casos de Enfermedad Trofoblástica Gestacional (**ETG**) y qué efectos produce su inadecuado manejo,

---

<sup>1</sup> Fuente: estadística mensual de la CMRC, Enero- Julio de 2008

el diagnóstico inoportuno, la falta de adopción y/o la adaptación de guías de atención clínica, en poblaciones de riesgo para **ETG**, en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo?”

## 2. JUSTIFICACIÓN

Infortunadamente, las estadísticas mundiales muestran que, una vez identificados los casos de ETG, una proporción alta de las pacientes<sup>2</sup> necesitará la quimioterapia porque la proliferación molar es profunda en el miometrio o ha invadido más allá en los tejidos pelvianos o incluso ha podido hacer metástasis [Berkowitz RS, Goldstein DP, 1986]

Infortunadamente también, son más frecuentes en nuestro país los casos cada vez más floridos de enfermedad Trofoblástica Gestacional que dificultan su diagnóstico, probablemente por causa de estudios efectuados en forma tardía de la enfermedad, o por pérdidas en el seguimiento de los pacientes; es por ello de gran relevancia, investigar sobre enfermedad Trofoblástica Gestacional, ya que puede ofrecer información orientada a determinar las frecuencias de presentación de la patología en pacientes con hemorragia de la primera mitad del embarazo y su relación con las condiciones socioeconómicas de los pacientes que acuden a la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena, además de satisfacer las necesidades de conocimiento de los profesionales de salud y los diversos programas de internado y residencia de obstetricia y ginecología de la institución.

---

<sup>2</sup> Entre 7% y 8% de pacientes registraron ETG persistente y han tenido que someterse a esquemas quimioterapéuticos de tratamiento. Cuando analizó por el criterio histológico, aproximadamente 15% de pacientes con molas completos y 0.5% de pacientes con los molas parciales requirieron quimioterapia.

Esto facilitaría el diseño de programas de revisión de guías de atención clínica de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, su implementación y mecanismo de cumplimiento de las guías, en especial atención a la solicitud del estudio histopatológico de pacientes con este diagnóstico por parte de los profesionales de salud y residentes de ginecología y obstetricia, de tal manera que se disminuyan los casos fatales no solo en términos de morbi-mortalidad, sino en términos de vida obstétrica favorable para los pacientes afectados.

Se plantea por ende realizar un estudio exploratorio para dar cuenta de la forma de diagnóstico, manejo y seguimiento de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en pacientes de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena, como una contribución para el desarrollo de estrategias institucionales que redunden en una mejor atención en salud, de acuerdo a los lineamientos basados en la mejor evidencia científica actual.

### **3. OBJETIVO GENERAL**

“Determinar la prevalencia global de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, entre las causas de hemorragia de la primera mitad del embarazo, en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo durante el periodo mayo 2000 a mayo 2010”.

### 3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la población total de casos de hemorragia de la primera mitad del embarazo que consultan al servicio de urgencias de la Clínica de Maternidad Rafael calvo durante el periodo mayo 2000 a mayo 2010.
- Dentro del grueso de casos de hemorragia de primera mitad del embarazo, identificar la población total de casos con diagnóstico de ETG, en la Clínica de Maternidad Rafael calvo durante el periodo mayo 2000 a mayo 2010.
- Establecer las características socio-demográficas de las pacientes con Enfermedad Trofoblástica Gestacional que consultan al servicio de urgencias de la Clínica de Maternidad Rafael calvo durante el periodo mayo 2000 a mayo 2010.
- Establecer la prevalencia de las variedades de Enfermedad Trofoblástica Gestacional en pacientes con hemorragia de la primera mitad del embarazo en la clínica de maternidad Rafael Calvo de Cartagena durante el periodo mayo 2000 a mayo 2010.

- Determinar el tiempo de seguimiento médico a la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en pacientes con hemorragia de la primera mitad del embarazo en la clínica de maternidad Rafael Calvo de Cartagena durante el periodo mayo 2000 a mayo 2010.
- Determinar la proporción de transformación maligna de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en pacientes con hemorragia de la primera mitad del embarazo en la clínica de maternidad Rafael Calvo de Cartagena durante el periodo mayo 2000 a mayo 2010.

## **4. MARCO REFERENCIAL**

### **4.1 MARCO HISTÓRICO: CONTEXTO INSTITUCIONAL CLINICA MATERNIDAD RAFAÉL CALVO**

#### **4.1.1. Surgimiento**

La Clínica de Maternidad Rafael Calvo [CMRC] fue creada mediante el Decreto presidencial 1750 del 26 de junio de 1973, “Por el cual se crea la CMRC, que constituye una especial entidad pública descentralizada del nivel nacional, con la personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscritas al ministerio de la protección social. Es una empresa relativamente joven, que si bien es de carácter público, debe operar con criterios y eficiencia, transparencia y rentabilidad, que garanticen su desarrollo y aporte al mejoramiento de las



condiciones que afectan la calidad de vida del pueblo colombiano, y en especial de la del departamento de Bolívar y Costa Atlántica, dado que es una institución de segundo tercer nivel de atención con referencia desde diferentes destinos en toda la Costa Caribe, especialmente de los departamentos de Sucre, Córdoba y Bolívar.

#### **4.1.2. Misión.**

"Prestamos servicios de salud en la región Caribe Colombiana; con principios de calidad y oportunidad, buscando siempre la auto sostenibilidad social y financiera; apoyados en un talento humano de altas cualidades y competencias, una amplia red de servicios y recursos tecnológicos que garantice la calidad. Buscamos el beneficio y satisfacción de los usuarios y estamos comprometidos en la conservación del medio ambiente".

#### **4.1.3. Visión**

"En el año 2000 seremos la mejor empresa prestadora servicios de salud para la mujer en la región Caribe de Colombia, con los mejores índices de cobertura, calidad, impacto y pertenencias; logrando la fidelidad de nuestros usuarios y el reconocimiento y posicionamiento de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, apoyados en la adecuada utilización y optimización de nuestros talento humano y recursos tecnológicos; comprometidos con la preservación y conservación del medio ambiente para las generaciones actuales y futuras".

#### **4.2. MARCO CONCEPTUAL**

#### 4.2.1. Definición

La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) abarca un grupo heterogéneo de desórdenes neo y no neoplásicos, a partir del epitelio del trofoblasto de la placenta con un marcador tumoral común cuantificable (subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana, HCG), y se caracterizan por la proliferación en grados variables de las células sincitiales y de Langhans del trofoblasto, por la degeneración hidrópica de las vellosidades coriales [«Garner E. et al. Clinical Obstetrics and Gynecology, 2007»].

Están clasificadas en al menos cinco grupos distintos con base a las características histopatológicas, citogenéticas y a los rasgos clínicos. <sup>(9)</sup> Se incluyen en esta definición la mola hidatiforme, la degeneración quística de las vellosidades placentarias, la mola invasiva y el coriocarcinoma. La mola hidatiforme o el embarazo molar es el tipo más común.

La importancia del diagnóstico de la mola radica en que es una complicación en el embarazo, aparece en 1 de cada 1000 o 2000 gestaciones. Es posible actualmente, gracias a la monitorización de los niveles de gonadotropina coriónica (HCG), determinar precozmente si existe desarrollo de una enfermedad trofoblástica persistente y su tratamiento temprano tiene buenos resultados ya que responde adecuadamente a la quimioterapia.

La ETG tiende a la persistencia y, eventualmente, a la metástasis. En contraste, la ETG no neoplásica tiende a la regresión y remisión ya sea espontánea o después del tratamiento local, habitualmente la evacuación de la enfermedad. Este estadio puede derivar de mola y de otros eventos obstétricos como el aborto, un embarazo a término y el embarazo ectópico.

#### 4.2.2. Clasificación

La OMS en 1993, Scientific Group on Gestational Trophoblastic disease, clasificó la enfermedad trofoblástica gestacional, así:

##### 4.2.2.1. Mola Hidatiforme

- Completa
- Incompleta

##### 4.2.2.2. Tumores trofoblásticos gestacionales.

- No Metastáticos
- Metastáticos
- De Bajo riesgo: sin factores de riesgo.
- De Alto riesgo:
  - Nivel de HCG previo al tratamiento > 40.000 UI
  - Duración > 4 ms.
  - Metástasis Cerebrales o hepáticas.
  - Fracaso previo con quimioterapia.
  - Antecedentes de embarazo a término.

Clasificación de la Enfermedad Trofoblástica de la Gestación*	
Lesiones molares	Lesiones no molares
Mola Hidatiforme	• Coriocarcinoma
Completa (MHC)	• Tumor trofoblástico del sitio de implantación placentaria
Parcial (MHP)	• Tumor trofoblástico epiteliode
Invasiva (MHI)	• Tumores trofoblásticos misceláneos
	• Reacción exagerada en el sitio de implantación placentaria
	• Nódulo en el sitio de implantación placentaria

(\*) Clasificación de la OMS (Scully RE y col. 1994, modificada por Shih IM et al. 1998)

#### **4.2.3 Factores de riesgo y causas desencadenantes**

El nivel socioeconómico bajo, dietas hipo proteicas y bajas en ácido fólico y carotenos, factores genéticos e inmunológicos, antecedentes obstétricos como embarazos gemelares, abortos o molas previas, los hábitos de tabaquismo, el uso de anticonceptivos orales y los factores culturales se han asociado con su presentación.

#### **4.2.4 Cuadro clínico y diagnóstico**

En la etapa inicial de la enfermedad trofoblástica gestacional hay pocas características que la distinguen de un embarazo normal. El diagnóstico se sospecha según la historia clínica y los hallazgos en el examen pélvico. Se debe pensar en la presencia de una mola o de un embarazo molar cuando aparecen algunos de los siguientes signos y síntomas:

- **Metrorragia:** es el signo más frecuente y por el que más consultan las pacientes.
- **Náuseas y vómitos:** la hiperémesis se debe al aumento de los síntomas del embarazo, a la presencia exagerada de tejido trofoblástico y a la elevación de la gonadotropina coriónica ( $\beta$  HCG)
- **Signos de pre eclampsia:** debe sospecharse ETG cuando estos signos se presentan antes de la semana 24
- **Expulsión de vesículas:** salida de pequeñas vesículas por la vagina; aunque este síntoma es tardío y poco frecuente, se puede presentar especialmente cuando se sobrepasa de la semana 16
- **Signos de hipertiroidismo:** se presenta taquicardia, sudoración y temblores.
- **Signos de insuficiencia respiratoria aguda:** aparece por embolismo pulmonar de células trofoblásticas o por la asociación de pre eclampsia e hipertiroidismo

- Sobre crecimiento uterino: es la desproporción entre el tamaño uterino y la edad gestacional
- Aparición de tumoraciones ováricas: son quistes tecaluteínicos, generalmente bilaterales y multiloculares, debidos al estímulo de la  $\beta$  HCG.

#### 4.2.5 Diagnóstico diferencial clínico

**Mola completa:** sangrado vaginal hasta en 97% de los casos, útero de mayor tamaño que el esperado para la edad gestacional en 50%, hiperémesis gravídica entre 14 y 30%, pre eclampsia entre 12 y 27%, quistes teca luteínicos en 15%, tirotoxicosis entre 1 y 10% y expulsión de vesículas en 15% de los casos.

**Mola parcial:** el tamaño del útero es menor o igual que la amenorrea. Habitualmente, presentan los signos y síntomas de un aborto incompleto.

**Mola invasora:** sangrado transvaginal profuso (posterior a la evacuación), dolor abdominal bajo, hemorragia intraperitoneal, hematuria y rectorragia, según las estructuras anatómicas comprometidas.

#### 4.2.6 Confirmación diagnóstica

- Solicitar ecografía que incluya evaluación de los anexos y visualización del contenido uterino.

- Solicitar la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana, en valores cuantitativos. Actualmente, los niveles aumentados de los títulos de  $\beta$  HCG se considera como el marcador biológico más exacto para confirmar el diagnóstico
- Solicitar estudios de extensión: transaminasas (TGO, TGP) y fosfatasa alcalina, cuadro hemático con recuento de plaquetas y tiempos de coagulación (PT, PTT).
- Solicitar radiografía de tórax.

#### **4.2.6.1 Subunidad Beta de la Gonadotropina Coriónica**

Es de utilidad no solamente en el diagnóstico, sino en el seguimiento y evaluación de la respuesta al tratamiento y en el monitoreo de las recurrencias. La concentración de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana en la mola hidatidiforme parcial suele ser mayor a 100 000 mU/ml, mientras que en la parcial en la mayoría de los casos se encuentra por debajo de esta cantidad o inclusive menor a lo esperado con respecto a la amenorrea.

#### **4.2.6.2 Ultrasonido**

El valor del ultrasonido como método de gabinete en el diagnóstico integral, tiene un papel determinante, sobretodo si existe la sospecha clínica y la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana se encuentra elevada. Es una técnica sensible sobretodo para el diagnóstico del embarazo molar completo y más aún en el segundo trimestre. Esta técnica produce múltiples ecos característicos, que se generan en la interfase entre las vellosidades de la mola y el tejido circundante sin la presencia del saco gestacional normal o del feto. En el primer trimestre, suele verse una imagen ecogénica que ocupa la cavidad uterina, sin el aspecto vesicular característico. Diferenciándose el miometrio, como un tejido de menor ecogenicidad. Frecuentemente se confunde con un aborto incompleto o diferido y en algunos casos con un mioma con degeneración quística.

En el segundo trimestre, el aspecto típico es de una imagen ecogénica que ocupa la cavidad uterina que contiene imágenes anecóicas dispersas, en relación con espacios quísticos (aspecto vesicular). Sonográficamente los quistes tecaluteínicos, se presentan como imágenes quísticas (anecóicas) multitableadas. En la mola parcial, se evidencia aumento del diámetro transversal del saco gestacional y en el segundo trimestre, espacios quísticos focales en los tejidos placentarios así como partes fetales.

En la mola invasora, las vesículas pueden no estar presentes o ser demasiado pequeñas por lo que frecuentemente es difícil su visualización. En los casos de enfermedad trofoblástica persistente, se visualiza aumento de la ecogenicidad miometrial de manera focal.

#### **4.2.7 Tratamiento y seguimiento**

El tratamiento depende de:

- Tipo de células.
  - Estadio.
  - Concentración sérica de la Gonadotropina coriónica humana-beta (BhCG).
  - Duración de la enfermedad.
  - Sitios específicos de metástasis.
  - Grado de tratamiento previo.

Es de suma importancia en el tratamiento de pacientes con tumor trofoblástico de la gestación la institución de una terapia lo más pronto posible para luego continuar con quimioterapia a intervalos muy seguidos hasta que se obtengan títulos de BhCG normales. El intervalo entre cursos rara vez debe exceder 14 a 21

días, dependiendo del tratamiento. Se recomienda que las pacientes reciban de uno a tres cursos de quimioterapia después de la obtención del primer título de BhCG normal, dependiendo del grado de la enfermedad. Independientemente del estadio, si se encuentra presente alguno de los factores de alto riesgo, la paciente debe ser tratada con quimioterapia de combinación.

La OMS ha ideado un sistema de puntuación pronóstico que permite la identificación de la paciente de "ultra" alto riesgo, la probabilidad de resistencia farmacológica y elección de quimioterapia adecuada, según valores obtenidos desde la siguiente tabla de puntuación:

Factor pronóstico	Puntaje *			
	0	1	2	4
Edad (años)	< 39	> 39		
Antecedente previo	Mola hidatiforme	Aborto Embarazo ectópico	Embarazo de término	
Intervalo de tratamiento	< 4 meses	4 - 6 meses	7 - 12 meses	> 12 meses
HCG sub β inicial	< 10 <sup>3</sup> mU/ml	10 <sup>3</sup> - 10 <sup>4</sup> mU/ml	10 <sup>4</sup> -10 <sup>5</sup> mU/ml	>10 <sup>5</sup> mU/ml
Grupos sanguíneos		O x A	B - AB	
Tamaño Tumor	< 3 cm	3 - 5 cm	> 5 cm	
Sitios de metástasis	No detectadas Vagina - Pulmón	Bazo Riñon	Tracto gastrointestinal - Hígado	Cerebro
Número de metástasis	0	1 - 4	4 - 8	> 8
Quimioterapia previa			Monodroga	Dos o más drogas

\* Bajo riesgo: 4 puntos o menos; Riesgo intermedio: 5-7 puntos; Riesgo elevado: 8 puntos o más.



#### 4.2.7.1 Mola Hidatiforme

Mola Hidatiforme (embarazo molar) es curable en un 100%. La selección de tratamiento está basada en el deseo de preservar la capacidad reproductiva. Las opciones de tratamiento estándar son:

1. Remoción de la mola hidatidiforme (dilatación, evacuación por succión y curetaje).
2. Remoción del útero (histerectomía). Sólo en situaciones especiales se requiere la remoción de los ovarios.

Después de este tratamiento inicial, las pacientes deben ser controladas con determinación de BhCG sérico para documentar su retorno a la normalidad. El seguimiento con una prueba urinaria de embarazo es inadecuado, y es obligatorio efectuar un radio-inmunoensayo preciso. La quimioterapia es necesaria cuando hay:

1. Una valoración cuantitativa de BhCG ascendente durante 2 semanas (3 títulos).
2. Un diagnóstico de tejido de coriocarcinoma.
3. Una estabilización del BhCG durante 3 semanas.
4. Enfermedad metastásica (pronóstico favorable).
5. Una elevación en el BhCG después de un valor normal.
6. Hemorragia pos evacuación que no ha sido causada por retención de tejidos.

Se requiere quimioterapia sólo en 20% de las pacientes después de la evacuación de un embarazo molar. La quimioterapia es igual a la que se aplica al tumor trofoblástico gestacional no metastático

#### **4.2.7.2 Tumores trofoblásticos de la gestación en la placenta**

La histerectomía es el tratamiento preferido para los pacientes con tumores trofoblásticos de sitio placentario. Aunque se ha observado un curso benigno en la mayoría de los reportes para estos tumores, éstos son relativamente resistentes a la quimioterapia y pueden ser mortales<sup>3</sup>.

#### **4.2.7.3 Tumores trofoblásticos de la gestación general**

Esta es la presentación más común de los tumores trofoblásticos de la gestación y generalmente requiere tratamiento con terapia citotóxica, principalmente con agentes iónicos. Las opciones de tratamiento estándar por lo general comprenden quimioterapia de un solo agente aunque se ha usado histerectomía en ciertas pacientes en las que la preservación de la función reproductora no constituye un problema. La quimioterapia de un solo agente generalmente es metotrexato a menos que la paciente tenga una función hepática anormal, en cuyo caso se emplea dactinomicina.

1. Metotrexato con leucovorina<sup>4</sup>.
2. Dactinomicina<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Lurain JR: Gestational trophoblastic tumors. *Semin Surg Oncol* 6 (6): 347-53, 1990. [[PUBMED Abstract](#)]

<sup>4</sup> Berkowitz RS, Goldstein DP, Bernstein MR: Ten year's experience with methotrexate and folinic acid as primary therapy for gestational trophoblastic disease. *Gynecol Oncol* 23 (1): 111-8, 1986. [[PUBMED Abstract](#)]

<sup>5</sup> Tumors of the placental trophoblast. In: Morrow CP, Curtin JP: *Synopsis of Gynecologic Oncology*. 5th ed. New York, NY: Churchill Livingstone, 1998, pp 315-353. [[PUBMED Abstract](#)]

Otros regímenes parecen producir resultados similares de supervivencia pero han sido estudiados con menos intensidad o son de uso menos común. Estos son:

1. Metotrexato.
2. Etopósido<sup>6</sup>.

#### **4.2.7.4 Tumores Trofoblasticos de la Gestión metatasicos de pronostico favorable**

Este grupo de pacientes presenta enfermedad fuera del útero, pero no presenta ninguno de los factores pronósticos adversos detallados en la información de los estadios. En general, estas pacientes deben ser tratadas con quimioterapia de un solo agente según se describe para la enfermedad no metastásica. Las pacientes que no toleran o se vuelven resistentes al metotrexato, a menudo pueden recuperarse con dactinomicina. El desarrollo de factores intercurrentes de riesgo precario, dictamina la necesidad de quimioterapia de combinación. Las tasas de curación deben acercarse al 100%, pero aproximadamente el 40% a 50% de estas pacientes desarrollarán resistencia al primer agente quimioterapéutico y requerirán un tratamiento alternativo. Es obligatorio efectuar un monitoreo cuidadoso. Las opciones de tratamiento estándar son:

1. Metotrexato con leucovorina.<sup>3</sup>
2. Dactinomicina.<sup>4</sup>
3. Histerectomía primaria seguida por quimioterapia de un solo agente con metotrexato o dactinomicina (si la paciente escoge no preservar la capacidad reproductiva).

---

<sup>6</sup> Homesley HD, Blessing JA, Schlaerth J, et al.: Rapid escalation of weekly intramuscular methotrexate for nonmetastatic gestational trophoblastic disease: a Gynecologic Oncology

4. Quimioterapia primaria seguida por histerectomía secundaria para enfermedad uterina persistente (se debe comprobar que la enfermedad metastásica ha retrocedido totalmente).
5. Para la enfermedad resistente: MAC: metotrexato más dactinomicina más clorambucilo.

Otros regímenes parecen producir resultados similares de supervivencia pero no se han estudiado tan extensivamente o su uso no es tan común:

1. Metotrexato.
2. EMA-CO: etopósido más metotrexato más dactinomicina y vincristina más ciclofosfamida<sup>7</sup>.

#### **4.2.7.5 TUMORES TROFOBLÁSTICOS DE LA GESTACION METASTÁSICOS DE PRONÓSTICO PRECARIO**

Las pacientes con cualquiera de los factores de alto riesgo se incluyen en esta categoría. Las pacientes con un puntaje en la clasificación de la OMS mayor de ocho se consideran de riesgo especialmente ("ultra") alto. Es necesario que se instituya terapia rápidamente, y ésta debe consistir en quimioterapia con agentes múltiples. A menudo es necesario administrar terapia adicional (incluyendo radiación a metástasis en el sistema nervioso central y cirugía adyuvante). Se recomienda firmemente que estas pacientes se traten en un centro regional para enfermedades trofoblásticas o por medio de un médico con experiencia previa en el tratamiento de pacientes con riesgo precario. Se contraindica la radiación a la metástasis hepática ya que no tiene ningún valor claro y conduce a mielosupresión

---

<sup>7</sup> Bagshawe KD: High-risk metastatic trophoblastic disease. *Obstet Gynecol Clin North Am* 15 (3): 531-43, 1988. [[PUBMED Abstract](#)]

que puede hacer más difícil la administración de quimioterapia citotóxica. Las opciones de tratamiento estándar incluyen:

**Para pacientes con un puntaje de pronóstico de la OMS menor de ocho:**

- EMA-CO: etopósido más metotrexato más dactinomicina y vincristina más ciclofosfamida. Un régimen de dosis intensivas, EMA-CE, en el cual etopósido y cisplatino son sustituidos por vincristina y ciclofosfamida del régimen EMA-CO, puede ofrecer beneficios adicionales.

**Para pacientes con un puntaje pronóstico de la OMS mayor de ocho:**

- EMA-CO. 1 Un régimen de dosis intensiva de EMA-CE, puede ofrecer beneficios adicionales.

Otros regímenes que pueden producir resultados similares pero que no se han estudiado tan extensivamente o cuyo uso no es tan común incluyen:

- APE: dactinomicina más cisplatino más etopósido.
- PVB: cisplatino más vinblastina más bleomicina.
- PEBA: cisplatino más etopósido más bleomicina más adriamicina.
- Ifosfamida más carboplatino más etopósido con transplante de médula ósea autólogo.

#### **4.2.7.6 Tumores trofoblásticos recurrentes de la gestación**

La enfermedad recurrente indica fracaso en el tratamiento previo con quimioterapia a menos que la terapia inicial haya sido solo cirugía. Un estudio reciente determinó recidiva de la enfermedad en 2,5% de las pacientes con enfermedad no metastásica, 3,7% de las pacientes con pronóstico bueno de enfermedad metastásica y 13% de las pacientes con un pronóstico precario de

enfermedad metastásica. Todas las recurrencias se presentaron dentro de un lapso de 36 meses después de remisión (85% antes de 18 meses). Fracaso previo con quimioterapia automáticamente coloca a la paciente en la categoría de alto riesgo (pronóstico precario). Estas pacientes deben tratarse con quimioterapia agresiva. En el caso del tumor trofoblástico de la gestación resistente de alto riesgo (GTT, por sus siglas en inglés), combinaciones de etopósido, cisplatino y dactinomicina o bleomicina han mostrado resultados prometedores. Cuando ha fracasado la terapia quirúrgica primaria, la paciente generalmente se trata con quimioterapia de un solo agente a menos que uno de los factores de pronóstico precario que requiere quimioterapia combinada persiste.

Existe un número selecto de pacientes con GTT clínicamente detectables y resistentes a la quimioterapia, que podrían beneficiarse de una cirugía de preservación.

Cuando se identifica una metástasis del sistema nervioso central, se administra radioterapia al cerebro completo (30 Gy en fracciones de 2 Gy) simultáneamente con la iniciación de quimioterapia sistémica. Aproximadamente 50% a 60% de las pacientes alcanzarán una remisión sostenida al usar este enfoque. El resultado en las mujeres que presentan metástasis hepática debido a la GTT es precario y más precario aún si existe una metástasis cerebral presente. La quimioterapia con ifosfamida, carboplatino, y etopósido podría ser tomada en cuenta para los pacientes con GTT recurrentes que hacen metástasis al cerebro.

#### **4.2.8 Seguimiento**

- a) Revisar los resultados de la patología, los títulos cuantitativos de beta-HCG y hacer una evaluación clínica. Explicar nuevamente la importancia de continuar controlando los títulos de  $\beta$  HCG y el asesoramiento genético.
- b) Se realizará seguimiento de los títulos de  $\beta$  HCG cada dos semanas hasta obtener tres resultados negativos ( $\beta$  HCG  $<0.05$  mU/ml). Luego, se tomarán una vez al mes por seis meses (semana 24 post evacuación) y continuar cada dos meses hasta completar doce meses de seguimiento. La persistencia de títulos positivos en la semana 24 o más, luego del tratamiento, es anormal, igual que la nueva aparición de títulos positivos (elevación o persistencia en meseta) en las usuarias de un método de planificación
- c) Vigilar la ausencia de metástasis vulvovaginales por examen clínico y metástasis pulmonares mediante radiografías de tórax trimestrales.
- d) Vigilar y asegurar la adherencia a la anticoncepción oral o inyectable.
- e) Remitir a oncología para manejo con Methotrexate, cuando se diagnostique neoplasia trofoblástica gestacional o se sospeche malignización a partir de la persistencia de la enfermedad, basado en la curva de la fracción beta de la  $\beta$  HCG, cuando:
  - No haya desaparición de la  $\beta$  HCG en cuatro a seis meses luego de la evacuación
  - Haya un título de  $\beta$  HCG ascendente durante dos cuantificaciones
  - Haya un diagnóstico de tejido de coriocarcinoma de acuerdo con la lectura histopatológica

- Haya una estabilización de la  $\beta$  HCG durante tres cuantificaciones sucesivas
- Haya una elevación en  $\beta$  HCG después de un valor normal
- • Hayimpl hemorragia pos evacuación que no ha sido causada por retención de tejidos
- • Haya enfermedad metastática.

#### 4.2.9 **Marco legal.**

En Colombia, actualmente en todo el territorio nacional, el manejo de la enfermedad Trofoblástica gestacional está regida por la guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo, que hace parte de la resolución numero 00412 de 2000.



## **5 METODOLOGÍA**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

Para adelantar la presente investigación, se propone adelantar un diseño epidemiológico descriptivo, retrospectivo de tipo transversal, el cual se llevará a cabo en Clínica de Maternidad Rafael Calvo de la ciudad de Cartagena.

### **5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.**

#### **5.2.1 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO**

La población objeto del presente estudio serán todas la pacientes con hemorragia de la primera mitad del embarazo, en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena, en quienes se haya diagnosticado ETG mediante pruebas diagnosticas BHCG, Eco pélvica o TV e histopatología, atendidas en el periodo de 01 de mayo de 2000 hasta 31 de Mayo de 2010.

### 5.2.2 Muestra

Para efectos de la presente investigación, y teniendo en cuenta la baja prevalencia de la enfermedad, se procederá a trabajar con toda la población de gestantes con enfermedad trofoblástica gestacional encontradas en el periodo de tiempo durante el cual se adelantará el presente estudio.

### 5.3 DEFINICIÓN DE VARIABLE

Las variables de interés del presente estudio se operacionalizan como se describe en el cuadro No. 1.

**TABLA No. 3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

NO.	NOMBRE DE LA VARIABLE	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIZACION	NATURALEZA DE LA VARIABLE
1	EDAD MATERNA	De razón	Abierta	Cuantitativa
2	EDAD GESTACIONAL	De razón	Abierta	Cuantitativa
3	PRUEBAS DIAGNÓSTICAS REALIZADAS PARA ETG	Nominal	Ecografía Bhcg Histopatología	Cualitativa
4	TRATAMIENTO MÉDICO	Nominal	No Si	Cualitativa

5	RESULTADO OBSTÉTRICO EN EL EMBARAZO POSTERIOR AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ETG	Nominal	Aborto Nacido vivo Obito Enfermedad trofoblástica Desconocido Sd: sin datos	Cualitativa
6	SEGUIMIENTO ACTUAL	Nominal	No Si	Cualitativa
7	NIVEL SOCIO-ECONÓMICO	Ordinal	Bajo Medio Alto	Cualitativa
8	SGSSS	Nominal	Vinculada Subsidiada Contributiva	Cualitativa
9	PROCEDENCIA	Nominal	Rural Urbana	Cualitativa
10	NIVEL EDUCATIVO	Ordinal	Ninguno Primaria Secundaria Estudios superiores	Cualitativa
11	ESTADO CIVIL	Nominal	Soltera Casada Unión libre Otro	Cualitativa
12	OFICIO	Nominal	Abierta	Cualitativa
13	TABAQUISMO	Nominal	Si No Sin información	Cualitativa
14	USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES	Nominal	Si No Sin información	Cualitativa

14	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	Nominal	Embarazo gemelar Abortos Mola previa	Cualitativa
15	VARIEDAD DE TRANSFORMACIÓN DE ETG	Nominal	Lesión molar Lesión no molar	Cualitativa
16	TRANSFORMACIÓN MALIGNA	Nominal	Si No Sin información	Cualitativa
17	NÚMERO DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO	De razón	Abierta	Cuantitativa

### **5.5 TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS**

Se revisarán los libros de registro estadístico de procedimientos Ginecobstétricos del servicio de cirugía, libro estadístico de la consulta externa, libro estadístico del servicio de patología de la Clínica de maternidad Rafael calvo, para conocer las pacientes que consultaron con diagnóstico de ETG; se revisarán las historias clínicas y los RIPS en busca de las pacientes con diagnóstico de ETG, para recolectar los datos necesarios aplicando el instrumento de captura de información (Anexo 1).

### **5.6 PLAN DE ANÁLISIS**

Se tabularán los datos recolectados en el instrumento de recolección de información (Anexo 1) en una base de datos con las variables antes mencionadas. Esta base de datos se construirá en Microsoft Excel 2007. Luego se analizarán los datos generando estadísticos descriptivos, presentando las frecuencias y prevalencias descritas en los objetivos del estudio.

#### 5.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES/MES	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
1. - ASESORIA METODOLOGICA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2. - PROPUESTA	X												
3. - OBSERVACIONES	X		X		X		X		X				
4. - DISEÑO DEL PROYECTO	X												
5. - OBSERVACIONES	X	X											
6. - PROYECTO										X	X	X	X
7. - OBSERVACIONES					X		X		X		X	X	
8. - ENCUESTA										X	X	X	X
9. - CLASIFICACION DE MATERIAL											X	X	X
10. - TRATAMIENTO INFORMACIÓN												X	X
11. - ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN												X	X
12. - REDACCIÓN							X	X	X	X	X	X	X

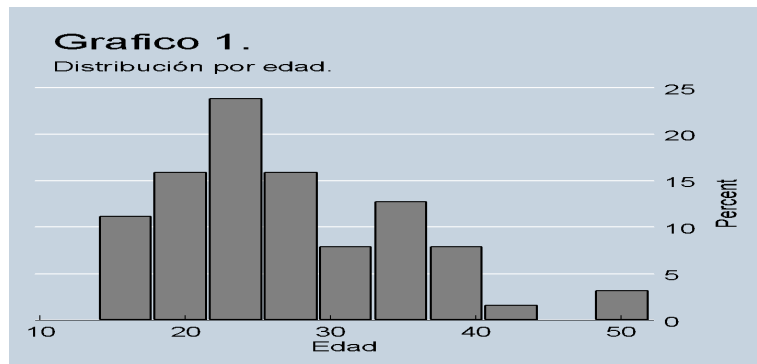
## 6 RUBROS

<b>RUBRO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>EQUIPO INVESTIGADOR</b>
Bibliografía			\$25,000
Descripción equipos	Computadora Impresora Scanner		\$250,000
Mantenimiento			\$50,000
Materiales	Fotocopias Tonners de impresora y recargas Papelería	Instrumento recolector de datos Bases de datos manuales	\$150,000
Personal científico			\$600,000
Personal de apoyo			\$100,000
Software			\$450,000
Viajes			\$200,000
Telefonía celular			\$35,000
Imprevistos			\$200,000

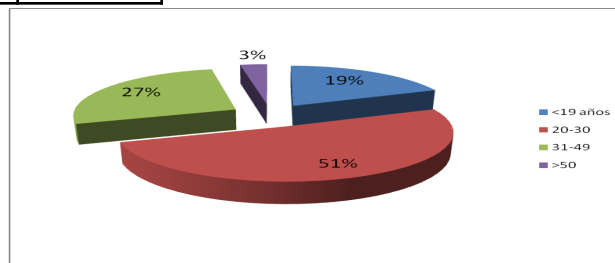


Vari able	Obs	Mean	St d. Dev.	M n	Max
Edad	63	27.03175	8.318204	14	52

Edad					
Percent i les	Smal l est				
1%	14	14			
5%	17	16			
10%	17	16	Obs	63	
25%	21	17	Sum of Wgt.	63	
50%	25			Mean	27.03175
75%	33			St d. Dev.	8.318204
90%	38	Largest		Variance	69.19252
95%	40	40		Skewness	.8352894
99%	52	52		Kurtosis	3.415903



Edad	No.	%
<19 años	12	19,0
20-30	32	50,8
31-49	17	27,0
>50	2	3,2

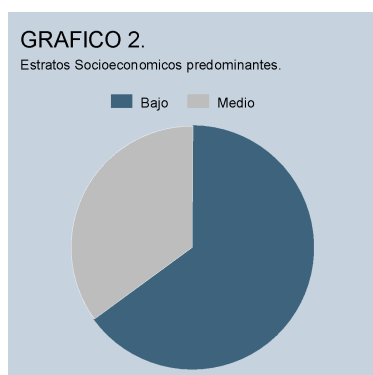




Comentario: las edades de las pacientes del estudio, oscilan entre 14 y 52 años, con media de 27 años (DS  $\pm$  8,3). El grupo etareo con mayor número de casos (51%) fue el comprendido entre los 20-30 años. Se presentaron dos casos de ETG en mujeres > de 50 años y 12 casos en menores de 19 años, para un total de 15 casos de ETG en edades extremas (24% del total de casos).

DS= DESVIACION ESTANDAR.

## 7.2. NIVEL SOCIO-ECONOMICO

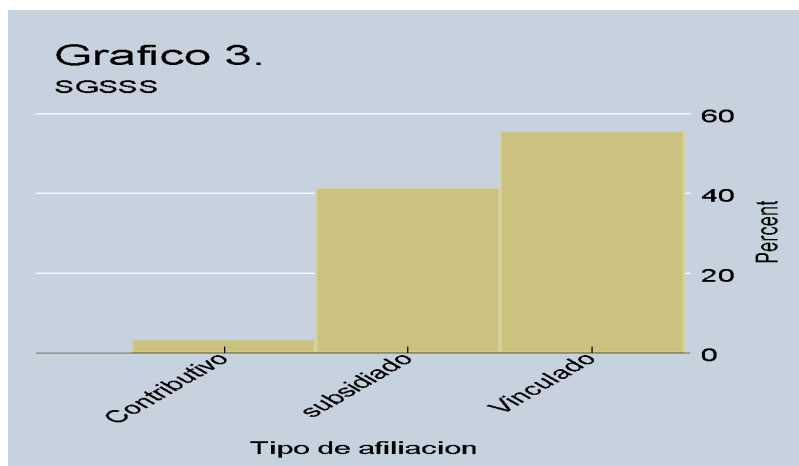


Nivel	Freq.	Percent	Cum
Bajo	41	65.08	65.08
Medio	22	34.92	100.00
Total	63	100.00	

Comentario: el nivel socioeconómico predominante dentro de éste estudio, fue el nivel bajo con 65%; es importante tener en cuenta, que en la Clínica Maternidad Rafael Calvo, comúnmente se atienden pacientes clasificadas dentro del SISBEN 1-3 (estratos socioeconómicos más bajos) y este resultado, propio de este estudio, quizá no debería extrapolarse a la población en general, en otras latitudes de la ciudad o del país, sin antes hacer un análisis comparativo de esta variable en diferentes grupos estudiados.

## 7.3. TIPO DE AFILIACIÓN AL SGSSS

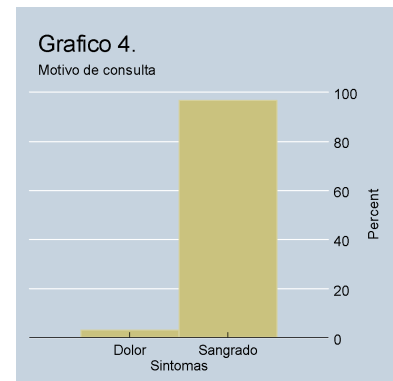
SGSSS	Freq.	Percent	Cum
Contributivo	2	3.17	3.17
Subsidiado	26	41.27	44.44
Vinculado	35	55.56	100.00
Total	63	100.00	



Comentario: los vinculados corresponden a la mitad de la población, con 55,5%. Como se comentara en el apartado anterior, es importante tener en cuenta, que en la Clínica Maternidad Rafael Calvo, comúnmente se atienden pacientes clasificadas dentro del SISBEN 1-3 (estratos socioeconómicos más bajos) y este resultado, no debería extrapolarse a la población en general, sin antes hacer una análisis comparativo de esta variable en diferentes grupos estudiados.

#### 7.4. MOTIVO DE CONSULTA

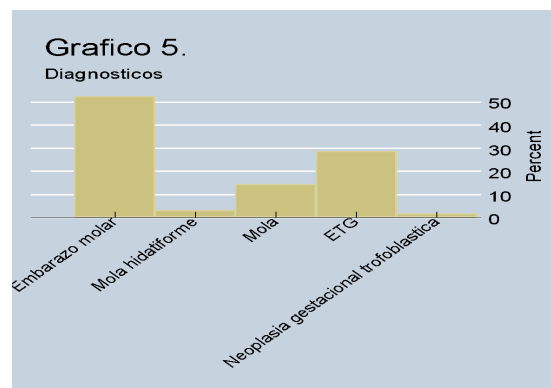
Mtconsulta	Freq.	Percent	Cum
Dolor	2	3.17	3.17
Sangrado	61	96.83	100.00
Total	63	100.00	



Comentario: el motivo de consulta más frecuente es el sangrado, 61 veces; correspondiente al 96.8% del total de consultas.

## 7.5. DIAGNOSTICO

DX	Freq.	Percent	Cum
Embarazo molar	33	52.38	52.38
Mola hidatiforme	2	3.17	55.56
Mola	9	14.29	69.84
ETG	18	28.57	98.41
Neoplasia Gestacional Trofoblástica	1	1.59	100.00
Total	63	100.00	



Comentario: El diagnostico más frecuente es embarazo molar con 33 veces, correspondiendo a la mitad de todos los diagnósticos 52,3%. Existen diagnósticos inconclusos, como por ejemplo mola, con el 14,29%. Sin embargo, es importante recordar que la Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) abarca un grupo

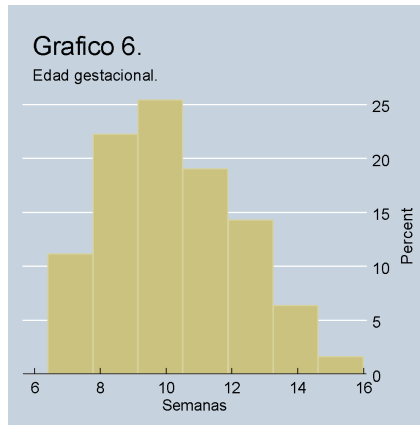
heterogéneo de desórdenes neo y no neoplásicos, a partir del epitelio del trofoblasto de la placenta que están clasificados en al menos cinco grupos distintos con base a las características histopatológicas, citogenéticas y a los rasgos clínicos. Se incluyen en esta definición la mola hidatiforme, la degeneración quística de las vellosidades placentarias, la mola invasiva y el coriocarcinoma. La mola hidatiforme o el embarazo molar es el tipo más común. Para el caso concreto de nuestro estudio, pese al nombre del diagnóstico que aparece registrado en la historia clínica, todos los 63 casos, cumplen el criterio de inclusión dentro del diagnóstico de Enfermedad Trofoblástica Gestacional.

## 7.6. EDAD GESTACIONAL.

. sum Edadgest a

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Edadgest a	<b>63</b>	<b>10.17619</b>	<b>2.030471</b>	<b>6.4</b>	<b>16</b>

EdadGesta					
Percentiles		Smallest			
1%	<b>6.4</b>	<b>6.4</b>			
5%	<b>7.1</b>	<b>6.6</b>			
10%	<b>7.4</b>	<b>7</b>	Obs		<b>63</b>
25%	<b>9</b>	<b>7.1</b>	Sum of Wgt.		<b>63</b>
50%	<b>10</b>		Mean		<b>10.17619</b>
		Largest	Std. Dev.		<b>2.030471</b>
75%	<b>11.4</b>	<b>14</b>	Variance		<b>4.122811</b>
90%	<b>12.5</b>	<b>14</b>	Skewness		<b>.3784558</b>
95%	<b>14</b>	<b>14.4</b>	Kurtosis		<b>3.020811</b>
99%	<b>16</b>	<b>16</b>			

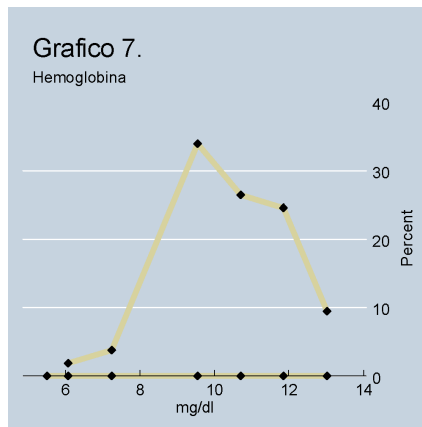


Comentario: la edad gestacional oscila entre 6.4 y 16 semanas, con media de 10.1 (DS± 2.03). Es decir, todas las pacientes estaban dentro del rango de las hemorragias de la primera mitad del embarazo.

### 7.7. HEMOGLOBINA

Variab le	Obs	Mean	St d. Dev.	M n	Máx
Hemogl obina	<b>53</b>	<b>10. 71321</b>	<b>1. 522654</b>	<b>5. 5</b>	<b>13. 6</b>

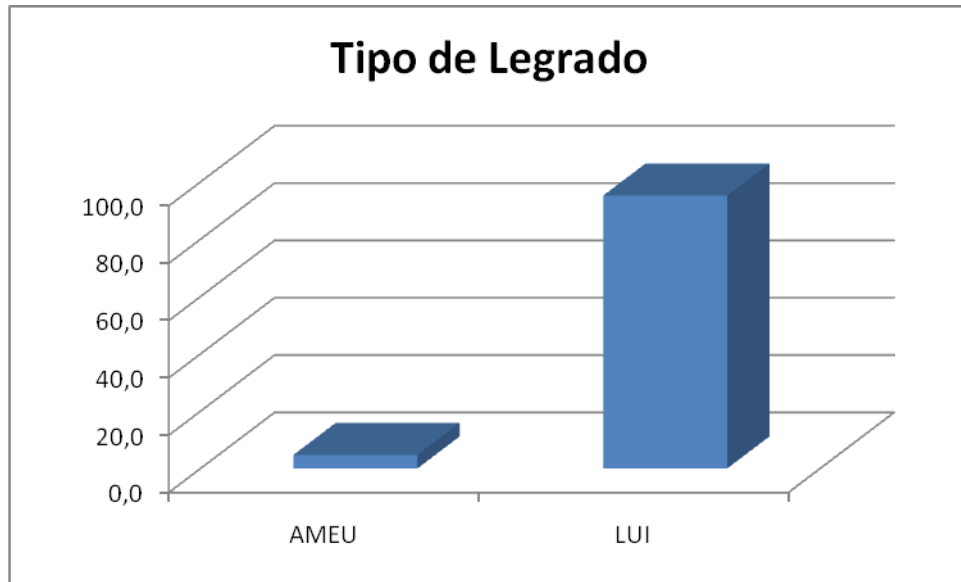
Hemogl obina					
Percentil es	Smal l est		Obs		
1%	<b>5. 5</b>	<b>5. 5</b>			
5%	<b>7. 8</b>	<b>6. 7</b>			
10%	<b>9</b>	<b>7. 8</b>			
25%	<b>10</b>	<b>9</b>	Sum of	Wgt .	<b>53</b>
50%	<b>11</b>		Mean		<b>10. 71321</b>
75%	<b>12</b>	Largest	St d. Dev.		<b>1. 522654</b>
90%	<b>12. 3</b>	<b>12. 7</b>	Vari ance		<b>2. 318476</b>
95%	<b>13</b>	<b>13</b>	Skewness		<b>-. 9354117</b>
99%	<b>13. 6</b>	<b>13. 6</b>	Kurtosi s		<b>4. 737417</b>



Comentario: el valor de la hemoglobina oscila entre 5,5 Y 13,6 mg/dl, con media de 10,7 (DS±1,5). Según reportes de datos encontrados en las historias clínicas, tres pacientes (4.8%) ameritaron manejo de su estado hemodinámico con hemoderivados.

### 7.8. TIPO DE LEGRADO

Tipo de legrado	Porcentaje	Frecuencia
AMEU	4,8	3
LUI	95,2	60



Comentario: el legrado uterino instrumentado (LUI) corresponde a la mayoría de los procedimientos realizados en esta población, el 95,2%.

### 7.9. MANEJO DEL CUADRO CLÍNICO

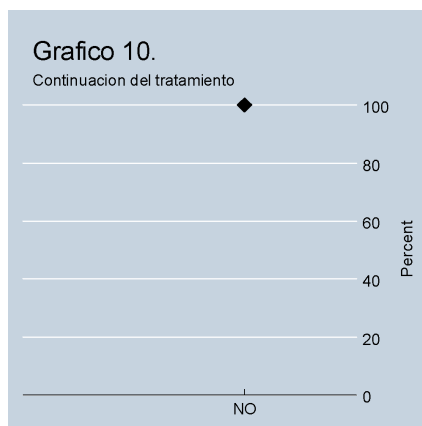
Tx Medi co	Freq.	Percent	Cum
SI	<b>63</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>
Tot al	<b>63</b>	<b>100.00</b>	



Comentario: el manejo fue ordenado al 100% de la población de estudio. Este consiste básicamente en la admisión ó ingreso de la paciente a la clínica (hospitalización), práctica de exámenes de gabinete (hemoleucograma, hemoclasificación, TP, TPT y recuento de plaquetas), práctica de exámenes de diagnóstico (ecografía transvaginal, BHCG) y exámenes complementarios (TSH, T4 libre, Rx de tórax).

### 7.10. CONTINUACION DEL MANEJO

Si gui o	Freq.	Per cent	Cum
NO	<b>63</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>
Total	<b>63</b>	<b>100.00</b>	





Comentario: en el 100% de las historias clínicas de la población del estudio, no aparecen datos que sustenten la continuación del tratamiento o del seguimiento.

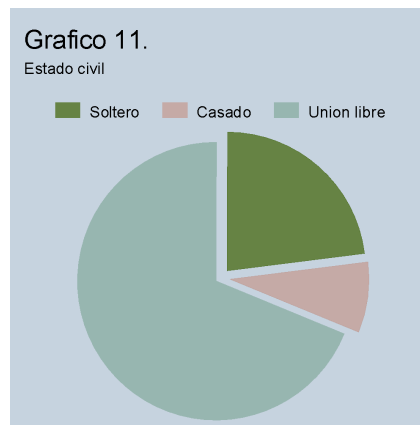
### 7.11. NUMERO DE CONSULTAS SEGUIMIENTO

#consulta	Freq.	Percent	Cum
0	<b>63</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>
Total	<b>63</b>	<b>100.00</b>	

Comentario: Infortunadamente, en ninguna historia se encontraron datos del seguimiento del mismo o del cumplimiento por parte de las pacientes de las instrucciones impartidas, pese a encontrarse instrucciones acerca de este tema en la hoja de epicrisis.

### 7.12. ESTADO CIVIL

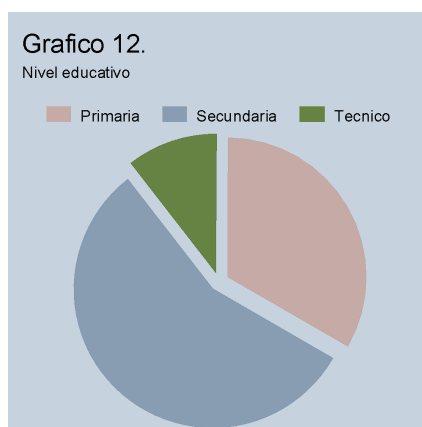
Estadocivil	Freq.	Percent	Cum
Soltero	<b>14</b>	<b>22.95</b>	<b>22.95</b>
Casado	<b>5</b>	<b>8.20</b>	<b>31.15</b>
Unión libre	<b>42</b>	<b>68.85</b>	<b>100.00</b>
Total	<b>61</b>	<b>100.00</b>	



La población de estudio se encuentra en el 68,8% en unión libre (gran mayoría).

### 7.13. ESCOLARIDAD

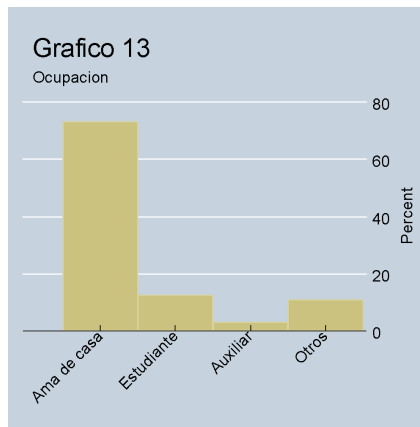
Escolaridad	Freq.	Percent	Cum
Primaria	19	33.33	33.33
Secundaria	32	56.14	89.47
Técnico	6	10.53	100.00
Total	57	100.00	



Comentario: solo el 10,5% de la población de estudio tiene un nivel superior de estudios (técnico)

### 7.14. OCUPACION

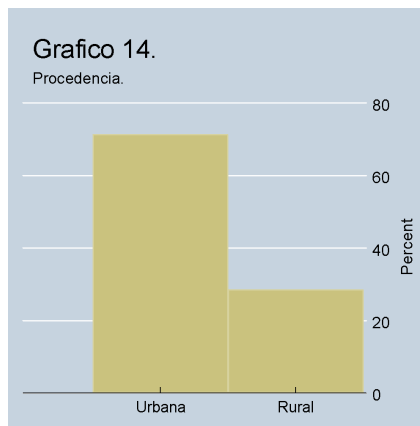
Ocupación	Freq.	Percent	Cum
Ama de casa	46	73.02	73.02
Estudiante	8	12.70	85.71
Auxiliar	2	3.17	88.89
Otros	7	11.11	100.00
Total	63	100.00	



Comentario: el 73% de la población tienen de ocupación, el cuidado del hogar; el 12,7% es estudiante y 3,2% son auxiliares en salud, el 11.1% corresponde a modistas, chef, ventas ambulatorias.

### 7.15. PROCEDENCIA

Procedencia	Freq.	Percent	Cum
Urbana	<b>45</b>	<b>71.43</b>	<b>71.43</b>
Rural	<b>18</b>	<b>28.57</b>	<b>100.00</b>
Total	<b>63</b>	<b>100.00</b>	

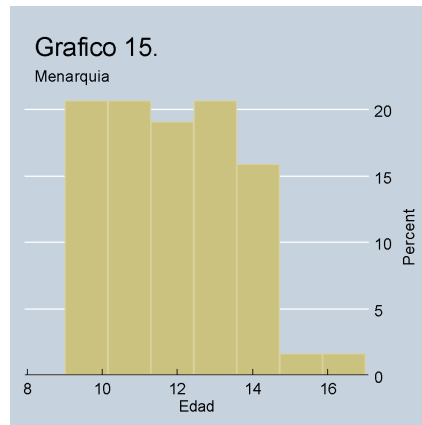


Comentario: el 71,4% de la población de estudio pertenece a la zona urbana y el 28,5 a la rural.

## 7.16. MENARQUIA

Variable	Obs	Mean	St. Dev.	Min	Max
Menarquia	<b>63</b>	<b>11.96825</b>	<b>1.665284</b>	<b>9</b>	<b>17</b>

Menarquia					
Percentiles	Smallest				
1%	<b>9</b>	<b>9</b>			
5%	<b>9</b>	<b>9</b>			
10%	<b>10</b>	<b>9</b>	Obs		<b>63</b>
25%	<b>11</b>	<b>9</b>	Sum of Vgt.		<b>63</b>
50%	<b>12</b>		Mean		<b>11.96825</b>
75%	<b>13</b>	Largest	St. Dev.		<b>1.665284</b>
90%	<b>14</b>	<b>14</b>	Variance		<b>2.773169</b>
95%	<b>14</b>	<b>15</b>	Skewness		<b>.2407286</b>
99%	<b>17</b>	<b>17</b>	Kurtosis		<b>2.914588</b>

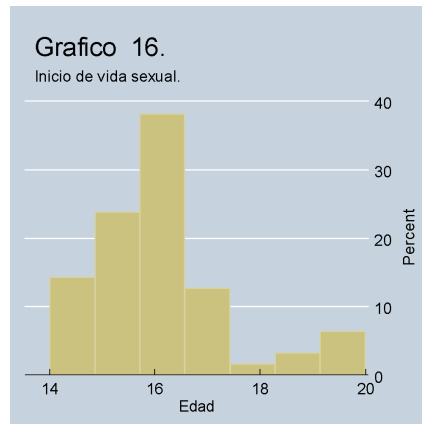


Comentario: la edad de menarquia oscila entre 9 y 17 años, con media de 11,9 años ( $DS \pm 1,6$ )

### 7.17. INICIO DE LA VIDA SEXUAL (IVS)

Variab le	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
IVS	<b>63</b>	<b>15.98413</b>	<b>1.5292</b>	<b>14</b>	<b>20</b>

IVS					
Percentil es	Smal l est				
1%	<b>14</b>				
5%	<b>14</b>				
10%	<b>14</b>				
25%	<b>15</b>				
			Obs		<b>63</b>
			Sum of Wgt.		<b>63</b>
50%	<b>16</b>		Mean		<b>15.98413</b>
			Std. Dev.		<b>1.5292</b>
75%	<b>16</b>	Largest			
		<b>20</b>			
90%	<b>18</b>		Variance		<b>2.338454</b>
95%	<b>20</b>		Skewness		<b>1.118036</b>
99%	<b>20</b>		Kurtosis		<b>4.149151</b>

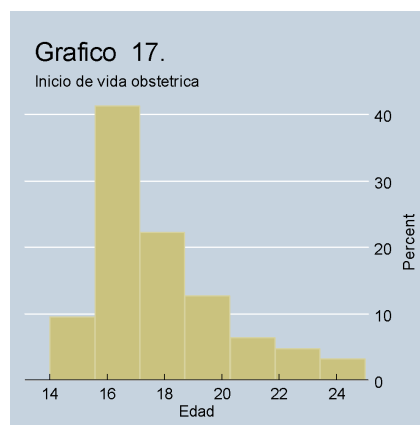


Comentario: la edad de IVS, oscila entre 14 y 20 años, con media de 15,9 años (DS±1,5)

### 7.18. INICIO DE LA VIDA OBSTÉTRICA (IVO)

Variable	Obs	Mean	St d. Dev.	Min	Max
IVO	<b>63</b>	<b>17.87302</b>	<b>2.261116</b>	<b>14</b>	<b>25</b>

IVO					
Percentiles	Smallest				
1%	<b>14</b>	<b>14</b>			
5%	<b>15</b>	<b>15</b>			
10%	<b>16</b>	<b>15</b>	Obs	<b>63</b>	
25%	<b>16</b>	<b>15</b>	Sum of Wgt.	<b>63</b>	
50%	<b>17</b>		Mean	<b>17.87302</b>	
75%	<b>19</b>	Largest	St d. Dev.	<b>2.261116</b>	
90%	<b>21</b>	<b>22</b>	Variance	<b>5.112647</b>	
95%	<b>22</b>	<b>24</b>	Skewness	<b>.9941746</b>	
99%	<b>25</b>	<b>25</b>	Kurtosis	<b>3.813627</b>	

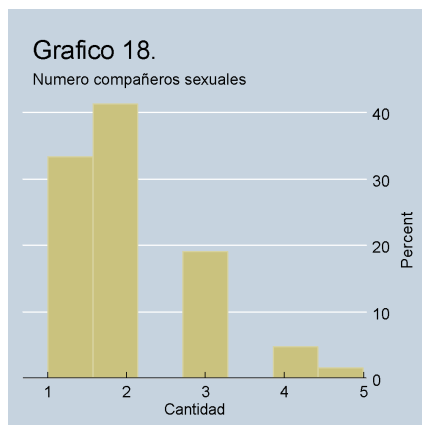


Comentario: la edad de inicio de vida obstétrica oscila entre 14 y 25 años, con media de 17,8 años (DS±2,2)

### 7.19. NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
NCS	<b>63</b>	<b>2</b>	<b>.9332565</b>	<b>1</b>	<b>5</b>

NCS					
Percentiles	Smallest				
1%	<b>1</b>				
5%	<b>1</b>				
10%	<b>1</b>				
25%	<b>1</b>			Obs	<b>63</b>
				Sum of Wgt.	<b>63</b>
50%	<b>2</b>			Mean	<b>2</b>
		Largest		Std. Dev.	<b>.9332565</b>
75%	<b>3</b>	<b>4</b>		Variance	<b>.8709677</b>
90%	<b>3</b>	<b>4</b>		Skewness	<b>.840096</b>
95%	<b>4</b>	<b>4</b>		Kurtosis	<b>3.5</b>
99%	<b>5</b>	<b>5</b>			

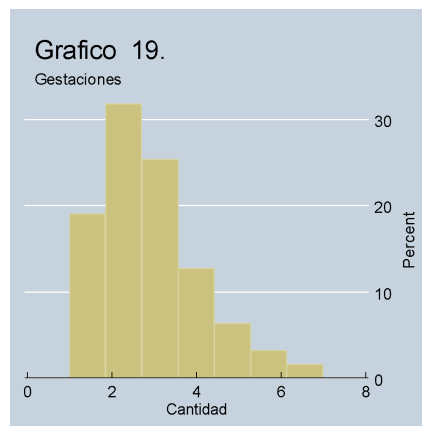


Comentario: el numero de compañeros sexuales oscila entre 1 y 5, con media de 2 (DS±0,9)

### 7.20. NUMERO DE GESTACIONES

Variab le	Obs	Mean	St d. Dev.	M n	Max
Gest aci ones	<b>63</b>	<b>2. 714286</b>	<b>1. 396176</b>	<b>1</b>	<b>7</b>

Gest aci ones					
Percent i les	Smal l est				
1%	<b>1</b>	<b>1</b>			
5%	<b>1</b>	<b>1</b>			
10%	<b>1</b>	<b>1</b>	Obs		<b>63</b>
25%	<b>2</b>	<b>1</b>	Sum of Wgt .		<b>63</b>
50%	<b>2</b>		Mean		<b>2. 714286</b>
75%	<b>3</b>	Largest	St d. Dev.		<b>1. 396176</b>
90%	<b>5</b>	<b>5</b>	Variance		<b>1. 949309</b>
95%	<b>5</b>	<b>6</b>	Skewness		<b>. 8785368</b>
99%	<b>7</b>	<b>7</b>	Kurtosi s		<b>3. 495624</b>



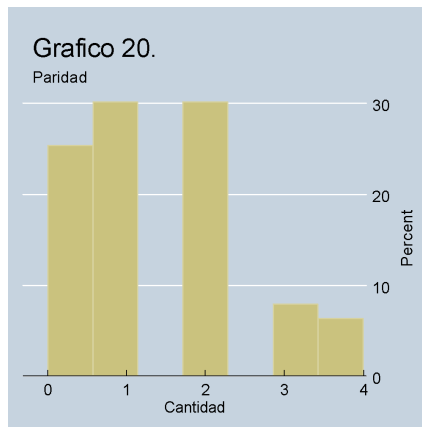


Comentario: el número de gestaciones de la población oscila entre 1 y 7, con media de 2,7 gestaciones (DS±1,3). El embarazo molar se presentó con mayor frecuencia en pacientes con 1-3 gestaciones, especialmente en las de 2 gestaciones (6 casos correspondientes al 9,5% de los casos). 18 pacientes eran primigestantes.

### 7.21. NUMERO DE PARTOS

Variable	Obs	Mean	St d. Dev.	Min	Max
Parto	<b>63</b>	<b>1.396825</b>	<b>1.143561</b>	<b>0</b>	<b>4</b>

Parto					
Percentiles	Smallest				
1%	<b>0</b>				
5%	<b>0</b>				
10%	<b>0</b>		Obs		<b>63</b>
25%	<b>0</b>		Sum of Wgt.		<b>63</b>
50%	<b>1</b>		Mean		<b>1.396825</b>
75%	<b>2</b>	Largest	St d. Dev.		<b>1.143561</b>
90%	<b>3</b>	<b>4</b>	Variance		<b>1.307732</b>
95%	<b>4</b>	<b>4</b>	Skewness		<b>.549467</b>
99%	<b>4</b>	<b>4</b>	Kurtosis		<b>2.689196</b>

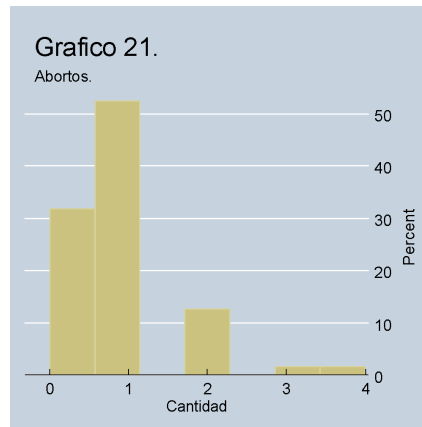


Comentario: la paridad oscila entre 0 y 4 partos, con media de 1,3 (DS±1,1)

## 7.22. NUMERO DE ABORTOS (ANTECEDENTES DE)

Variabl e	Obs	Mean	St d. Dev.	M n	Mb x
Aborto	<b>63</b>	<b>.8888889</b>	<b>.8054474</b>	<b>0</b>	<b>4</b>

Aborto					
	Percentiles	Smallest			
1%	0	0			
5%	0	0			
10%	0	0	Obs		63
25%	0	0	Sum of Wgt.		63
50%	1		Mean		.888889
		Largest	Std. Dev.		.8054474
75%	1	2			
90%	2	2	Variance		.6487455
95%	2	3	Skewness		1.135509
99%	4	4	Kurtosis		5.382849



Comentario: el número de abortos, oscila entre 1 y 4, con media de 0,8 (DS±0,6). Cabe anotar que todas las pacientes tuvieron al menos 1 aborto (el del caso actual de ETG por el cual se ingresa). 8 pacientes (12,6%) tenían antecedentes de al menos 2-3 abortos previos.

### 7.23. NUMERO DE CESAREAS (ANTECEDENTES DE)

Cesareas	Freq.	Per cent	Cum
No Cesaria	<b>44</b>	<b>95.65</b>	<b>95.65</b>
1	<b>1</b>	<b>2.17</b>	<b>97.83</b>
2	<b>1</b>	<b>2.17</b>	<b>100.00</b>
Total	<b>46</b>	<b>100.00</b>	

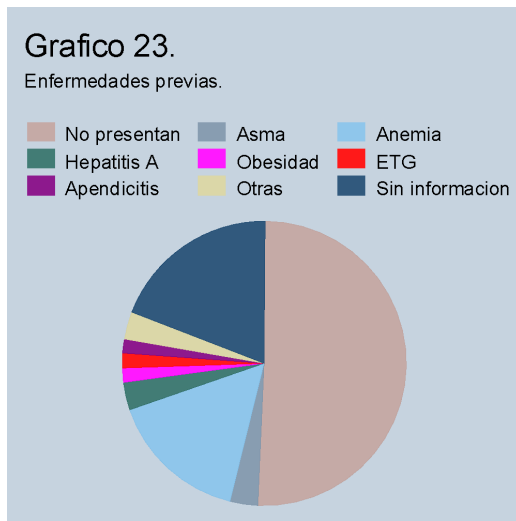


Comentario:

1. Existen mayor porcentaje de pacientes sin antecedentes de cesárea previa (95,5%) en esta población estudiada.
2. Existen valores perdidos, solo existen 46 observaciones de 63, más del 10% de los datos se perdieron.

#### 7.24. ENFERMEDADES PREVIAS (ANTECEDENTES DE)

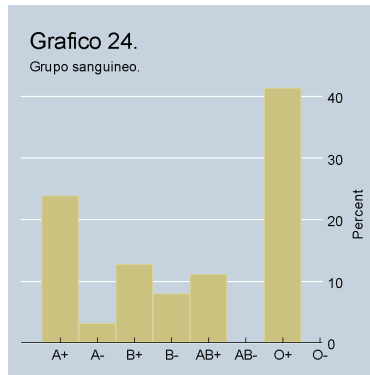
Enf previas	Freq.	Per cent	Cum
No presentan	<b>32</b>	<b>50.79</b>	<b>50.79</b>
Asma	<b>2</b>	<b>3.17</b>	<b>53.97</b>
Anemia	<b>10</b>	<b>15.87</b>	<b>69.84</b>
Hepatitis A	<b>2</b>	<b>3.17</b>	<b>73.02</b>
Obesidad	<b>1</b>	<b>1.59</b>	<b>74.60</b>
ETG	<b>1</b>	<b>1.59</b>	<b>76.19</b>
Apendicitis	<b>1</b>	<b>1.59</b>	<b>77.78</b>
Otras	<b>2</b>	<b>3.17</b>	<b>80.95</b>
Si n i n f o r m a c i o n	<b>12</b>	<b>19.05</b>	<b>100.00</b>
Total	<b>63</b>	<b>100.00</b>	



Comentario: la ETG solo representa el 1,5% como antecedente patológico en la población de estudio; la mitad de esta población, no presenta enfermedades previas. Llama la atención que el 19% de las historias clínicas no tiene información sobre los antecedentes de enfermedades.

### 7.25. GRUPO SANGUINEO

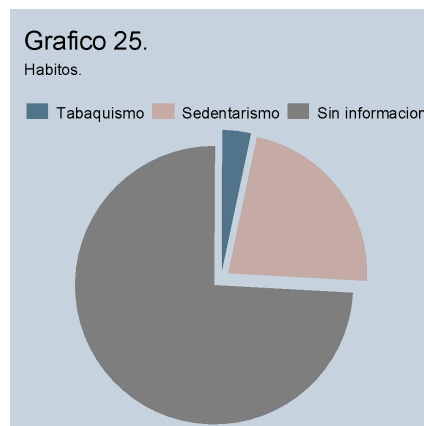
gruposanguineo	Freq.	Per cent	Cum
A+	15	23.81	23.81
A-	2	3.17	26.98
B+	8	12.70	39.68
B-	5	7.94	47.62
AB+	7	11.11	58.73
O+	26	41.27	100.00
Total	63	100.00	



Comentario: el grupo sanguíneo más frecuente de la población es O Rh positivo, seguido del A Rh positivo. El menos frecuente el grupo A Rh negativo. Los grupos AB Rh negativo y O Rh negativo, no estuvieron presentes en la población de estudio.

## 7.26. HÁBITOS

hábitos	Freq.	Percent	Cum
Tabaquismo	2	3.23	3.23
Sedentarismo	14	22.58	25.81
Sin información	46	74.19	100.00
Tot al	62	100.00	



Comentario: llama la atención 74,1% de las historias clínicas de la población en estudio no presentan información sobre los hábitos de los pacientes.

### 7.27. PLANIFICACIÓN FAMILIAR (ANTECEDENTES DE)

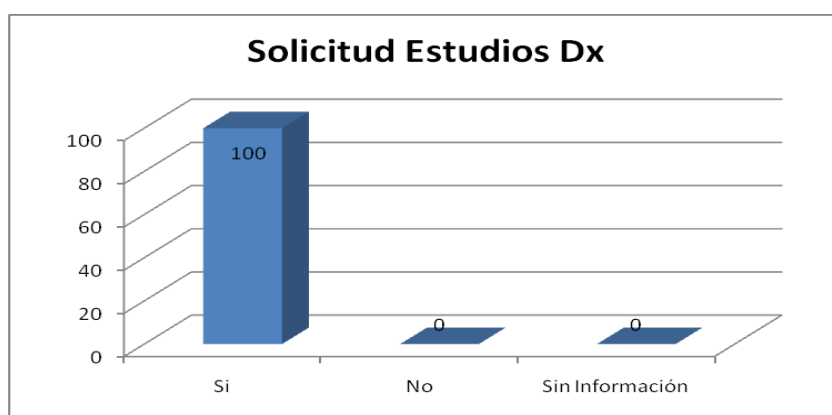
plani f i caci on	Freq.	Percent	Cum
ACO	<b>3</b>	<b>4.76</b>	<b>4.76</b>
I NY	<b>4</b>	<b>6.35</b>	<b>11.11</b>
BARR	<b>6</b>	<b>9.52</b>	<b>20.63</b>
NAT	<b>4</b>	<b>6.35</b>	<b>26.98</b>
NO UTI LI ZAN	<b>46</b>	<b>73.02</b>	<b>100.00</b>
Tot al	<b>63</b>	<b>100.00</b>	



Comentarios: el 73% de la población de estudio no utilizo algún método anticonceptivo. Dentro de las que usan algún método anticonceptivo, el más prevalente es el de barrera (9,5% de los casos).

### 7.28. SOLICITUD DE ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

Solicitud de Estudios Dx	Porcentaje	Frecuencia
Si	100	63
No	0	0
Sin Información	0	0

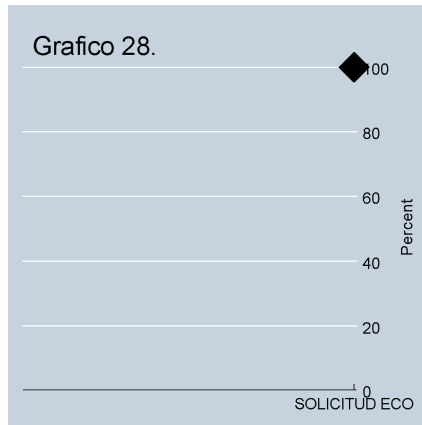


Comentario: al 100% de las pacientes se les solicitaron los paraclínicos correspondientes según la guía de práctica clínica autorizada por el Ministerio de la Protección Social en vigencia; sin embargo, en ninguna historia clínica se encontraron datos del cumplimiento del seguimiento o del reporte del estudio patológico.

### 7.29. SOLICITUD DE ESTUDIO ECOGRÁFICO

solicitudeco	Freq.	Percent	Cum
Solicitud ECO	<b>63</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>
Total	<b>63</b>	<b>100.00</b>	

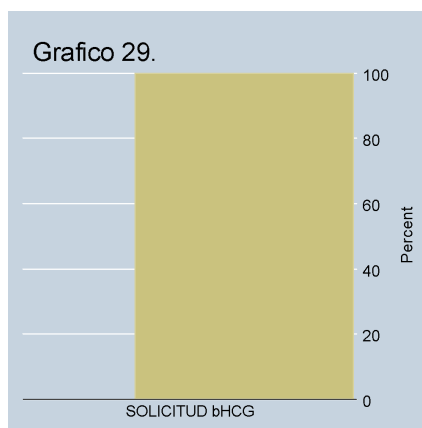




Comentario: a todas las pacientes se les solicitó ecografía

### 7.30. SOLICITUD bHCG

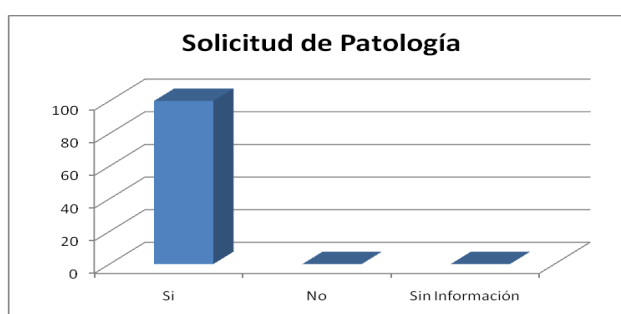
sol i ci tudbhcg	Freq.	Percent	Cum
Sol i ci tud bHCG	<b>63</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>
Total	<b>63</b>	<b>100.00</b>	



Comentario: a todas las pacientes de este estudio.

### 7.31. SOLICITUD DE ESTUDIO DE PATOLOGIA

Solicitud de Patología	Porcentaje	Frecuencia
Si	100	63
No	0	0
Sin Información	0	0



Comentario: al 100% de la población en estudio se le solicitó el estudio histopatológico, pero en ninguna historia clínica apareció el reporte del mismo.

### 7.32. RESULTADO OBSTÉTRICO DEL ÚLTIMO EMBARAZO

resultado anterior o embarazo	Freq.	Percent	Cum
Aborto	12	26.67	26.67
NV	29	64.44	91.11
ETG	3	6.67	97.78
Desconocido	1	2.22	100.00
Total	45	100.00	



COMENTARIO: 29 de las 63 pacientes estudiadas, tuvieron un recién nacido vivo en su embarazo anterior.

18 pacientes del estudio, son primigestantes.

### 7.33. COMPLICACIONES DEL ACTUAL EMBARAZO

compl actual	Freq.	Per cent	Cum
Sangrado	3	5.77	5.77
Aborto	25	48.08	53.85
Anemia	3	5.77	59.62
ETG	2	3.85	63.46
Otras	4	7.69	71.15
NO COMPLICACIONES	15	28.85	100.00
Tot al	52	100.00	



Comentario: el aborto es la principal complicación reportada en las historias clínicas de las pacientes estudiadas (el 48%). Otras complicaciones reportadas fueron: sangrado y anemia.

#### 7.34. PREVALENCIA GLOBAL

$$\frac{63 \times 100}{38,028} = 16,6\%$$

CONSOLIDADOS:

AÑO	ABORTOS	PARTOS	CESAREAS	ECTÓPICOS	ETG
2000	3543	8985	3357	74	2
2001	3030	8775	3325	104	2
2002	3554	7811	3152	13	4
2003	3624	6485	3610	25	4
2004	3605	5088	3607	54	3
2005	3746	4038	3906	63	7
2006	3716	4241	4049	42	1
2007	3715	4531	4556	10	2
2008	3626	4404	4824	13	3
2009	3359	4168	4470	47	23

<b>2010*</b>	1978	1716	1630	24	12
	<b>37496</b>	<b>60242</b>	<b>40486</b>	<b>469</b>	<b>63</b>

Fuente: libros de consolidado estadístico de la CMRC

\* hasta Mayo 19 de 2010

**PREVALENCIA ETG:**

**16,6%**

**TASA:**

**0,6**

## 8. DISCUSIÓN

En el marco del creciente interés de utilizar los indicadores de morbilidad como parámetro para evaluar la calidad de la atención materna y perinatal, nuestros resultados incluyeron la valoración de la prevalencia real de pacientes admitidas en la Maternidad Rafael Calvo con diagnóstico de *ETG*, con una prevalencia *16,6% (equivalentes a 0,6:1000)*, cifra paralelamente comparable con la reportada en la literatura mundial, según los cuales, hay una incidencia de 1 caso de *ETG* entre 1000 embarazos y específicamente en Colombia, datos de 1 entre 250-500 casos.

En nuestro estudio realizado en la Clínica Maternidad Rafael Calvo de Cartagena, se tomo como población objeto, a todas las pacientes obstétricas con diagnóstico de Enfermedad Trofoblástica Gestacional (63 pacientes), entre el gran grupo de mujeres con hemorragia de la primera mitad de la gestación (38.028 pacientes), que ameritaron manejo por causa de su diagnóstico, durante el período comprendido entre mayo de 2000 y mayo de 2010.

La edad de las pacientes del estudio oscila entre 14 y 52 años y la edad materna promedio fue 27 años (DS  $\pm$  8,3), cifra que no se enmarca dentro de los parámetros reportados en otros estudios publicados hasta la fecha que hablan de la relación de la enfermedad con los embarazos del inicio y del fin de la edad reproductiva, especialmente a los 40 años [Ngan. Reviews in Gynaecological Practice. 2003 >>], lo cual nos permite inferir que las pacientes de nuestra población no comparten características similares con las de los demás reportes; 16% de las pacientes eran adolescentes (menores de 19 años) y el restante 8% adultas jóvenes y en edad reproductiva. Se presentaron dos casos de ETG en mujeres > de 50 años y 12 casos en menores de 19 años, para un total de 15 casos de ETG en edades extremas (24% del total de casos).

El nivel socioeconómico predominante fue el nivel bajo con 65%. Los vinculados corresponden a la mitad de la población, con 55,5%. Es importante tener en cuenta, que en la Clínica Maternidad Rafael Calvo, comúnmente se atienden pacientes clasificadas dentro del SISBEN 1-3 (estratos socioeconómicos más bajos) y este resultado, propio de este estudio, quizá no debería extrapolarse a la población en general, en otras latitudes de la ciudad o del país, sin antes hacer una análisis comparativo de esta variable en diferentes grupos estudiados.

El tratamiento o manejo fue ordenado al 100% de la población de estudio. Infortunadamente, en ninguna historia se encontraron datos del seguimiento del mismo o del cumplimiento por parte de las pacientes de las instrucciones impartidas, pese a que en la epicrisis encontrada en la mayoría de las historias clínicas revisadas, había instrucciones acerca del seguimiento. En el 100% de las historias clínicas de la población del estudio, no aparecen datos que sustenten la continuación del tratamiento o del seguimiento. Tampoco se reportaron consultas de seguimiento, en ninguna de las historias clínicas revisadas. Este hecho nos pone a pensar en que probablemente pudiera existir algún tipo de error en la forma de archivo de los folios de la consulta y de las historia clínicas y quizá menos probablemente, que exista una ausencia de instrucciones por parte del personal médico hacia la paciente al momento del alta. Probablemente también, pudiera existir un caso de incompreensión por parte de la paciente de estas instrucciones impartidas o una falta de cumplimiento de las mismas.

El número de gestaciones de la población oscila entre 1 y 7, con media de 2,7 gestaciones ( $DS \pm 1,3$ ). La paridad oscila entre 0 y 4 partos, con media de 1,3 ( $DS \pm 1,1$ ). El número de abortos, oscila entre 0 y 4, con media de 0,8 ( $DS \pm 0,6$ ). La ETG solo representa el 1,5% como antecedente patológico en la población de estudio. Cabe anotar que todas las pacientes tuvieron al menos 1 aborto (el del caso actual de ETG por el cual se interesa). 8 pacientes (12,6%) tenían antecedentes de al menos 2-3 abortos. El embarazo molar se presentó con mayor frecuencia en pacientes con 1-3 gestaciones, especialmente en las de 2 gestaciones (6 casos correspondientes al 9,5% de los casos). 18 pacientes del estudio eran primigestantes (28,6%), es decir, su primer embarazo era ya un caso de ETG.

Todas las pacientes estaban dentro del rango de las hemorragias de la primera mitad del embarazo.

Llamó la atención que el 74,1% de las historias clínicas de la población en estudio no presentan información sobre los hábitos de los pacientes, por tal motivo, estos datos no fueron analizados, para evitar el riesgo de sesgo de la información.

El 73% de la población de estudio no utilizó algún método anticonceptivo. Al 100% de las pacientes se les solicitaron exámenes paraclínicos correspondientes según la guía de práctica clínica autorizada por el Ministerio de la Protección Social en vigencia; sin embargo, en ninguna historia clínica se encontraron datos del cumplimiento del seguimiento o del reporte del estudio patológico. Al 100% de la población en estudio se le solicitó el estudio histopatológico, pero en ninguna historia clínica apareció el reporte del mismo.

29 de las 63 pacientes estudiadas, tuvieron un recién nacido vivo en su embarazo anterior.

El aborto es la principal complicación reportada en las historias clínicas de las pacientes estudiadas (el 48%). Otras complicaciones reportadas fueron: sangrado y anemia.

## **9. CONCLUSIONES**

- La prevalencia de ETG en este estudio, coincide con la reportada en la literatura existente.



- A raíz de éste estudio, pudo cumplirse el objetivo de establecer las variables socio demográficas que caracterizan a las pacientes con ETG, que son los datos que se analizan en los resultados.
- Pero, infortunadamente, no sabemos si por pérdida de información o de inadecuado llenado de la historia clínica, no pudieron encontrarse datos referentes al seguimiento de ninguna de las pacientes objeto del estudio. Por tal motivo es imposible responder el cuestionamiento acerca de qué sucede con las pacientes del grupo diagnóstico una vez han sido diagnosticadas y tratadas.

## **10. RECOMENDACIONES**

- Resaltar a la paciente la importancia del seguimiento: **EDUCACIÓN A LA PACIENTE.**
- Fortalecer los programas de riesgo reproductivo con énfasis en planificación familiar dirigido a adolescentes o mujeres con compromiso de su salud y con antecedentes obstétricos pobres.
- Una vez puestos en conocimiento de las directivas de la Clínica los resultados de éste estudio, convendría hacer una revisión de los procesos de archivo de historias clínicas, con el objeto de dilucidar en dónde se encuentra el error que explicara la inexistencia de los folios de seguimiento de las pacientes, si los hubo.
- Socialización de protocolos vigentes en todo nivel del personal de salud, con el objeto de garantizar la **APLICACIÓN DE PROTOCOLOS** vigentes amparados por OMS y Ministerio de Protección Social.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease: Recent advances in the understanding of cytogenetics, histopathology and natural history. *Curr Opin Obst Gin*, 1992; 4(4):616-20.
2. Berkowitz RS, Berstein MR, Subsequent pregnancy experience in patients with gestational trophoblastic disease. *J Rep Med* 1994; 39 (3)228-32.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Diagnosis and Treatment of Gestational Trophoblastic Disease. ACOG Practice Bulletin, number 53, June 2004 (reaffirmed 2008).
4. Soper, J.T. Gestational Trophoblastic Disease. *Obstetrics and Gynecology*, volume 108, number 1, July 2006.
5. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment-Ninth Ed. DeCherney, Alan H., et al, Ch. 50.
6. Calderón C. Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo. Ministerio de la Protección Social, guías de P&P en salud pública, Colombia, 2002
7. Bentley R. Pathology of Gestational Trophoblastic Disease. *Clinical Obstetrics and gynecology*. Volume 46, Number 3, 513–522. © 2003
8. Wolfberg AJ. Postevacuation hCG Levels and Risk of Gestational Trophoblastic Neoplasia in Women With Complete Molar Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* Vol. 106, No. 3, September 2005.
9. Altieri A. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic. *The Lancet Oncology* Volume 4:11, 2003.
10. Hurteau, JA. Gestational Trophoblastic Disease: Management of Hydatidiform Mole. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2003; 46 (3): 557-569.
11. ACOG Practice Bulletin No. 53. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. June 2004.

12. Soper JT, Evans AC, Clarke-Pearson DL, et al.: Alternating weekly chemotherapy with etoposide-methotrexate-dactinomycin/cyclophosphamide-vincristine for high-risk gestational trophoblastic disease. *Obstet Gynecol* 83 (1): 113-7, 1994. [[PUBMED Abstract](#)]
13. Newlands ES, Bagshawe KD, Begent RH, et al.: Results with the EMA/CO (etoposide, methotrexate, actinomycin D, cyclophosphamide, vincristine) regimen in high risk gestational trophoblastic tumours, 1979 to 1989. *Br J Obstet Gynaecol* 98 (6): 550-7, 1991. [[PUBMED Abstract](#)]
14. Bower M, Newlands ES, Holden L, et al.: EMA/CO for high-risk gestational trophoblastic tumors: results from a cohort of 272 patients. *J Clin Oncol* 15 (7): 2636-43, 1997. [[PUBMED Abstract](#)]
15. Surwit EA, Childers JM: High-risk metastatic gestational trophoblastic disease. A new dose-intensive, multiagent chemotherapeutic regimen. *J Reprod Med* 36 (1): 45-8, 1991. [[PUBMED Abstract](#)]
16. Theodore C, Azab M, Droz JP, et al.: Treatment of high-risk gestational trophoblastic disease with chemotherapy combinations containing cisplatin and etoposide. *Cancer* 64 (9): 1824-8, 1989. [[PUBMED Abstract](#)]
17. Azab M, Droz JP, Theodore C, et al.: Cisplatin, vinblastine, and bleomycin combination in the treatment of resistant high-risk gestational trophoblastic tumors. *Cancer* 64 (9): 1829-32, 1989. [[PUBMED Abstract](#)]
18. Chen LP, Cai SM, Fan JX, et al.: PEBA regimen (cisplatin, etoposide, bleomycin, and adriamycin) in the treatment of drug-resistant choriocarcinoma. *Gynecol Oncol* 56 (2): 231-4, 1995. [[PUBMED Abstract](#)]
19. Lotz JP, André T, Donsimoni R, et al.: High dose chemotherapy with ifosfamide, carboplatin, and etoposide combined with autologous bone marrow transplantation for the treatment of poor-prognosis germ cell tumors

and metastatic trophoblastic disease in adults. Cancer 75 (3): 874-85, 1995.

[PUBMED Abstract]

### ANEXO 1

Prevalencia de Enfermedad Trofoblástica Gestacional en Pacientes con Hemorragia de la Primera Mitad del Embarazo en la Clínica de maternidad Rarae Caivo de Cartagena, Bolívar mayo 2000- mayo 2010														
FORMATO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION														
INFORME GENERAL DE LA PACIENTE Y EMBARAZO														
EDAD		Años	PROCEDENCIA				INSTITUCION							
<b>NIVEL EDUCATIVO:</b> 0 Ninguno 1 Primaria 2 Secundaria 3 Técnica 4 Universitaria Años Cursados:														
<b>ESTADO CIVIL:</b> 1 Casada 2 Union libre 3 Soltera 4 Otra						<b>OCUPACION:</b>								
<b>RÉGIMEN DE AFILIACIÓN:</b> 1 Contributivo 2 Subsidiado 3 Vinculada 4 Sin Información														
HISTORIA CLÍNICA Y ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS														
<b>Motivo de consulta:</b>														
Gestas		Partos		Cesareas		Abortos		Menarquia		FUR		IVO		IVS
No. Compañeros sexuales		Edad Gestacional: _____ Semanas				Patología previa:		Habitos:						
Grupo sanguíneo				Método de planificación:										
DATOS RELACIONADOS CON EL MANEJO														
<b>Estudios diagnosticos:</b> Ecografía ___ BHCG ___ Patología ___ NO datos ___														
<b>Causas relacionadas con el aborto actual:</b> Causas Genéticas: ___ Causas Anatómicas: Causas Infecciosas ___ Causas Hormonal-metabólicas: ___ Causas Hemato-Imunológicas: ___ ETG: ___ Embarazo ectópico ___ Causa desconocida ___ Sin datos ___ Sin estudio ___														
<b>Conclusión del embarazo anterior:</b> Aborto: ___ Nacido Vivo: ___ Óbito: ___ ETG: ___ Desconocido: ___ Ectopico ___														
<b>Complicaciones de éste embarazo:</b>														
<b>Tipo de legrado:</b>														