

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO 'Rubén Darío'

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Informe Final para Optar al Título de Médico y cirujano en medicina general.

TEMA: Factores asociado al embarazo molar en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua de Abril 2014-Abril 2016 Managua Nicaragua.

Autores:

- **Br Kelvin Alexander Mejía Corea**
- **Br. Mario José Cerda González**

Tutor: MSC MD José de los Ángeles Méndez

Managua-Nicaragua

Dedicatoria

Dedicamos el presente trabajo:

A Dios por ser el guía espiritual en nuestro camino por la vida y brindarnos la oportunidad de cumplir cada una de nuestras metas en especial esta meta tan importante

A nuestros padres, como agradecimiento de su esfuerzo y lucha constante la cual está rindiendo frutos. Por su amor y por su apoyo incondicional durante la formación tanto personal como profesional y que siempre permanecerán en nuestra vida pero aún más en nuestros corazones

A nuestros docentes, por brindarnos su guía sabiduría, tiempo y dedicación en el desarrollo de este trabajo

A nuestros seres queridos que aún no estén presente en físico con nosotros viven y están presentes en nuestros corazones, en el día a día y el largo camino que aún nos quedan

A nuestro tutor por ser un ejemplo y por ilústranos e instruirnos para la realización del presente trabajo

Agradecimiento

Agradecemos en primer lugar a Dios por concedernos la oportunidad de culminar otra etapa de nuestra vida

Agradecemos a nuestros padres por ser siempre ese apoyo incondicional el cual nos brinda la fuerza para seguir adelante que juntos a Dios nos han hecho llegar donde estamos haciendo de nuestro sueño una realidad

A nuestro tutor por ser más que un tutor un docente un compañero, calidad de ser humano el cual nos guio y nos apoyó dándonos las pautas para poder llegar a finalizar nuestra tesis para optar el título de médico general

Resumen

El objetivo de este estudio era identificar los Factores asociado al embarazo molar en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque (HBCR) Managua de Abril 2014-Abril 2016 Managua Nicaragua. Es un estudio Descriptivo de Corte Transversal Siendo el universo Todas aquellas mujeres que fueron diagnosticadas e ingresadas con embarazo molar a la sala de complicaciones de la primera mitad del embarazo conformada por 83 pacientes igual a la muestra

En la actualidad en comparación con nuestro estudio identificamos que se atendieron 83 pacientes en 2 años siendo presentando una incidencia anual de 41.5 de casos siendo una incidencia de 0.80% es decir 8 casos por cada mil embarazos siendo este un dato alarmante, ya que con nuestro estudio logramos determinar que la incidencia en Nicaragua del 2011 al 2016 a aumentado en un 100% en tan solo 5 años

Esto está determinado en nuestro estudio por diversos factores entre los cuales tenemos: Durante el periodo de abril del 2014 a abril 2016 se diagnosticaron 83 pacientes con embarazo molar que corresponden al 100% de nuestra muestra los factores asociados significativamente a embarazo molar fueron la edad procedencia y número de gesta. Las edades más relevantes se encontraban entre los 20-34 años siendo este grupo el más afectado la escolaridad corresponde que la mayoría de la población en estudio se encontraba con una escolaridad la cual no pasaba del rango de primaria de las pacientes al estudio eran amas de casa las pacientes que procedían de las zonas rurales eran de las más afectadas, las pacientes no habían tenido ningún hijo la mayoría de las pacientes eran nuligesta la mayoría eran nulípara siendo estas la mayormente afectadas no había presentado antecedentes de embarazo molar representando, de las pacientes en estudio el sangrado que fue representado por el 100% cuya característica principal fue la intermitencia en el en cuanto A la cantidad de sangrado el leve fue de mayor proporción

El aumento de tamaño uterino no coincidía con el tiempo de gestación fue presentado por las pacientes En el manejo del embarazo molar se encuentra que el de las pacientes tenían los estudios necesarios para su pronto diagnóstico y un mejor manejo

Queremos que nuestro estudio sirva como referencia de la evolución de la patología se debe realizar un seguimiento especial con calidad y calidez y resolver en el momento oportuno en el lugar las complicaciones junto con la realización de los controles prenatales en tiempo y forma apegados a normas y protocolos emitidos por el ministerio de salud para brindar un control prenatal eficiente aplicando la teoría del factor de riesgo lo que permitirá un manejo adecuado y oportuno de estas complicaciones

Indicé

Contenido	
Indicé	5
Introducción	6
Justificación	7
Antecedentes	8
Planteamiento del problema	11
Objetivos	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
Marco Teórico	13
Diseño Metodológico	27
Tipo de estudio:.....	27
Universo:.....	27
Muestra:	27
Tipo de muestra:	27
Criterios de inclusión.....	27
Criterios de exclusión.....	27
Fuentes de la información:.....	27
Método de recolección de la información:.....	27
Recolección de información:	27
Proceso y presentación de la información	27
VARIABLES	28
Resultado	32
Discusión	40
Conclusiones	48
Recomendaciones	49
Anexos	50

Introducción

El embarazo molar es una patología que ha causado curiosidad a lo largo de la historia, y desde los tiempos de los griegos, fue descrito como una forma anormal de embarazo, al observar la salida de las vesículas y sangre como producto de la gestación, en lugar de un feto, el nombre de hidatiforme se debe a la semejanza de las vesículas con las gotas de agua

Por consiguiente los estudios epidemiológicos cobran gran importancia para responder a ciertas preguntas, en lo concernientes a la magnitud de la variación geográfica, la incidencia, la importancia de otros factores como el nivel socioeconómico, edad, antecedentes obstétricos etc.

La mola hidatiforme o embarazo molar como lo conocemos es una patología muy común en la primer mitad del embarazo, le ocurre a 1 de cada 1000 mujeres a nivel latinoamericano, en cambio en el oriente su frecuencia es aun ocurriendo en uno de cada 120-400 embarazos y aumentando en los extremos de la vida es decir antes de los 20 años y después de los 40 años. Es una patología de origen cromosómico, se dice que más del 75% ocurre por daños cromosómicos en los gametos masculinos. Se caracteriza por la formación de una masa de vesículas sangrantes que al desprenderse pueden causar hemorragias masivas, llevando a anemia severas o shock hipovolémico y la muerte de la paciente, si bien al ser tratada de forma temprana, el mal manejo puede traer como consecuencia la formación de un coriocarcinoma, un tipo de cáncer de desarrollo rápido que ocurre en 1-3% de los casos.

En nuestro país y en general en Latinoamérica existen muy pocos estudios al respecto, por lo que el presente estudio tiene como finalidad determinar cuál es la prevalencia de embarazo molar con la intención de obtener datos epidemiológicos que sirvan de orientación para un mejor conocimiento de la enfermedad, sentados en bases para futuros estudios analíticos, que permita conocer la magnitud de esta patología, ya que al conocer los factores asociados prevenibles, se podrá elaborar estrategias preventivas para disminuir su incidencia

Justificación

Es conocida la relación existente entre el bajo estatus socio económicos y el aumento de la incidencia de la enfermedad del trofoblasto, y esto es más evidente al revisar las estadísticas mundiales, en las cuales , se aprecia una mayor incidencia de esta enfermedad, en los llamados "países del tercer mundo" En nuestro país, los hospitales estatales atienden en su mayoría a las poblaciones de escasos recursos económicos y sobre todo, a las poblaciones de las áreas marginales de las ciudades, tienen las condiciones socio económicas más bajas de la población

Aproximadamente un quinto de los pacientes con mola hidatiforme desarrollan secuelas malignas. Por tanto cerca del 80% de las molas hidatiformes son benignas y los resultados después del tratamiento son por lo general excelentes. Del 10% al 15% de las molas hidatiforme se pueden convertir en las molas invasivas las cuales pueden llegar a penetrar hasta un nivel tan profundo de la pared uterina que provoca hemorragias u otro tipo de complicaciones. Del 2 al 3% de las molas hidatiformes pueden convertirse en coriocarcinoma una forma de cáncer maligno, metastásico (diseminado) y de rápido desarrollo. A pesar de todos los factores, que normalmente indican un mal pronóstico, la tasa de curación después del tratamiento con quimioterapia es alta. El embarazo molar, posee una elevada frecuencia en mujeres mayores de 40 Años con recurrencia del 1 al 2 %.

Los estudios que se han realizado en el HBCR acerca de este tema son pocos y no hay datos actuales acerca de la incidencia de la mola hidatiforme, por lo que este estudio permitiría analizar aquellos factores que tienen relación directa con el aumento de la incidencia de dicha patología un aumento de la incidencia de dicha patología, y permitiría a futuros estudios analíticos determinar la causa del aumento y que factores se encuentran asociados y por qué y la prevalencia del embarazo molar

El presente trabajo tiene por objeto determinarlos factores asociados al embarazo molar en el HBCR en los períodos de Abril del 2014 a Abril del 2016. Tomamos al HBCR como hospital de referencia nacional, anualmente acuden decenas de casos de embarazo molar , muchos de ellos referidos de los diferentes departamentos del país, siendo esta, una causa importante de las hemorragias del primer trimestre del embarazo, que podría poner en peligro la vida de la madre. Habiéndose realizados pocos estudios acerca del tema. Con el fin de buscar aquellos elementos que pueden ser modificable, medible en la identificación precoz en el embarazo molar con el fin de disminuir el número de mujeres afectadas o disminuir el número de complicaciones como shock hipovolémico, la mola persistente o la malignización de la misma y de esta forma disminuir el número de muertes maternas.

Antecedentes

El estudio realizado en el hospital nacional de especialidades en **Guayaquil Doc. Albert Gilbert pontón** se estudió la incidencia y el manejo obstétrico de pacientes con embarazo molar ingresado por emergencia y consulta externa se tomó universo de 30 pacientes en un periodo de 2 años en enero del 2008 a dic del 2010 se obtuvo como resultado que el mayor porcentaje de pacientes que presentaron embarazo molar era en un rango de 36-40 años que representa un 37% y seguida de un rango de 16-20 años que representa el 30% también se obtuvo que el 97% de las pacientes presentaron mola hidatiforme completa y que de las complicaciones la principal fue la hemorragia en un 40 % seguida de infecciones en un 30 % y perforación uterina en un 20% a todas se le practico legrado (incidencia manejo obstétrico y complicaciones del embarazo molar Hospital nacional de especialidades Guayaquil) doc. Albert Gilbert pontón 2008-2010

El siguiente estudio **escuela superior politécnica de cimborras**: el siguiente estudio realizado por la escuela de cimborras, ecuador con el tema: de misoprostol intra-vaginal en el legrado para la eliminación de mola hidatiforme en el cual se obtuvo que a las pacientes que se les administraba misoprostol casi el 60% el sangrado que obtuvieron fue escaso lo cual indica que al administrar misoprostol en la eliminación de mola causa cambios cervicales efectivos para el procedimiento

En Venezuela por Paiva de Álvarez, Senaide y colaboradores en el año 1989, revisaron 208 casos de mola hidatiforme en un periodo de 5 años, encontrando se como signo principal el sangrado intravaginal en el 95% de los casos, la expulsión de vesículas, HTA y la hiperémesis fueron hallazgos raros. En un 60% de los casos, el útero resulto mayor para la edad gestacional. En ese mismo estudio antes mencionado, la aparición de quistes tecaluteínicos presento una frecuencia del 32.6% el uso del ultrasonido como método diagnostico se dio en un 95% de los casos y los hallazgos histopatológicos mostraron mola total en 97.2% de los casos y mola parcial en un 2.8%. La presencia del feto se observó en solamente 1 caso.

Sobalvarro en el periodo de 1983-1985, en el hospital Bertha Calderón Roque encontró una frecuencia de embarazo molar en uno de cada 645 partos. Lacayo en 1985-1987 encontró que el 57.8% de las pacientes correspondían de edades entre 15-25, el 56.8% eran multigesta, la edad gestacional entre 13-20 semanas de gestación con el 50-59.8% de las pacientes tenía una altura uterina mayor en relación con las semanas de gestación, el sangrado transvaginal fue el principal signo en un 83.3%, el 74.5% de las pacientes eran del área urbana y solo un 25.5% eran de área rural.

Ibarra en el 2003 en el hospital Bertha Calderón Roque, encontró que la incidencia del embarazo molar fue de 1 en 500, con una incidencia de 2 por mil

embarazos, el método diagnóstico más utilizado fue el ultrasonido y el signo más frecuente el sangrado transvaginal en un 56% de los pacientes. Según estadísticas del minsa entre 1999 y 2006, se reportaron entre 165-232 casos anuales de mola hidatiforme. Según estudios de la OPS del 2006, la prevalencia de embarazo molar fue de 0.1%, es decir 1 caso por cada 1000 habitantes, En el 2013 se reportaron 174 casos a nivel nacional, 33 de ellos eran de Mana

Estudio de la Doc. Eneida tenorio UNAN-LEON 2005-2006 Diagnósticos clínicos con características morfológicas en el 100% de restos ovulares se encontró el hallazgo macroscópico de fragmentos de tejidos, con un 67.3% de vellosidades de contorno ondulado y en el 63.6% con hiperplasia trofoblástica focal; en el 10.9% se encontró invasión al miometrio del cito y sincitiotrofoblasto. En el diagnóstico de aborto incompleto se encontró fragmentos de tejido en un 100%, un 85.7% de vellosidades con capilares y de contorno ondulado con hiperplasia trofoblástica focal, en el 100% de diagnósticos clínicos de mola hidatiforme se encontraron vellosidades, en un 93.8%. En cuanto a la presentación clínica hubieron parámetros que no pudieron ser valorados debido a que en la hoja de solicitud de biopsia no estaban consignados como fue el dato de dosificación de hCG y altura uterina, en el caso de la edad gestacional además de que era un dato que se iba a relacionar con la altura uterina la mayoría de las pacientes acudieron por abortos espontáneos menores de 11 semanas por lo que el útero se encuentra intrapelvico y no es posible medir la altura uterina El 70.7% de pacientes con **diagnóstico clínico** de restos ovulares presentaron sangrado transvaginal a su ingreso y el 73% dolor en hipogastrio

Universidad Peruana Cayetano Heredi ALBINAGORTA O. Roberto*, SAONA U. Pedro El 90.26% de las pacientes presentó ginecorragia al momento de su ingreso (Cuadro N°3), y en el 53.9% fue de grado leve. Tres casos presentaron hemorragia severa con grave compromiso hemodinámico.. Las pacientes que tenían un útero demasiado grande para la edad gestacional presentaron náuseas y vómitos con mayor frecuencia que aquellas que no lo tenían, siendo la diferencia estadísticamente significativa En el 53.10% de las pacientes se realizó un examen ecográfico previo a la evacuación de la mola. En ellas el diagnóstico ecográfico fue correcto en 85.7% de los casos..... Se realizó exámenes de HCG previo a la evacuación de la mola en 62 pacientes (58.87%); en 39 por el método de radioinmunoensayo y en 23 en orina de 24 horas..... El legrado uterino instrumental (76.8%) fue el procedimiento quirúrgico terapéutico más utilizado En 17 casos (15.20%) se practicó histerectomía abdominal total, la mayoría de veces por la elevada paridad de la paciente **Pedro** Las pacientes que tenían un útero demasiado grande para la edad gestacional presentaron 53.9% por método diagnóstico por ultrasonido **Facultad de Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado" Alfredo Quiñones** El sangrado vaginal se produjo en 61,1 % de las pacientes y fue la causa más importante que determinó el ingreso el diagnóstico

asistido por procedimientos técnicos de más utilidad fue la ultrasonografía, con el que se diagnosticó el 83,3 % de los casos, incluyendo las 11 pacientes asintomáticas **Drs. José Colón*, Antonella De Ponte**, Ramón Serrano**, Ayari Aponte Concepción Palacios”, Caracas** La sintomatología primaria suele ser sangrado genital acompañado de aumento de los niveles séricos de β -hCG y características típicas al ultrasonido del 1er trimestre de embarazo.

Hospital Regional de Loreto Doc. Rafael Donaire Rojas PERU. en su estudio presenta que la edad promedio de las pacientes con enfermedad con mola se encuentra entre los 21-29 años el 57.1% analfabeta y de primaria 245 secundaria 72.7% eran de áreas rurales 27.3% área urbana , la multipariedad es un factor de riesgo siendo un 39.7% 27,3% gran múltipara 24,7% nulípara 9.1% primípara , el 61.0% de edad gestacional se encontraba entre las 11-20 semanas 23.4% menor de 10 semanas de gestación 14.3% de 21-30 semanas de gestación 1.3% más de 31 semanas d gestación , el 96,1% no poseen antecedentes de embarazo molar , 76.6% presento dolor en epigastrio el 20.8% náuseas y vómitos 90.9% sangrado transvaginal 7.8% , 2.6% expulsión de vesículas , 100% de los pacientes realizaron radiografía Abdominal que el 100% no se le realizo ecografía transvaginal 46.8% se hizo medición de la HGC , 63.6% se le realizo LUA al 27,3% AMEU 7.8% aspiración eléctrica más LUA y 1.3% histerectomía

Planteamiento del problema

En Nicaragua la enfermedad trofoblástica gestacional o mola hidatiforme es bastante frecuente, según datos actuales en Centroamérica al igual que Latinoamérica la tasa de prevalencia es aproximadamente de 1 en 1000 mujeres embarazadas.

Afecta principalmente a mujeres en los extremos de las edades con nivel socio-económico bajo y que tienen una dieta hipo proteica y baja en ácido fólico, además que los extremos de las edades reproductivas (<19 y >35) y el desconocimiento sobre salud sexual y reproductiva aumentan la tasa de aparición de esta patología. Actualmente en el hospital Bertha Calderon Roque existen registros en los que se presenta una prevalencia de alrededor de 60 casos por año diagnosticados como Mola Hidatiforme, por lo que se propone realizar el siguiente estudio sobre los distintos factores de riesgo que están presentando en las mujeres de Nicaragua para presentar mola hidatiforme, a lo cual nos planteamos la siguiente interrogante,

¿CUALES SON LOS FACTORES ASOCIADO AL EMBARAZO MOLAR EN MUJERES EN TODOS LOS RANGOS DE EDAD ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE. MANAGUA ABRIL 2012-ABRIL 2016?

Objetivos

Objetivo general

- identificar los factores de asociados a embarazo molar en mujeres de edad reproductiva atendidas en el HBCR en el periodo de abril 2014 abril 2016

Objetivos específicos

- ✚ Describir los datos generales del grupo de mujeres en estudio
- ✚ Identificar los datos ginecológicos de las mujeres en estudio
- ✚ Describir las manifestaciones clínicas del embarazo molar
- ✚ Identificar la forma de establecer el diagnostico
- ✚ Describir el manejo que se le brindo a las pacientes en estudio

Marco Teórico

Embarazo: Se denomina embarazo, gestación o gravidez (del latín gravitas) al período que transcurre desde la implantación en el útero del óvulo fecundado al momento del parto. El embarazo normal, es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

Síntomas

Los signos y síntomas que hacen sospechar de un embarazo incluyen:

- Amenorrea
- Náuseas y vómitos
- Hormigueo mamario
- Mastalgia
- Micción frecuente y urgente
- Percepción de movilidad fetal (después de la semana 14)
- Hay estreñimiento, fatiga, aumento de peso

Menos frecuentemente puede haber:

- Sialorrea
- Anorexia
- Disgeusia
- Antojos o deseos de alimentos no apetecidos anteriormente
- Tendencia a vértigos
- Lipotimias, insomnio o somnolencia
- Irritabilidad, cambios de carácter y alteraciones de los órganos olfatorios

Entre los signos se observa:

- Leucorrea
- Cambios de color, consistencia, tamaño o forma del cuello uterino o del útero
- Elevación de la temperatura
- Aumento de tamaño del abdomen
- Aumento de tamaño e ingurgitación de las mamas y descarga por el pezón
- Soplo pélvico y contracciones uterinas con aumento del tamaño del cuerpo uterino
- Pigmentación cutánea (cloasma y “línea negra”) y épulis después de la semana 1

Diagnóstico

La presencia en el suero materno de la hormona gonadotrófica corial (HGC), que se produce poco tiempo después de la implantación del huevo y su eliminación por orina es la base para el diagnóstico por laboratorio.

Las pruebas para determinar un embarazo incluyen:

- Pruebas biológicas (determinación de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica)
- Pruebas inmunológicas: se basan en el potencial antigénico de la HGC (aglutinación directa o indirecta de eritrocitos sensibilizados o de partículas de látex).

No aseguran de manera total el diagnóstico de embarazo por la semejanza inmunológica de la HGC con LH.

- Radioinmunoanálisis (RIA)
- Prueba del radiorreceptor
- ELISA
- Ultrasonografía (US): Permite diagnosticar el embarazo a partir de la 4ª semana y el embarazo gemelar a partir de la 6ª

La US de tiempo real de alta resolución puede determinar la edad gestacional de manera precisa sobre todo en la primera mitad del embarazo; permite realizar mediciones del saco gestacional (a partir de la 5ª semana) y del feto.

La modalidad Doppler permite identificar el latido cardíaco fetal después de la 8ª semana.

Desarrollo normal hasta el 5to mes

Primer mes

- La criatura alcanza el tamaño de una perla.
- Es el momento de la organogénesis (formación de los distintos órganos internos), es el período más delicado y en el que las influencias externas van a producir mayores consecuencias adversas; por lo que se evitará en lo posible la toma de medicamentos y otras sustancias potencialmente nocivas.
- En las semanas siguientes se van formando el corazón, el sistema nervioso central (cerebro y médula espinal), la columna vertebral y el conducto digestivo.
- El peso de la madre deberá aumentar 300 gramos.

Segundo mes

- El corazón late y los brazos y piernas muestran el principio de los dedos.
- Desaparece la cola, comienza la estructura de los huesos y se esbozan la nariz, oídos y ojos.
- El bebé mide 4 cm y pesa 7.5 gramos.
- El peso de la madre habrá aumentado en 600 gramos.

Tercer mes

- La mayoría de los órganos principales están ya formados o lo harán en este mes.
- A partir de aquí el desarrollo será principalmente en tamaño y maduración de los distintos órganos.
- Todavía es sensible a las influencias externas, pero en mucha menor medida.
- A partir de este tercer mes se puede ampliar el número de medicamentos recibidos.
- Se seguirá teniendo cuidado con la toma de sustancias nocivas, ya que estas también pueden afectar al bebé en la fase de crecimiento (alcohol y tabaco, por ejemplo).
- El crecimiento alcanza los 9 centímetros y pesa 25 gramos.
- El cerebro se recubre de huesos protectores.
- Aparecen cejas, párpados y órganos como el hígado y los riñones, que comienzan ya a funcionar.
- El peso de la madre, será de 1 kilo más.

Cuarto mes

- El bebé crece hasta los 16 centímetros y pesa 100 gramos.
- Se terminan de definir los dedos de manos y pies.
- Aparecen las uñas.
- El peso de la madre se verá aumentado en dos kilos.

Quinto mes

- Ahora mide 20 centímetros y pesa alrededor de 300 gramos

El embarazo de alto riesgo: es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando ella procede de un medio socioeconómico precario

Los factores de un embarazo de riesgo pueden ser:

- **EDAD DE LA MADRE**

Una menor de 15 años corre el riesgo de desarrollar preeclampsia (aumento de la presión arterial, proteínas en la orina, retención de líquidos durante el embarazo) y eclampsia (convulsiones debido a la preeclampsia).

Una mayor de 35 años puede tener los siguientes riesgos: aumento de la presión arterial, diabetes gestacional, complicaciones en el parto, complicaciones con la anestesia, puede desarrollar fibromas (tumores benignos en el útero) y aumentan las probabilidades de que el hijo nazca con alguna anomalía cromosómica (como síndrome de Down).

- **PESO / TALLA DE LA MADRE**

Otro factor para un embarazo de riesgo puede ser, si la madre pesa menos de 45 Kg corre el riesgo de que el bebé nazca con bajo peso.

Si la madre sufre obesidad, el hijo puede ser demasiado grande y la madre puede sufrir diabetes gestacional.

Si mide menos de 1,60 m la pelvis es pequeña y es probable que haya un parto prematuro.

- **RH SANGUÍNEO**

Si la madre es RH negativo y el hijo es también, no tendrán ningún problema durante el primer embarazo. Si el segundo embarazo es RH negativo, a la madre se le deben administrar anticuerpos anti RH para que no haya problemas de hemólisis (destrucción de los glóbulos rojos de la sangre) ni abortos.

ALTERACIONES ESTRUCTURALES DEL APARATO GENITAL

Anomalías en los ovarios o en el útero pueden provocar abortos.

Los fibromas (tumores benignos uterinos) pueden causar partos prematuros, presentación anormal del feto (posición normal o cabeza arriba), complicaciones en el parto o incluso abortos

- **ENFERMEDADES EN LA MADRE**

Enfermedades como la hipertensión arterial, enfermedades renales, diabetes, cardiopatías, enfermedades de la glándula tiroides, trastornos en la coagulación, enfermedades auto inmunes, enfermedades respiratorias... pueden causar problemas durante el embarazo y en el parto

- **SUSTANCIAS TERATOGENICAS**

Las sustancias, agentes o procesos teratogénicos son los que interfieren en el desarrollo normal del feto causándole ciertas anomalías.

- Los principales teratógenos son:
 - Radiaciones (rayos X, UVA, UVB)
 - Infecciones por:
 - Citomegalovirus (herpes)
 - Parvovirus (produce diarrea hemorrágica)
 - Rubeola
 - Varicela
 - Sífilis (es una enfermedad de transmisión sexual)
 - Toxoplasma (parásito transmitido, sobretodo, por los excrementos de los gatos)
 - Enfermedades maternas:
 - Diabetes
 - Fiebre alta
 - Lupus (enfermedad auto inmune)
 - Algunos fármacos
 - Alcohol, cocaína.

Hemorragias de la primera mitad del embarazo:

Se define como hemorragia de la primera mitad de la gestación todo sangrado genital que se presente durante las primeras 22 semanas de gestación. La hemorragia de la primera mitad del embarazo agrupa a un número de patologías del embarazo que se pueden presentar durante este periodo y que como característica en común está el Sangrado genital.

Mola Hidatiforme:

Esta entidad se describe dentro de la enfermedad trofoblástica gestacional que son procesos benignos y malignos poco habituales, derivados de una proliferación anormal del trofoblasto de la placenta humana y es consecuencia de una alteración genética que acontece en el momento de la fecundación. Se caracteriza, según la definición clásica de Hertig, por la degeneración hidrópica y el edema del estroma vellositario, la ausencia de vascularización en las vellosidades coriales y la proliferación del epitelio trofoblástico, pero se conserva la estructura diferenciada vellositaria.

Clasificación:

Mola total o completa: es la forma más frecuente de presentación. Su aspecto macroscópico es vesicular y microscópicamente se caracteriza por la ausencia de tejido embrionario y de amnios, degeneración hidrópica e hiperplasia trofoblástica difusas y frecuentes atipias en sincitio y citotrofoblasto. Se origina como consecuencia de la fecundación de un óvulo "vacío", con material genético ausente o inactivo. Por tanto, la carga cromosómica es sólo de origen paterno, y se comporta como un heterotrasplante. En más del 90% de los casos, la fecundación se produce por un espermatozoide 23X que se duplica, resultando un cariotipo 46XX. Más raramente, el óvulo "vacío" es fecundado por 2 espermatozoides, 23X y 23Y, y el cariotipo es 46XY. El riesgo de ETP es del 15-20%.

Mola parcial: en la que hay tejido embrionario y/o amnios, degeneración hidrópica e hiperplasia trofoblástica focales, sólo afecta al sincitiotrofoblasto y con ausencia de atipias. En contraste con la mola completa, tiene material genético materno, el cariotipo es generalmente triploide (69XYY o 69XXY), el cual puede producirse por 3 mecanismos Polispermia: es el más frecuente, el ovocito es fertilizado por 2 espermatozoides, Ovocito fertilizado por un espermatozoide diploide, por un defecto en la primera división meiotica, Fertilización de un ovocito diploide, por defecto en la primera división meiotica. Muy Infrecuente. Presenta al mismo tiempo características de una placenta de desarrollo normal y de una Mola Hidatiforme Completa, con una gama de vellosidades desde normales a quísticas, mientras que la hiperplasia del trofoblasto es solo focal o "en parches" y por lo general afecta el sincitiotrofoblasto. En algunos casos de MHP está presente el

feto, pero su desarrollo es casi siempre anormal, debido a las alteraciones cromosómicas (triploidia) asociadas y es muy infrecuente

Mola Invasora: La mola invasora es una eventual complicación de la mola hidatiforme parcial o total. Se manifiesta por una penetración profunda de las vellosidades coriales con degeneración hidrópica y estructuras trofoblástica dentro del monetario o invasión de los vasos uterinos, suele presentarse con hemorragia severa y en ocasiones se diagnostica en la pieza de histerectomía. Constituyen el 15% de los embarazos molares.

Coriocarcinoma: Es el carcinoma del epitelio coriónico, una forma extremadamente maligna de tumor trofoblástico. Es un tumor anaplásico epitelial puro, que por su crecimiento y metástasis se comporta como un sarcoma, El 50% de los coriocarcinoma provienen de un mola hidatiforme; el restante 50%, de cualquier otro tipo de embarazo. Macroscópicamente es una masa de color rojo o violeta, friable, de crecimiento rápido, que invade el miometrio y los vasos sanguíneos, con producción de hemorragia y necrosis. Puede afectar el endometrio, ocasionando metrorragia; si lesiona el miometrio puede afectar hasta la serosa, haciéndose evidente como nódulos oscuros e irregulares. De manera característica el coriocarcinoma presenta ausencia del patrón vellositario, a diferencia de la mola hidatiforme o la mola invasora. Las metástasis se desarrollan de manera temprana, con mayor frecuencia por vía hematógena. Los sitios más frecuentes son el pulmón (75%) y la vagina (50%); le siguen la vulva, los riñones, el hígado, los ovarios, cerebro y el intestino.

Epidemiología:

Con respecto a su epidemiología, hay que señalar una incidencia muy superior en el extremo oriente (una gestación molar por cada 120-400 embarazos) con relación a occidente (una mola vesicular por cada 1.000-2.000 embarazos), tiende a ocurrir una vez cada 1000 embarazos en Europa y el norte de américa. Y una frecuencia aumentada en los extremos de la vida reproductiva (antes de los 20 y después de los 40 años) y cuando existe el antecedente de ETG, en honduras se encontró una frecuencia fue de un embarazo molar cada 283 partos, superando ampliamente la frecuencia registrada en USA. El 79.1% de los casos se presenta en mujeres jóvenes menores de 30 años, más frecuentes en primigestas que en multíparas, difiriendo de los factores de riesgo señalados por la literatura mundial, en que se menciona a mayores de treinta y cinco años, como la edad de presentación más frecuente y una relación significativa con la paridad, mujeres de 40 años tienen un riesgo casi 10 veces mayor y la frecuencia de molas recurrentes es de 1.3%

Etiología

La etiología del trastorno no se conoce por completo. Puede haber factores de riesgo que potencien la aparición de una mola como un defecto en el huevo, anomalías en el útero o deficiencias nutricionales. Aquellas mujeres menores de 20 años o mayores de 40 tienen un riesgo mayor. Otros factores de riesgo incluyen dietas bajas en proteínas, ácido fólico y caroteno. Su etiología se corresponde con la fecundación de un ovulo enucleado por parte de dos espermatozoides. En el 90% de los casos muestra un cariotipo 46XX, resultado de la fertilización de un ovocito con núcleo inactivo por un espermatozoide haploide que duplica su material genético, sin participación de cromosomas maternos. En el 10% de los casos el ovocito con núcleo inactivo es fertilizado por 2 espermatozoides haploides, uno X y el otro Y (46XY).

Factores de riesgo

Edad

Entre los factores de riesgo vinculados con esta entidad son el antecedente de embarazo molar previo y la edad materna (menos de 15 años, más de 40 años). Esta asociación, aunque está presente para MC y MP, es mucho mayor para MC en todas las edades maternas; la magnitud del riesgo es muy superior en mujeres de más edad (a partir de los 45 años) en comparación con las más jóvenes (menos de 15 años). Las adolescentes con MC tienen menor riesgo de progresión a neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) que las mujeres mayores, pero, en caso de desarrollarla, no presentan diferencias con respecto a las mayores en cuanto a estadios ni sensibilidad a la quimioterapia. Las asociaciones demostradas son consistentes con la hipótesis de que hay una mayor probabilidad de fertilización de un ovocito anormal al principio y al final del período reproductivo de la mujer, aunque el mecanismo preciso no es claro. Se presume que los ovocitos cromosómicamente deficientes se producen ya sea permitiendo la fertilización dispérmica o la duplicación nuclear monoespérmica, resultando en una diploidía paterna androgenética o triploidía con MC o MP.

Etnia

Se han observado grandes diferencias en la incidencia de mola hidatidiforme en diversos grupos étnicos predominando en la que las mujeres negras equivalieron a la mitad de las que se detectó en otras mujeres, el promedio en mujeres euroasiáticas es dos veces mayor que las de origen chino, chino o malaseo.

Genéticos

Estudios citogenéticos observaron que la frecuencia de translocaciones equilibradas en mujeres con MHC era de 6.4% en comparación de 0.6% encontrada en la población femenina normal, esto debido a la probabilidad que se altere la meiosis siendo elevado el número de óvulos vacíos, además se encontró que existe una mayor frecuencia en mujeres RH negativo que en las demás mujeres.

Obstétricos

La probabilidad de desarrollar un embarazo molar es de 50% cuando existe un antecedente de mola previa, un 25% en caso de aborto previo, un 05% en embarazo ectópico previo y un 20% en caso de embarazo a término previo.

Dieta

Se ha observado una alta incidencia en mujeres de estrato socioeconómico bajo por lo que se atribuyó a una dieta baja en proteínas, otros estudios lo atribuyen a la ingesta baja en carotenos, pero no existe una relación comprobada de que esta influya directamente sobre la incidencia.

Manifestaciones clínicas

- Crecimiento anormal del útero, ya sea más grande o más pequeño de lo usual.
- Náuseas y vómitos que pueden ser tan intensos que requieren hospitalización.
- Sangrado vaginal durante los primeros 3 meses del embarazo.
- Síntomas de hipertiroidismo, incluso intolerancia al calor, deposiciones acuosas, frecuencia cardíaca rápida, inquietud o nerviosismo, piel caliente y húmeda, manos temblorosas, o pérdida de peso inexplicable.
- Síntomas similares a los de la pre eclampsia que ocurren en el primer trimestre o a comienzos del segundo trimestre, incluso hipertensión arterial e hinchazón de los pies, tobillos, y piernas (esto casi siempre es indicio de mola hidatiforme, ya que la pre eclampsia es extremadamente rara tan temprano en los embarazos normales).

Diagnóstico:

Se basa en la anamnesis, en la exploración general y ginecológica y, como pruebas complementarias, la ecografía y la determinación de β -HCG.

Anamnesis

Gracias a la ecografía sistemática del primer trimestre de la gestación, su diagnóstico es cada día más precoz y ello ha modificado su espectro de signos y síntomas clásicos. Hay que pensar en la presencia de una mola vesicular cuando en dicho período aparecen las siguientes manifestaciones clínicas:

- \rightarrow Metrorragia: es el signo más habitual (97%) y el motivo principal de consulta. Es variable en frecuencia e intensidad, y a veces provoca una anemia grave. Se produce por la rotura de los vasos maternos, al separarse las vesículas de la decidua. En ocasiones se acompaña de dolor en hipogastrio e hidrorrea.
- \rightarrow Náuseas, vómitos e, incluso, hiperémesis: están presentes en el 30% de los casos y se deben, al igual que el aumento de los síntomas subjetivos de embarazo, Ocurre en una de cuatro pacientes con tamaño uterino excesivamente aumentado y al incremento en los valores de HCG.
- \rightarrow Pre eclampsia: su aparición precoz es muy sugestiva de gestación molar y sucede en el 25% de éstas.
- \rightarrow Expulsión de vesículas: es un signo patognomónico, aunque tardío e infrecuente (11%).
- \rightarrow Hipertiroidismo: acontece en el 7% de las pacientes y se explica por la similitud entre las subunidades α de la HCG y de la TSH.
- Altura uterina mayor a la esperada por edad gestacional
- Quistes teco-luteínicos: Están presentes en el 50% de las MC. Se originan como producto de altas concentraciones de hCG sub β .
- La embolización trofoblástica se demuestra en el 2% de los casos. Se manifiesta con dolor torácico, disnea, taquipnea y taquicardia. El riesgo de progresar a Neoplasia Trofoblástica Gestacional es significativo y está alrededor del 15% al 20% si no cursa con factores de riesgo, pero asciende al 30% si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: MHC de alto riesgo
- \rightarrow Insuficiencia respiratoria aguda: es excepcional (2%) y guarda relación con la embolización pulmonar de células trofoblástica, así como con la asociación de pre eclampsia e hipertiroidismo.

Exploración general

Nos permitirá identificar si están presentes signos de pre eclampsia (edemas, hipertensión arterial, etc.), hipertiroidismo (taquicardia, sudoración, temblores, etc.) o insuficiencia respiratoria (disnea, taquipnea, hipotensión arterial, etc.).

Exploración ginecológica

- Cérvix cerrado. Metrorragia de cuantía variable. Rara vez se observa la expulsión de vesículas.
- Desproporción entre el tamaño uterino y la edad gestacional, a favor del primero (60%). No obstante, en el 20% de las pacientes el tamaño uterino se corresponde con la amenorrea y en el 20% restante es, incluso, menor que ésta. El útero es regular, simétrico y de consistencia blanda.
- Tumoraciones ováricas (30%), que son quistes tecaluteínicos, muchas veces bilaterales. Se producen por la similitud entre las subunidades α de la HCG, FSH y LH. En el 3% de las pacientes se pueden complicar en forma de rotura, infección o hemorragia.
- En caso de mola completa, ausencia de latido cardíaco fetal.

Ecografía

Es de gran utilidad, aporta información sobre el contenido uterino, aspecto de los ovarios así como sobre una posible invasión miometrial. Son datos ultrasónicos sugestivos de embarazo molar los siguientes:

- Útero mayor que amenorrea, aunque puede ser igual o menor.
- Ausencia de estructuras embrionarias en la mola completa.
- Cavidad ocupada por multitud de ecos de baja amplitud, que corresponden al tejido trofoblástico proliferado. Es la imagen típica de "copos de nieve" o "panal de abejas". A veces se visualizan zonas anecdóticas, que traducen la presencia de hemorragias intratumorales.
- Quistes tecaluteínicos, que ofrecen una imagen ultrasónica redondeada, econegetiva y multilocular, la mayoría de las veces bilateral.

La utilización de la sonda vaginal permite la obtención de imágenes más concluyentes, así como un diagnóstico más precoz. La ecografía Doppler es útil para estudiar las arterias ilíacas, uterinas y tumorales y puede detectar la recurrencia o la invasión del miometrio.

Determinación de β -HCG

Por su alta sensibilidad y especificidad, es de gran utilidad en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad trofoblástica gestacional.

La HCG es una hormona glucoproteína, compuesta por 2 subunidades. Su subunidad β es básicamente igual a la de la FSH, LH y TSH. La fracción β , por el contrario, es diferente y específica.

La determinación de β -HCG se puede efectuar en plasma y en orina. En el embarazo normal, sus valores se incrementan progresivamente hasta alcanzar las 100.000 mui/ml en la semana 12, para después ir descendiendo. En la mola vesicular, sus valores se encuentran muy elevados, aunque su curva siempre debe compararse con la obtenida en el embarazo normal, para la misma edad gestacional, laboratorio y método. Cifras ≥ 200.000 mui/ml, sin embargo, son muy sugestivas de enfermedad trofoblástica gestacional.

Diagnóstico diferencial:

En primer lugar, hay que establecerlo con todos los cuadros que cursan con hemorragias del primer trimestre de la gestación, en especial con las diferentes formas clínicas de aborto y con el embarazo ectópico.

También se debe plantear con aquellos procesos en los que existe una desproporción entre el tamaño uterino y la edad gestacional, como el error en la fecha de la última regla, embarazo múltiple, mioma asociado a gestación, hidramnios, hematómetra, etc.

La clínica, la ecografía, la β -HCG y, en último extremo, la anatomía patológica, van a permitir un diagnóstico de certeza. En este sentido, es importante resaltar que hay acuerdo unánime sobre la necesidad del estudio histológico sistemático en toda gestación no evolutiva, como garantía del diagnóstico seguro de la mola vesicular, especialmente en su forma embrionaria.

Tratamiento

Estudio preoperatorio

Ante un diagnóstico de sospecha de embarazo molar, la mujer debe ser hospitalizada y su evaluación inicial incluirá:

- ↪ Exploración general y ginecológica.
- ↪ Estudio ecográfico.
- ↪ Analítica completa (grupo y Rh, hemograma, bioquímica, coagulación, ionograma, función hepática, función renal, función tiroidea y β -HCG).
- ↪ Preparación de sangre cruzada.
- ↪ Radiografía de tórax para descartar metástasis pulmonares.

Tratamiento general

Si es preciso, se tratará cualquier tipo de trastorno asociado (anemia, alteración hidroelectrolítica, coagulopatía, preeclampsia, insuficiencia respiratoria, etc.).

Tratamiento específico. Evacuación de la mola

El modo de llevarla a cabo va a depender del estado de la enferma, intensidad del sangrado, tamaño uterino, edad y deseos reproductivos futuros.

En la mujer menor de 40 años y que quiere tener más descendencia, el método de elección es el legrado por aspiración, que se completa con el paso suave de una legra cortante. Es recomendable su realización bajo control ecográfico. Los agentes oxitócicos se administrarían tras la dilatación cervical y evacuación parcial a fin de facilitar la hemostasia. Las contracciones uterinas previas a la evacuación pueden facilitar embolizaciones de material trofoblástico. Por eso no se recomienda la inducción del aborto con agentes oxitócicos o con prostaglandinas. También se recomienda evitar, siempre que sea posible, el uso de prostaglandinas para la preparación del cuello antes del legrado.

Los datos que disponemos sobre el empleo de mifepristona en estas gestaciones son limitados. Por ello, se debe evitar su uso para la evacuación de la mola.

En aquellos casos en que tenga lugar una hemorragia importante antes de la evacuación de la mola y se considera necesario el empleo de agentes oxitócicos, su uso se realizará según los protocolos habituales.

En casos de molas parciales en que la existencia de partes fetales impide el legrado por aspiración, podrá emplearse la terminación médica del embarazo. Estas pacientes presentarán un mayor riesgo de requerir tratamiento por una ETP, aunque la proporción de mujeres con mola parcial que necesitan quimioterapia es bajo (0,5%).

Las principales complicaciones de la evacuación de la mola son la perforación uterina, la hemorragia, la infección y la embolización pulmonar trofoblástica. El legrado de repetición no está indicado, salvo que persistan restos molares.

En determinados casos (edad > 40 años, edad comprendida entre 35-40 años con la descendencia deseada, patología uterina asociada, perforación uterina o hemorragia incontrolable), se puede contemplar la histerectomía abdominal puesto que el riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional es mucho mayor. Aunque existan quistes tecaluteínicos, los anejos se pueden conservar.

Otras técnicas evacuadoras, como la histerotomía o la inyección de suero salino hipertónico, no se contemplan en la actualidad.

A las gestantes con Rh -→ se les debe administrar inmunoglobulina anti-D en las primeras las 48-72 h tras la evacuación.

Seguimiento POSTERIOR A LA EVACUACIÓN

Una vez finalizado el embarazo molar se plantean 2 posibles opciones. La primera es administrar quimioprofilaxis (metotrexato o actinomicina D) a todas las pacientes o, al menos, a aquellas con factores de riesgo (tabla 2) o si el seguimiento de la paciente es imposible. Otra opción más conservadora, consiste en realizar un estricto seguimiento.

La quimioprofilaxis parece reducir de forma significativa la incidencia de la ETP en mujeres de alto riesgo. No obstante, es muy dudosa su utilidad en casos de bajo riesgo por varias razones: no alcanza una eficacia absoluta, condiciona que se lleve a cabo un alto porcentaje de tratamientos innecesarios y provoca resistencias a la quimioterapia.

Por ello, la tendencia más aceptada es realizar un seguimiento intensivo. Su propósito es diagnosticar, lo antes posible, la ETP y se basa en el siguiente esquema:

- Determinaciones de β -HCG plasmática: inicialmente de forma semanal hasta alcanzar 3 títulos negativos (< 5 mUI/ml) consecutivos. A continuación, las determinaciones se harán de forma periódica durante 6-12 meses.
- Control ginecológico y ecográfico seriado: se valora fundamentalmente, el tamaño y la consistencia del útero y la aparición de metrorragia. Se practicarán a las 2 semanas de la evacuación y después, cada 3 meses.
- Estudio radiológico torácico: la periodicidad de éste dependerá de la evolución clínica y analítica de cada paciente.

Durante el tiempo de seguimiento, se ha de evitar una nueva gestación. Con este propósito, se puede utilizar un método de barrera o, mejor aún, anticonceptivos orales. No es recomendable el dispositivo intrauterino. Tanto el uso de contraceptivos orales como de terapia hormonal sustitutiva son seguros una vez que los valores de β -HCG se han normalizado.

En el 90% de los casos, el proceso se resuelve satisfactoriamente y los títulos de β -HCG van descendiendo, negativizándose en 6-10 semanas. Se habla de remisión cuando se obtienen 3 títulos negativos consecutivos.

Por el contrario, en el resto de mujeres la curva de regresión de la β -HCG es anormal (valores altos y mantenidos durante más de 4 semanas tras la evacuación, ascenso progresivo de los títulos después del inicial descenso postevacuación o títulos en meseta que no descienden en un mes), o aparecen metástasis, o hay una confirmación histológica de coriocarcinoma y se llega al diagnóstico de ETP (tumor trofoblástico de la gestación) cuyo manejo será expuesto en el protocolo correspondiente.

Los factores de riesgo de desarrollar un tumor trofoblástico gestacional (tabla 2) permiten clasificar a la gestación molar como de alto o bajo riesgo. En la mola completa, el porcentaje global de ETP es del 15-20%, se acerca al 40% en presencia de factores de riesgo y sólo es del 5% en ausencia de éstos. En la mola parcial es de esperar un 4-8% de ETP

Diseño Metodológico

Tipo de estudio:

Descriptivo de Corte Transversal

Universo:

Todas aquellas mujeres que fueron diagnosticadas e ingresadas con embarazo molar a la sala de complicaciones de la primera mitad del embarazo conformada por 83 pacientes

Muestra:

Todas aquellas mujeres diagnosticadas e ingresadas a la sala de complicaciones de la primera mitad del embarazo con expedientes completos para el estudio la cual es igual al universo con 83 pacientes

Tipo de muestra:

Aleatoria por conveniencia

Criterios de inclusión

Todas aquellas pacientes a con expedientes completos para el estudio

Criterios de exclusión

Expedientes incompletos y con falta de datos para el estudio

Fuentes de la información:

Secundaria

Método de recolección de la información:

Ficha de recolección de datos en la cual consten todos los ítems para la investigación

Recolección de información:

La información será recolectada por los propios investigadores para evitar sesgos, a través de un formulario en el cual están incluidos todos los ítems se irá desglosando la información en orden estricto. Se solicitarán los expedientes clínicos y se tomarán en cuenta todos aquellos que tengan la información completa.

La información obtenida se vaciará a través de paquetes estadísticos en el cual se hará mucho énfasis en el número y la frecuencia.

Proceso y presentación de la información:

Los resultados obtenidos en nuestro estudio se presentarán en gráficas y tablas para una mejor interpretación ubicada en los anexos

VARIABLES

Objetivo 1

- 1- Edad
- 2- Escolaridad
- 3- Ocupación
- 4- Procedencia
- 5- Religión
- 6- Número de hijos

Objetivo 2

- 1- Gesta
- 2- Para
- 3- Aborto
- 4- Cesárea
- 5- Ectópico
- 6- Antecedentes de embarazo molar
- 7- Fecha de la última regla
- 8- Semanas de gestación por clínica
- 9- Semana de gestación por ultrasonido
- 10-Primipariedad de la pareja

Objetivo3

- 1- Dolor abdominal
- 2- Sangrado
- 3- Expulsión de vesícula
- 4- Fiebre
- 5- Nauseas
- 6- Vómitos
- 7- Forma del sangrado
- 8- Cantidad del sangrado
- 9- Presentación del sangrado

Objetivo 4

- 1- Clínico
- 2- Radiológico
- 3- Nivel de gonadotropina coriónica en orina o en sangre

Objetivo 5

- 1- Médico , dolor , transfusiones, quirúrgico
- 2- Laparotomía exploradora
- 3- Histerectomía

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor
Edad	años cumplidos desde sus nacimiento hasta el momento del estudio	<i>Años</i>	Menores de 19 años De 20-35 Mayor de 35 años
Escolaridad	Nivel académico alcanzado	<i>Según expediente</i>	<i>Primaria finalizada</i> <i>Secundaria finalizada</i> <i>Estudios superiores</i>
Ocupación	Profesión u oficio a la cual se dedica	Según expediente	Ama de casa Obreras Profesionales
Procedencia	Lugar de origen	Según expediente	Rural urbano
Religión	Creencia a la que pertenece	Según expediente	Católica Evangélica Otras
Número de hijos	Cantidad de hijos que posee	Según expediente	1-3 4-6 >6
Objetivo 2			
Gesta	Número de veces la cual se ha embarazado	Según expediente	Multigesta Multigesta
Para	Número de partos los cuales ha tenido	Según expediente	Nulípara Múltipara
Aborto	Interrupción o pérdida del embarazo ante de las 22 semanas con un peso menor de 500 gramos	Según expediente	Ninguno < de 2 > de 3
Cesárea	Nacimiento por incisión uterina a través del abdomen	Según expediente	Ninguna 1-2 >3
Embarazo ectópico	Implantación anormal del huevo fuera de su sitio normal	Según expediente	Ninguno 1-2
Antecedentes de embarazo molar	Esto aquella gestación en la que se alteran las vellosidades coriales dando como resultado una alteración completa e incompleta del embrión	Según expediente	Ninguna 1 2
Fecha de última regla	Tiempo en el cual se cuantifica la ausencia de la menstruación	Según expediente	Día y mes
Semana de gestación por clínica	Impresión diagnóstica que por examen físico orienta la probabilidad de la semana del embarazo	Según expediente	Menor de 12 semanas Entre 12-24 semanas Mayor de 24
Semana de gestación por ultrasonido	Diagnóstico certero de la semana de gestación	Según expediente	Menor de 12 semanas Entre 12-24 semanas Mayor de 24
Primiparidad de la pareja	Primer hijo concebido en la relación	Según expediente	Si No

Objetivo3			
Dolor abdominal	Síntoma o molestia referido en área abdominal	Según expediente	Si No
Sangrado	Refiere a la pérdida de sangre que puede ser interno externa que provenga del útero	Según expediente	Si No
Expulsión de vesícula	Salida de material transvaginal similar a un racimo de uvas	Según expediente	Si No
Fiebre	Aumento de temperatura del cuerpo por arriba de 37.5 centígrados	Según expediente	Si No
Nauseas	Sensación de malestar con una urgencia por vomitar	Según expediente	Si No
Vomito	Expulsión espasmódica del contenido del estómago por la boca	Según expediente	Si No
Forma de sangrado	Diferente presentación del sangrado según su clínica	Según expediente	Intermitente Continuo
Cantidad de sangrado	Medida cuantificable del sangrado	Según expediente	Leve Moderado Severo
Presentación de sangrado	Momento en que se manifiesta la hemorragia	Según expediente	Espontaneó Inducido
Objetivo 4			
Cuadro Clínico de la presentación de sangrado del embarazo molar	Nauseas	Según expediente	Si No
	Sangrado en el primer trimestre del embarazo	Según expediente	Si No
	Aumento de tamaño uterino rápido para la gesta	Según expediente	Si No
	Síntomas de preeclampsia	Según expediente	Si No
	Aumento de frecuencia cardiaca	Según expediente	Si No
Utilización de métodos Radiológico para establecer diagnostico	Ultrasonido abdominal	Según expediente	Si No
	Pélvico		Si No
	Transvaginal		Si No
	Radiografía de Abdomen		Si No
	Radiografía de Tórax		Si No

	Huesos largo		Si No
Nivel de gonadotropina coriónica en sangre u orina	Es un método de apoyo en el diagnóstico y la evolución de seguimiento del embarazo molar	Según expediente	Si No
Objetivo5			
Manejo del embarazo molar	Manejo de forma en cómo se manejaron los síntomas del embarazo molar	Según expediente	Si No
	Manejo quirúrgico	Según expediente	Si No
	Legrados: LUA LUI	Según expediente	Si No
	Laparotomía e Histerectomía	Según expediente	Si No

Resultado

Factores sociodemográficos:

1. Edad

En relación a la edad de las pacientes que presentaron embarazo molar en el periodo de abril 2014 – abril 2016 se encuentran en un rango de edades entre 20-34 años que representan el 68.67%, luego se encuentran las que están en un rango menor o igual a 19 años representando el 16.87% y por último se encuentran las pacientes que comprenden edades igual o mayor de 35 años representando el 14.46%.

2. Escolaridad

En relación al Grado de Escolaridad encontramos que las mujeres en estudio que se encuentran en un nivel académico en el rango de primaria fueron la mayoría con 45 pacientes representando el 54.22%, seguidas después por las mujeres en un nivel académico de secundaria con 31 pacientes representando el 37.35%, y por último corresponde a mujeres profesionales con 7 pacientes representando el 8.43%.

3. Ocupación

En relación a la ocupación de las mujeres en estudios de embarazo molar de abril 2014 a abril 2016 encontramos que la mayoría eran amas de casa con 72 pacientes representando el 91.14%, seguidas profesionales con 6 pacientes representando el 7.59% y obreras con 1 paciente que representa el 1.27%.

4. Religión

En relación a la religión de las mujeres en estudios de embarazo molar de abril 2014 a abril 2016, encontramos que la mayoría eran de índole católica con 50 pacientes representando el 60.98%, seguidas por las de otras religiones con 18 pacientes representando el 21.95%, y por último corresponde a religiones evangélicas con 14 pacientes que representan el 17.07%.

5. Procedencia

Con relación a la procedencia de las pacientes que presentaron embarazo molar en el periodo de abril 2014 a abril 2016, se encontró que la mayoría eran de procedencia rural con 55 pacientes representando el 66.27% , seguidas por las de procedencia urbana con 28 pacientes representando el 33.73%.

Datos Ginecobstetricos:

6. Número de hijos

En relación al número de hijos en las pacientes que presentaron embarazo molar en el periodo de abril 2014 a abril 2016 se encontró que la mayoría de las pacientes no tenían ningún hijo con 47 pacientes representando el 56.63%, seguidas por las pacientes que tenían entre 1-3 hijos con 31 pacientes representando el 37.35%, luego se encuentran las pacientes con 4-6 hijos con 4 pacientes representando el 4.82% y por último se encuentran las pacientes con más de 6 hijos con 1 paciente que representa el 1.20%.

7. Gestas

En relación al número de gestas de las pacientes que presentaron embarazo molar en el periodo de abril 2014 a abril 2016 encontramos que la mayoría eran nuligesta con 51 pacientes representando el 61.45%, seguidas por las nuligesta con 32 pacientes que representan el 38.55%.

8. Paras.

En relación al número de paras en las pacientes que presentaron embarazo molar en el periodo de abril 2014 a abril 2016 se encontró que la mayoría eran nulíparas con 48 pacientes representando el 59.26%, seguidas por las nulíparas con 33 pacientes representando el 40.74%.

9. Aborto

En relación al número de abortos de las mujeres en estudio realizado en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016 encontramos que la mayor parte de estas no habían presentado ningún aborto con 78 pacientes que representan el 93.98%, seguidas por las pacientes que presentaron de 1-2 abortos con 5 pacientes representando el 6.02%.

10. Cesárea

En relación al número de cesáreas de las mujeres que presentaron embarazo molar en el periodo de abril 2014 a abril 2016 se encontró que a la mayoría no se había realizado ninguna cesárea con 73 pacientes representando el 87.95%, seguidas por las pacientes a las que se les realizaron de 1- con 10 pacientes que representan el 12.05%.

11. Embarazo ectópico

En relación al número de Embarazo Ectópico de las mujeres que presentaron embarazo molar en el periodo de abril 2014 a abril 2016 se encontró que la mayoría de estas no habían presentado ningún embarazo ectópico con 80 pacientes que representan el 96.39%, seguidas de las que presentaron de 1-2 embarazos ectópico con 3 pacientes que representan el 3.61%.

12. Antecedentes de Embarazo Molar

En relación a los antecedentes de embarazo molar de las mujeres en estudio realizado en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, encontramos que la mayoría no habían presentado ningún antecedente con 52 pacientes que representan el 62.65%, seguidas por las que habían presentado un antecedente de 1-2 embarazos molares con 31 pacientes que representan el 37.35%.

13. Semana de gestación por clínica

En relación a las semanas de gestación por clínica de las mujeres que presentaron embarazo molar en el periodo abril 2014 a abril 2016 la mayoría se encontraban en el periodo menor de las 12 semanas con 50 pacientes que representan el 60.24%, seguido por las que se encontraban entre las 12- 24 semanas con 27 pacientes que representan el 32.53%, y por último se encontraban las que estaban en un periodo mayor de las 24 semanas de gestación con 6 pacientes que representan el 7.23%.

14. Semana de gestación por ultrasonido

En relación a las semanas de gestación por ultrasonido de las mujeres que presentaron embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, se encontró que la mayoría estaban en el periodo de 12-24 semanas de gestación con 40 pacientes que representan 46.25%, luego se encontraban las pacientes que tenían menor de 24 semanas de gestación con 24 pacientes que representan el 30.00%, seguidas por las que se encontraban en el periodo mayor de las 24 semanas de gestación representando el 23.75%.

15. Primipariedad de la pareja

En relación a la Primipariedad de la pareja de las pacientes que presentaron embarazo en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, se encontró que la mayoría era Primipariedad de la pareja con 43 pacientes que representa el 53.75%, seguidas por las que no eran Primipariedad de la pareja con 37 pacientes que representan el 46.25%.

Datos clínicos:

16. Dolor Abdominal

En relación a los datos clínicos principales en mujeres que presentaron embarazo molar en el periodo de abril 2014 a abril 2016 el Dolor abdominal se presentó en 64 pacientes que representa el 77.11%, y 19 pacientes que no lo presentaron que representan el 22.89%.

17. Sangrado

En relación al sangrado en las mujeres que presentaron embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, se encontró que las 83 pacientes lo presentaron representando el 100% de las pacientes en estudio.

18. Expulsión de vesículas

En relación a la expulsión de vesículas en las mujeres que presentaron embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, solo lo presentaron 10 pacientes que representan el 12.05%, seguidas por las que no lo presentaron con 73 pacientes que representan el 87.95%.

19. Fiebre

En relación a la presencia de fiebre en las mujeres que presentaron embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, se determinó que solo lo presentaron 8 pacientes que representan el 9.64%, y las que no lo presentaron fueron 75 pacientes que representan el 90.36%.

20. Nauseas

En relación a las náuseas en las mujeres que presentaron embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, se determinó que las presentaron 36 pacientes que representan el 43,37%, y las que no lo presentaron fueron 47 pacientes que representan el 56.63%.

21. Vomito

En relación al vomito en las mujeres que presentaron embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, se encontró que lo presentaron 6 pacientes que representan el 7.23%, y las que no presentaron fueron 77 pacientes que representan el 92.77%.

22. Forma del Sangrado

En relación a la forma de sangrado de las mujeres que presentaron embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, encontramos fue intermitente en 65 pacientes que representan el 78.31%, seguidas por las que presentaron sangrado continuo con 18 pacientes que representan el 21.69%.

23. Cantidad de Sangrado

En relación a la cantidad de sangrado de las mujeres que presentaron embarazo en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, encontramos que 29 pacientes lo presentaron de forma leve representando el 34.94%, seguidas por las que presentaron sangrado severo con 28 pacientes representando el 33.73%, y por último encontramos a las que presentaron sangrado moderado con 26 pacientes que representan el 31.33%.

24. Presentación del Sangrado

En relación a la presentación del sangrado de las mujeres con embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, determinamos que el 100% de las pacientes presentaron un sangrado espontáneo.

Cuadro Clínico de la Presentación del Embarazo Molar

25. sangrado en el primer trimestre del embarazo.

En relación al cuadro clínico de presentación de sangrado en el primer trimestre del embarazo, en las mujeres con embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, se determinó que fue presentado por las 83 pacientes que corresponden al 100% en estudio.

26. aumento del tamaño uterino.

Con relación al cuadro clínico de aumento de tamaño uterino para la gestación, en mujeres con embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, determinamos que 80 pacientes lo presentaron correspondiendo al 96.39%, seguidas por 3 pacientes que no lo presentaron que corresponden al 3.61%.

27. síntomas de preeclampsia.

En relación al cuadro clínico de síntomas de preeclampsia en las mujeres con embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, determinamos que no lo presentaron 82 pacientes representando el 98.80%, y que solo 1 paciente los presentó correspondiendo al 1.20%.

28. aumento de la frecuencia cardiaca.

En relación al cuadro clínico de aumento de frecuencia cardiaca en mujeres con embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, encontramos que 66 pacientes no lo presentaron correspondiendo al 83.54%, seguidas por 13 pacientes que si lo presentaron que corresponden al 16.46%.

Utilización de Métodos Radiológicos para establecer diagnóstico

29. ultrasonido abdominal.

En relación a la utilización de ultrasonido abdominal en pacientes con embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, se determinó que 52 pacientes se les realizó correspondiendo al 62.65%, y no se les realizó a 31 pacientes que representan al 37.35%.

30. ultrasonido pélvico.

En relación a la utilización de ultrasonido pélvico en mujeres con embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, encontramos que se le realizo a 72 pacientes que corresponden al 87.80%, seguidas de 10 pacientes a las cuales no se les realizo que representan el 12.20%.

31. ultrasonido transvaginal.

En relación a la utilización de ultrasonido transvaginal en mujeres con embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, determinamos que no se le realizo a 79 pacientes que corresponde al 97.53%, seguidas de 2 pacientes a las que si se les realizo que representan el 2.47%.

32. Radiografía de abdomen.

En relación a la utilización de radiografía de abdomen en mujeres con embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, encontramos que no se le realizo a 77 pacientes representando el 95.06%, seguidas por 4 pacientes a las cuales si se les realizo y que representan el 4.94%.

33. radiografía de tórax.

En relación a la utilización de radiografía de tórax en pacientes con embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, determinamos que se le realizo a 49 pacientes que representan el 59.04%, seguidas por 34 pacientes a las cuales no se les realizo y que representan el 40.96%.

34. radiografía de huesos largos.

En relación a la utilización de radiografía de huesos largos en mujeres con embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, determinamos que no se le realizo a 75 pacientes que corresponde al 92.56%, seguidas por 6 pacientes a las cuales si se les realizo correspondiendo al 7.41%.

35. nivel de gonadotropina coriónica humana en sangre u orina.

En relación a los niveles de gonadotropina coriónica Humana en sangre u orina en las mujeres con embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, determinamos que se le realizo a 62 pacientes que representan el 75.61%, seguidas por 20 pacientes a las cuales no se les realizo que corresponden al 24.39%.

36. Manejo del Embarazo Molar

En relación al manejo del embarazo molar en las mujeres en estudio en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, encontramos que 60 pacientes tenían la mayoría de los estudios necesarios para el diagnóstico y pronto tratamiento que corresponden al 72,29%, seguidas de 23 pacientes a las cuales le hacía falta estudios o pruebas, estas representan el 27.21%.

37. manejo quirúrgico.

En relación al manejo quirúrgico de las pacientes con embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, determinamos que las 83 pacientes se les realizó manejo quirúrgico en sala de operaciones esto representa el 100% de las pacientes en estudio.

38. legrado LUA-LUI.

En relación a la realización de legrado lua-lui en mujeres con embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, determinamos que las 83 pacientes si presentaron la condición para la realización de un legrado ya sea LUA o LUI esto representa el 100% de las pacientes en estudio.

39. laparotomía e histerectomía

En relación a la realización de laparotomía e histerectomía en las mujeres con embarazo molar en el periodo comprendido entre abril 2014 a abril 2016, se determinó que 78 pacientes no ameritaban laparotomía o histerectomía estas representan el 93.98%, seguidas de 5 pacientes las cuales se les realizó laparotomía o histerectomía estas representando un 6.05%.

Discusión

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS DE EMBARAZO MOLAR EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

Actualmente se tiene una pobre comprensión de las características epidemiológicas del embarazo molar, no sólo en relación con la incidencia y prevalencia, por tanto del impacto real de esta patología y sus complicaciones en la población susceptible, sino también en los factores de riesgo que permiten dar una orientación sobre la etiología de esta enfermedad. Es necesario considerar posibles fuentes de error como por ejemplo la constituida por los casos de Embarazo molar que no han sido incluidos, pues es posible la existencia de una determinada cantidad de casos con esta patología que han pasado desapercibidos o que se presentan con cuadros clínicos similares a abortos espontáneos, donde el producto ya ha sido totalmente eliminado y, por tanto, no llegan a ser identificados, como tales, Este sesgo en la captación del tipo mencionado de pacientes y cuya proporción se desconoce afecta todos los estudios revisados sobre el tema y limita una valoración más exacta de la enfermedad epidemiológicamente.

EDAD

En este estudio la edad juega un papel significativo ya que las mujeres que presentaron embarazo molar se encontraban en edades de 20-34 años, este dato es preocupante porque son edades donde no se espera encontrar el desarrollo de un embarazo molar según la literatura internacional este suele presentarse en extremos de las edades reproductivas lo que nos hace pensar en los factores que pueden repercutir en su aparición en estos rangos, también afecta directamente sobre los aspectos económicos de las familias y de las instituciones de salud ya que se está presentando en edades de reproducción óptimas ampliando el rango de pacientes atendidas, aumentando de forma directa las posibilidades de presentar una de las complicaciones de este padecimiento y los gastos de las instituciones de salud, este dato coincide con otros estudios realizados: **Universidad de Guatemala Hospital ROOSEVELT** que demuestra que los pacientes jóvenes y mayores tienen mayor riesgo en el desarrollo de presentar mola, el Grupo de paciente menor de 19.

Pérez – urcullo UNAN-MANAGUA Hospital Japón Nicaragua evidencia en su estudio que el grupo de mujeres en edades entre 20 a 29 años de edad presentaron mola hidatiforme.

Doc. Eneida tenorio UNAN LEON 2005-2006 el rango de las pacientes que presentaron mola en su estudio se encontraba entre 20-29 años.

DOC. Darling Valverde UNAN LEON abril junio 2009 los pacientes con mola completa y parcial se encontraban en rango de edad de 20-29 años.

Hospital Regional de Loreto Perú Rafael Donaires rojas que coincidía con **Jefferson y colaboradores** reportaron que la edad promedio de las pacientes de su estudio se encontraba entre 21-29 años.

Sovalbarro en el hospital Bertha calderón encuentra que los pacientes en su estudio estaban en las edades de 15-25 años. (Ver tabla 1 A)

Escolaridad

La escolaridad es un factor determinante en este estudio ya que se encontró que la mayoría de las pacientes corresponden a mujeres con nivel académico en el rango de primaria, dejando en claro que la educación repercute en el comportamiento sexual responsable, disminuyendo el número de embarazos no deseados, la falta de esta priva a las mujeres del conocimiento de métodos anticonceptivos seguros y la adecuada utilización de estos.

La carencia de los conocimientos sobre la sexualidad humana y sobre los métodos científicos para evitar la concepción hace vulnerable a las mujeres que se encuentran en este punto, este dato coincide con **el Hospital regional Loreto Rafael Donaire Roja PERU** evidencio que la mayoría de las pacientes en su estudio eran analfabetas seguidas escolaridad primaria y secundaria. (Ver tabla 1 A)

Procedencia:

Se considera este factor porque la gran mayoría de las pacientes que presentaron embarazo molar procede del casco rural, esto nos hace pensar que existe algún tipo de factor medio ambiental que puede estar induciendo la presentación de los casos en esta área. Aunque esto también se corresponde a lo presentado por la literatura internacional en relación a unos mayores índices de embarazos en estas mismas áreas. (Ver tabla 1 A)

Lo anterior también coincide con el estudio realizado en **el Hospital Regional de Loreto Rafael Donaire Rojas de Perú** el en el cual se mostró que la mayoría de las pacientes que mostraron esta patología proceden del área rural, el cual encaja también en el estudio **elaborado por el Dr. Eneida Tenorio de la UNAN-León en el año 2005-2006** así mismo con el estudio **Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil por ejecutado por el Dr. Abel Gilberto Porto**. Discrepando realizo en **el Hospital Bertha Calderón Roque en el año 2006** el cual muestra que la mayor población que presentar embarazo molar era del área Urbana. Esto nos hace pensar que a cambiado en los últimos 10 años.

Antecedentes ginecológicos:

Gesta

Es un factor que va de la mano con el diagnóstico de embarazo molar, debido a que este tiene mayor posibilidades de presentarse mientras mayor sea el número de estos, aun así después de presentar dos o más embarazo molar las mujeres tiene la posibilidad de conseguir un embarazo eutócico.

Sin embargo en el estudio realizado se puede constatar que la mayoría de las pacientes que presentaron el diagnóstico de embarazo molar en el periodo de abril 2014 a abril 2016 en el Hospital Bertha Calderón fueron nuligesta siendo este dato interesante por lo anteriormente comentado.

Estos resultados no coinciden con el estudio elaborado en la **Universidad de Guatemala Hospital Roosevelt** el cual mostro que la mayor parte de las pacientes con este diagnóstico era primigesta sin otro antecedente obstétrico y el estudio que se llevó a cabo en el **Hospital Bertha Calderón en el 2006** refleja que el grupo más afectado fueron las mujeres multigesta. Este resultado nos demuestra que no es necesario que la paciente haya presentado gestas anteriores para no poder estar en los grupos de riesgo también se debe de tomar en cuenta algún factor externo que predisponga a las mujeres nuligesta a presentar este cuadro. (ver tabla 2 A)

Para

Los resultado del estudio determina que la cantidad de mujeres más afectada son nulíparas esto es un hallazgo nuevo por que la literatura describe que las pacientes con mayor número de Paras están más susceptibles a presentar un embarazo molar, debido a que entre más Paras tenga la paciente más posibilidades hay de que se presente algún tipo de anomalía cromosómica del ovulo fecundad.

También asociado a otros factores como la edad y perdida de algunas proteínas directamente relacionada con la dieta. Compartiendo así el mismo resultados del trabajo investigativo del **Hospital Regional de Loreto Dr. Rafael Donaire Rojas Perú. (Ver tabla 2 A)**

Antecedentes de embarazo molar

Los antecedentes resultan ser vitales para el pronóstico de una paciente que haya presentado anteriormente embarazo molar, debido a que si la paciente presenta uno o más embarazos molares sigue estando en riesgo de presentar uno nuevo, a estas pacientes de le debe de realizar un seguimiento estricto en sus posteriores embarazos y la utilización de métodos imaginológicos para la detección temprano o no de un nuevo embarazo molar.

A pesar de todo esto el estudio indica que la mayoría de las pacientes no habían presentado anteriormente antecedentes de embarazo molar ajustándose al estudio del **Hospital Regional de Loreto Doc. Rafael Donaire Roja PERU** en el

cual la pacientes no presentaron antecedentes de embarazo molar mayoría.(Ver tabla 2 A)

Semanas de Gestación por clínica

Es conocido que las semanas de gestación por clínica es un dato significativo en cualquier embarazo. En el caso de embarazo molar nos ayuda en la sospecha y diagnóstico, ya que la clínica y el aumento desproporcionado del útero no corresponde con la semanas de gestación esto se debe al desarrollo de una placenta anormal con múltiples quistes que asemeja un racimo de uva dando como resultado un útero agrandado que no concuerda con la edad gestacional. El presente estudio refleja que el conjunto de pacientes más afectado se presenta en las mujeres que se encontraba menores de la semana 12 de gestación. **Oponiéndose** a los estudios del **Hospital Regional de Loreto del estudio del Doc. Rafael Donaires Roja en PERU** que muestran un rango entre las 11 y 20 semanas así mismo el realizado por **Sobalvarro en el Hospital Bertha Calderon Roque** que muestra rango entre la semana 13 y 20 de gestación y **Darling Valverde UNAN-León junio 2009** demostró que las pacientes en su estudio presenta un promedio de 16 semanas. (ver tabla 2 B)

Semana de gestación por ultrasonido

El uso de le ultrasonido puede mostrar algunos signos que son característicos del embarazo molar como por ejemplo el tamaño del útero no correspondiente a la edad gestacional, la ausencia de movimientos cardiacos fetales y el signo representativo de una imagen semejante a racimos de uvas. Ayudando al diagnóstico, detección temprana y oportuna para su posterior manejo.

El estudio revela que en el momento de la realización de ultrasonido las pacientes se encontraban en un periodo entre las 12 y 24 semana de gestación. Concordando con los estudios realizados **Universidad Peruana Cayetano Heredi ALBINAGORTA O. Roberto***, **SAONA U. Pedro** donde se muestra que las pacientes presentaban un útero demasiado grande para la edad gestacional en un periodo de 10 -24 semanas y Sobalvarro Hospital Bertha Calderón Roque la edad gestacional entre 13-20 semanas de gestación. (Ver tabla 2 B)

Principales signos y síntomas:

Signos y síntomas

Cuando la paciente acude a las unidades de salud muchas veces ignora que presenta un embarazo molar el personal de salud deberá de estar atento ante cualquier signo y síntoma que está presente para su diagnóstico certero, ya que se deben tomar en cuenta y descartar otras posibles patologías que presentan las mismas características y que se presentan en el primer trimestre del embarazo, pudiendo atentar con la vida del feto si es el caso de un embarazo con complicaciones.

Un ejemplo palpable en el caso de los embarazos molares es que las pacientes acuden por la presencia de sangrado en el primer trimestre del embarazo, este debe ser abordado y estudiado para descartar un aborto en proceso, de no ser así el personal médico debe de tener el tacto y los conocimientos científicos para explicar a la paciente de lo que se trata, tratando de responder y aclarar cada pregunta que esta tenga.

También otros signos nos ayudan a dirigir el diagnóstico para luego completarlo con métodos imaginológicos que son determinantes, en relación a esto el aumento del tamaño del útero que no concuerda con la edad gestacional es un buen ejemplo.

El sangrado en este estudio fue presentado por todas las pacientes, siendo la más importante característica del embarazo molar, seguido por el dolor abdominal, las náuseas, la expulsión de vesículas, fiebre y el vómito, estos datos varían con los presentados en otros estudios, **el Hospital Regional de Loreto doc. Rafael Donaire Rojas PERU** indica que el dolor abdominal se presentó en la mayoría de sus pacientes seguido por náuseas y vómitos, expulsión de vesículas. **Venezuela Paiva de albares Senaide y colaboradores** indican que la expulsión de vesícula se presentó de manera rara. **Universidad Peruana Cayetano Heredi ALBINAGORTA O. Roberto***, **SAONA U. Pedro** las pacientes presentaron náuseas y vómitos con mayor frecuencia. (ver tabla 3 A y 3 B)

Utilización de métodos Radiológico para establecer diagnostico

Si la paciente presenta los síntomas y signos que nos hacen sospechar de un embarazo molar es vital que se utilicen los medios radiológicos e imagenológicos que nos ayudaran a confirmar un diagnóstico certero, estos nos indicaran signos característicos del embarazo molar como el aumento del tamaño del útero, la falta de ruidos cardiacos fetales y la presencia de una placenta anormal.

Las complicaciones que se pueden presentar en el embarazo molar siempre se deben de tomar en cuenta desde las inocuas hasta las más graves, es por esto que las pacientes deben de ser seguidas estudiadas y sometidas a múltiples exámenes para descartar una de estas posibilidades, es en esta parte donde se pone en práctica la utilización de métodos radiológicos.

Si el diagnóstico o incluso si la paciente acude de forma tardía a la atención medica el embarazo molar puede dar lugar a la enfermedad trofoblástica gestacional dando como resultado la aparición de coriocarcinoma que es un tipo de cáncer de crecimiento rápido que ocurre en el útero y que puede hacer metástasis a tejidos cercanos e incluso a órganos a distancia, este incluso puede aparecer después de finalizado el embarazo molar.

La utilización de métodos radiológicos ayudan a descartar o diagnosticar, en caso de que ya exista sospecha de la posible existencia de un coriocarcinoma con estas se puede ver la existencia de metástasis en órganos y huesos largos que son los más afectados.

Los métodos utilizados en las pacientes durante el estudio fueron el ultrasonido pélvico, ultrasonido abdominal, radiografía de tórax, radiografía de huesos largos, radiografía de abdomen y ultrasonido transvaginal. (ver tabla 4 A y 4 B)

Hospital Regional de Loreto Estudio del doc. Rafael Donaires Roja PERU indica que en su estudio al 100% de sus pacientes se les realizo ecografía abdominal, al 100% se le realizo ecografía transvaginal y que el 46.8% se le hizo medición de la HGC. **Universidad Peruana Cayetano Heredi ALBINAGORTA O. Roberto***, **SAONA U. Pedro** En el 53.10% de las pacientes se realizó un examen ecográfico previo a la evacuación de la mola. En ellas el diagnóstico ecográfico fue correcto en 85.7% de los casos. Se realizó exámenes de HCG previo a la evacuación de la mola en 62 pacientes (58.87%); en 39 por el método de radioinmunoensayo y en 23 en orina de 24 horas **Facultad de Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado "Alfredo Quiñones** la ultrasonografía, con el que se diagnosticó el 83,3 % de los casos, incluyendo las 11 pacientes asintomáticas. **Drs. José Colón***, **Antonella De Ponte****, **Ramón Serrano****, **Ayari Aponte Concepción Palacios**", **Caracas** La sintomatología primaria suele ser sangrado genital acompañado de aumento de los niveles séricos de β -hCG y características típicas al ultrasonido del 1er trimestre de embarazo (ver tabla 4 A y 4 B)

Manejo del embarazo Molar

Manejo y forma en cómo se manejaron los síntomas del embarazo molar evaluamos que se manejaron de buena forma a 60 pacientes que equivalen al 72.29%, manejo quirúrgico se presentó en 75 de las pacientes que corresponden a un 90.36%, legrados LUA, LUI determinamos que el 100% de los casos se les realizó el tratamiento LUA, LUI, laparotomía e histerectomía determinamos que el solo se le realizó a 5 pacientes que representan el 6.02% si ameritaba

Guayaquil doc. Albert Gilbert poton en su estudio refiere que a todos se les realizó un LUA, **Hospital Regional De Loreto doc., Rafael Donaires Rojas Perú** indico que el 63.6% de sus pacientes se les realizó un LUA el 27.3% Aneu, 7.8% LUA mas aspiración eléctrica, 1.3% histerectomía **Universidad Peruana Cayetano Heredi ALBINAGORTA O. Roberto*, SAONA U. Pedro** El legrado uterino instrumental (76.8%) fue el procedimiento quirúrgico terapéutico más utilizado. En 17 casos (15.20%) se practicó histerectomía abdominal total, la mayoría de veces por la elevada paridad de la paciente. (Ver tabla 5 A)

CONCLUSIONES

- 1- En relación a los datos generales, como fuera asociada al embarazo, se caracteriza en mayor frecuencia el grupo etario entre las edades de 20-34 años de edad, de procedencia rural, con un nivel escolar primaria
- 2- En relación a los antecedentes Ginecobstetrico asociados al embarazo molar en su mayor frecuencia las mujeres en estudio eran nulíparas, nuligesta sin antecedentes de embarazo molar
- 3- El cuadro clínico del embarazo molar se caracterizó por que todas las mujeres en estudio presentaron sangrado transvaginal de forma intermitente esporádico durante el primer trimestre del embarazo seguido de dolor abdominal e hiperémesis Grávida
- 4- El diagnostico se establece por la toma del ultrasonido abdominal, transvaginal y la medición de la hormona Gonadotropina Coriónica Humana en sangre y Orina
- 5- El grupo de pacientes que fueron atendidas y el cual confirma nuestro estudio en su manejo se encuentra que en un 100% se les realizo LUA-LUI y en menor proporción Histerectomía

RECOMENDACIONES

- 1- A las autoridades del ministerio de salud junto con los directores de silais de todas las instituciones del país establezcan una forma o un método de educación sobre la vigilancia estricta de signos y síntomas patológicos asociados a un embarazo y además hacer llegar hasta la última embarazada del país la importancia del control prenatal para que el personal de salud pueden identificar sus factores de riesgo y manejarla de manera oportuna

- 2- A los directores de silais junto a los directores de los centros de salud especialmente de la zona rural establezcan un mecanismo de supervisión efectiva en el cumplimiento de la normativa de un control prenatal eficiente, identificando aquellos pacientes que con sus factores de riesgo puede complicarse su estado de vida

- 3- A los directores de centro de salud u hospitales departamentales establecer un mecanismo efectivo de manejo oportuno de complicaciones asociadas al embarazo realizando procedimientos incito que permitan brindar atención con calidad y calidez y poder resolver en el momento oportuno en el lugar esas complicaciones

- 4- Al personal de salud de las diferentes unidades en todo el territorio que brindan atención prenatal realizar los controles prenatales apegados a normas y protocolos emitidos por el ministerio de salud para brindar un control prenatal eficiente aplicando la teoría del factor de riesgo lo que permitirá un manejo adecuado y oportuno de estas complicaciones

- 5- A las autoridades docentes del Hospital Bertha calderón roque tomar en cuenta los resultados de este estudio para que se realice un seguimiento eficaz de este tipo de patología, que durante este estudio se ha documentado su aumento y que amerita un estudio con aplicación de pruebas estadísticas que documenten el porque de esta situación

Anexos



Instrumento de recolección
Universidad nacional autónoma de Nicaragua
Facultad de ciencias medicas

Tema: Factores de riesgo Asociados a la prevalencia de Embarazo Molar en mujeres menores de 20 años y mayores de 34 años de Edad atendidas en el Hospital Bertha Calderon Roque Managua entre Abril 2014-Marzo-2016

1. Edad

1. Menor de 19 Años _____
2. De 20 a 34 Años _____
3. Mayor de 35 Años _____

2. Escolaridad

1. Primaria finalizada _____
2. Secundaria finalizada _____
3. Estudios superiores _____

3. Ocupación

1. Ama de casa _____
2. obrero _____
3. profesional _____

4. Religión

1. católico _____
2. evangélico _____
3. otras _____

5. Procedencia

1. Rural _____
2. Urbano _____

6. Número de Hijos

1. 1-3 _____
2. 4-6 _____
3. >6 _____

7. Gesta

1. Nuligesta _____
2. Multigesta _____

8. Para

1. Nulípara _____
2. Multípara _____

9. Aborto

1. ninguno _____
2. 1-2 _____
3. > 3 _____

10. Cesárea

1. ninguna
2. 1-2
3. mayor de 3

11. embarazo ectópico

1. ninguno
2. 1-2

12. Antecedentes de Embarazo molar

1. Ninguno _____
2. 1-2 _____

13. fecha de última Regla

1. Día____ Meses____ Año____

14. Semana de Gestación por Clínica

1. Menor de 12 semanas _____
2. entre 12-24 semanas _____
3. mayor de 24 semanas _____

15. Semana de gestación por Ultrasonido

1. Menor de 12 semanas _____
2. Entre 12-24 semanas _____
3. Mayor de 24 semanas _____

16. Primiparidad de la pareja

1. Si _____
2. No _____

17. Dolor Abdominal

1. Si _____
2. No _____

18. Sangrado

1. Si _____
2. No _____

19. expulsión de vesículas

1. Si _____
2. No _____

20. Fiebre

1. Si _____
2. No _____

21. Nauseas

1. Si _____
2. No _____

22. Vomito

1. Si _____
2. No _____

23. Forma del Sangrado

1. Intermitente _____
2. Continuo _____

24. Cantidad de sangrado

1. Leve _____
2. moderado _____
3. severo _____

25. Presentación del sangrado

1. Espontaneo _____
2. Inducido _____

26. cuadro clínico de la presentación del embarazo molar

1. nauseas: si _____ no _____
2. sangrado en el primer trimestre del embarazo si _____ no _____
3. Aumento de tamaño uterino rápido para la gesta si _____ no _____
4. síntomas de preeclampsia si _____ no _____
5. Aumento de la frecuencia cardiaca si _____ no _____

27. Utilización de métodos radiológicos para establecer el diagnostico

1. ultrasonido abdominal: si _____ no _____
2. ultrasonido pélvico: si _____ no _____
3. ultrasonido transvaginal: si _____ no _____
4. radiografía de abdomen: si _____ no _____
5. radiografía de tórax: si _____ no _____
6. Radiografía de huesos largos: si _____ no _____

28. Nivel de Gonadotropina Coriónica Humana en sangre y orina

1. Si _____
2. No _____

29. manejo del Embarazo Molar

1. Forma en cómo se manejaron los síntomas del embarazo molar si _____ no _____
2. manejo quirúrgico si _____ no _____
3. Legrado LUA LUI: si _____ no _____
4. Lapatomía e histerectomía: si _____ no _____

Tabla 1 (A)
Antecedentes sociodemográficos

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<19	14	16.87%
20-34	57	68.67%
>35	12	14.46%
TOTAL	83	100.00%
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	45	54.22%
Secundaria	31	37.35%
Profesional	7	8.43%
TOTAL	83	100.00%
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
ama de casa	72	91.14%
Obrero	1	1.27%
Profesional	6	7.59%
TOTAL	79	100.00%
Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	55	66.27%
Urbano	28	33.73%
TOTAL	83	100.00%
Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	50	60.98%
Evangélica	14	17.07%
Otras	18	21.95%
TOTAL	82	100.00%
Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	47	56.63%
1-3	31	37.35%
4-6	4	4.82%
>6	1	1.20%
TOTAL	83	100.00%

Tabla 2 (A)
Antecedentes Ginecológicos

Gestas:	Frecuencia	Porcentaje
Nuligesta	51	61.45%
Multigesta	32	38.55%
TOTAL	83	100.00%
Para	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	50	59.26%
Multípara	33	40.74%
TOTAL	83	100.00%
Aborto	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	78	93.98%
1-2	5	6.02%
Mayor 3	0	0%
TOTAL	83	100.00%
Cesárea.	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	73	87.95%
1-2	10	12.05%
Mayor 3	0	0%
TOTAL	83	100.00%
Embarazo ectópico:	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	80	96.39%
1-2	3	3.61%
Mayor 3	0	0%
TOTAL	83	100.00%
Antecedente de embarazo molar	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	52	62.65%
. 1-2	31	37.35%
TOTAL	83	100.00%

Tabla 2 (B)

Semana de gestación por clínica	Frecuencia	Porcentaje
menor de 12 semanas	50	60.24%
entre 12-24 semanas	27	32.53%
mayor de 24 semanas	6	7.23%
TOTAL	83	100.00%
Semana de gestación por ultrasonido:	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 24 semanas	24	30.00%
Entre 12-24 semanas	37	46.25%
mayor de 24 semanas	19	23.75%
TOTAL	80	100.00%
Primiparidad de la pareja	Frecuencia	Porcentaje
Si	43	53.75%
No	37	46.25%
TOTAL	80	100.00%

Tabla numero 3 (A)
Presentación clínica del Embarazo Molar

Dolor Abdominal	Frecuencia	Porcentaje
Si	64	77.11%
No	19	22.89%
TOTAL	83	100.00%
Sangrado	Frecuencia	Porcentaje
Si	83	100.00%
TOTAL	83	100.00%
Expulsión de vesícula	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	12.05%
No	73	87.95%
TOTAL	83	100.00%
Fiebre	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	9.64%
No	75	90.36%
TOTAL	83	100.00%
Nauseas:	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	43.37%
No	47	56.63%
TOTAL	83	100.00%

Tabla 3(B)

Presentación Clínica del Embarazo Molar

Vómitos	Frecuencia	Porcentaje
SI	6	7.23%
No	77	92.77%
TOTAL	83	100.00%
Forma de sangrado	Frecuencia	Porcentaje
Intermitente	65	78.31%
continuo	18	21.69%
TOTAL	83	100.00%
Cantidad de sangrado	Frecuencia	Porcentaje
Leve	29	34.94%
Moderado	26	31.33%
Severo	28	33.73%
TOTAL	83	100.00%
Presentación del sangrado	Frecuencia	Porcentaje
Inducido	0%	0%
Espontaneo	83	100.00%
TOTAL	83	100.00%

Tabla numero 4 (A)

Cuadro Clínico de la presentación de sangrado del embarazo molar

Nauseas	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	43.37%
No	47	56.63%
TOTAL	83	100.00%
Sangrado en el primer trimestres del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Si	83	100.00%
TOTAL	83	100.00%
Aumento de tamaño uterino rápido para la gesta:	Frecuencia	Porcentaje
Si	80	96.39%
No	3	3.61%
TOTAL	83	100.00%
Síntomas de preeclampsia	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	1.20%
No	82	98.80%
TOTAL	83	100.00%
Aumento de frecuencia cardíaca:	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	16.46%
No	66	83.54%
TOTAL	79	100.00%

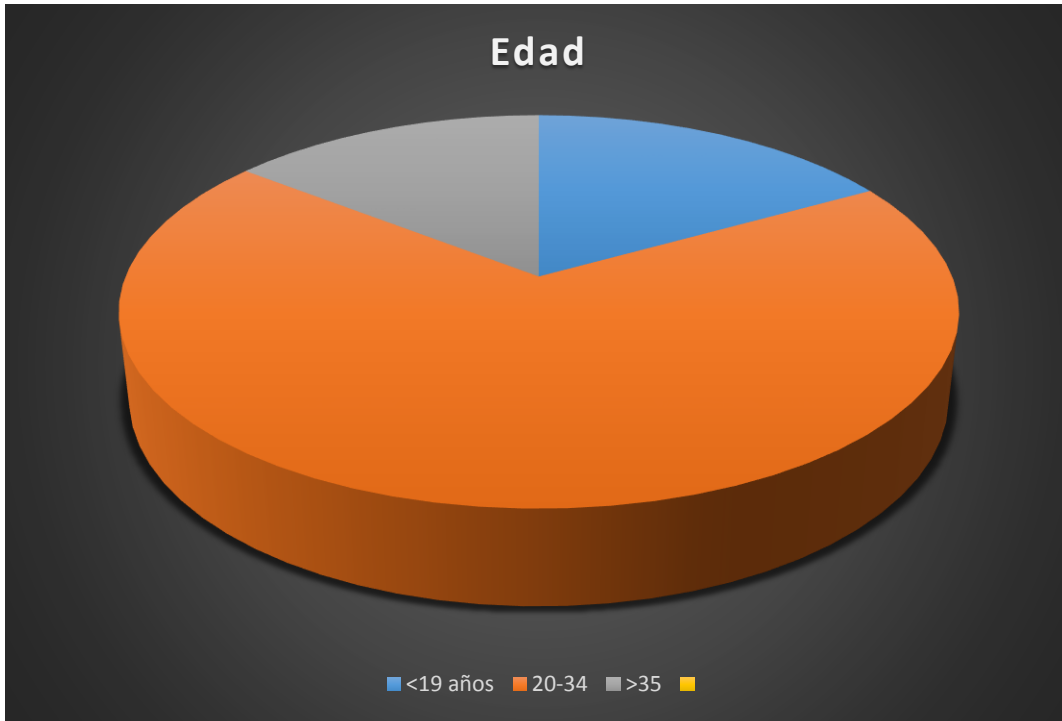
Tabla numero 4 (B)
Utilización de métodos Radiológico para establecer diagnostico

Ultrasonido abdominal:	Frecuencia	Porcentaje
Si	52	62.65%
No	31	37.35%
TOTAL	83	100.00%
Ultrasonido pélvico:	Frecuencia	Porcentaje
Si	72	87.80%
No	10	12.20%
TOTAL	82	100.00%
Ultrasonido transvaginal:	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	2.47%
No	79	97.53%
TOTAL	81	100.00%
Radiografía de abdomen:	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	4.94%
No	77	95.06%
TOTAL	81	100.00%
Radiografía de Tórax	Frecuencia	Porcentaje
Si	49	59.04%
No	34	40.96%
TOTAL	83	100.00%
Radiografía de huesos largos:	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	7.41%
No	75	92.59%
TOTAL	81	100.00%
Nivel de gonadotropina coriónica en sangre u orina:	Frecuencia	Porcentaje
Si	62	75.61%
No	20	24.39%
TOTAL	82	100.00%

Tabla numero 5 (A)
Manejo del embarazo molar

forma de cómo se manejaron los síntomas del embarazo molar:	Frecuencia	Porcentaje
Si	60	72.29%
No	23	27.71%
TOTAL	83	100.00%
Manejo quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje
Si	75	90.36%
No	8	9.64%
TOTAL	83	100.00%
Legrados LUA LUI	Frecuencia	Porcentaje
SI	83	100.00%
TOTAL	83	100.00%
Laparotomía e Histerectomía:	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	6.02%
No	78	93.98%
TOTAL	83	100.00%

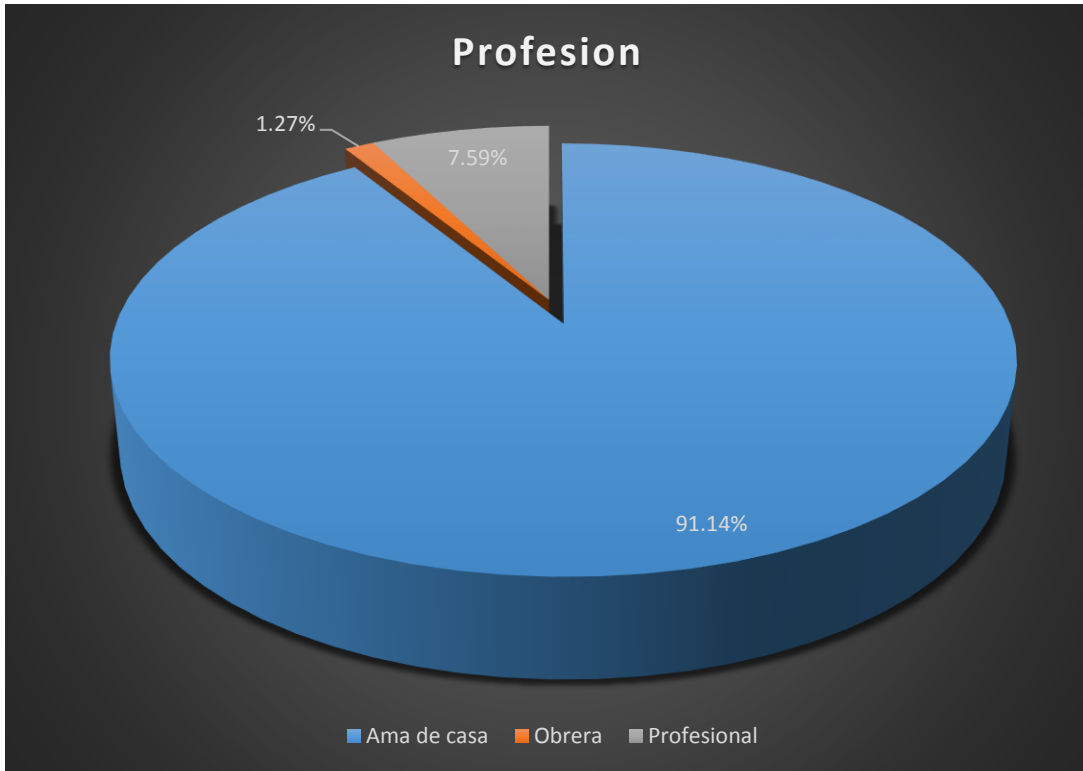
1. Tabla número 1. Edad



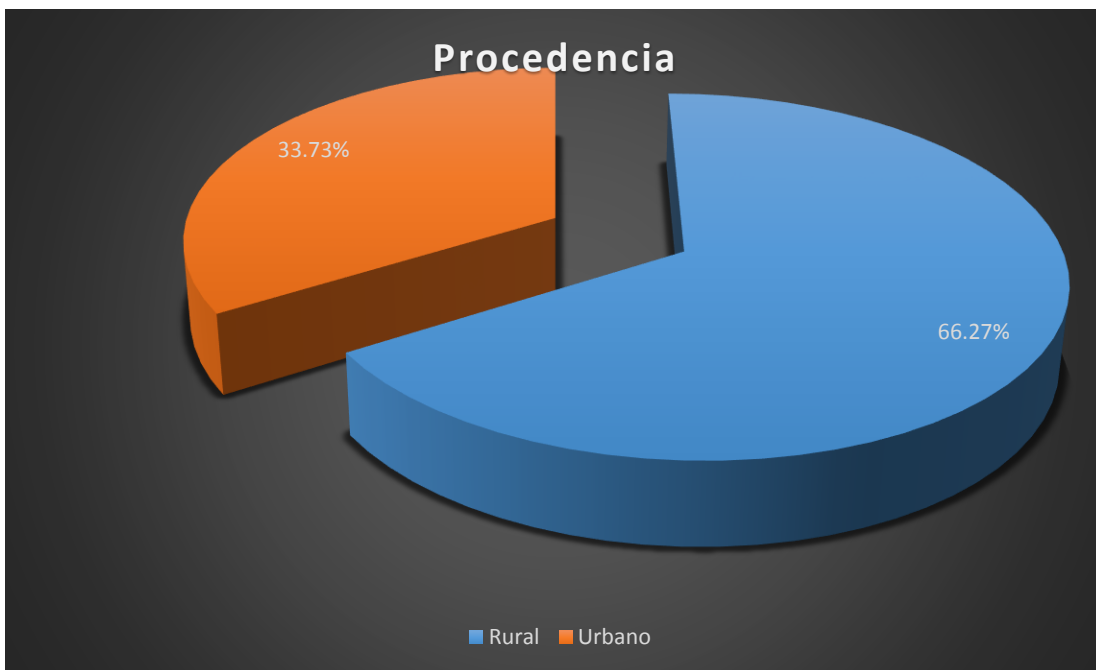
2. Tabla Numero 2. Escolaridad



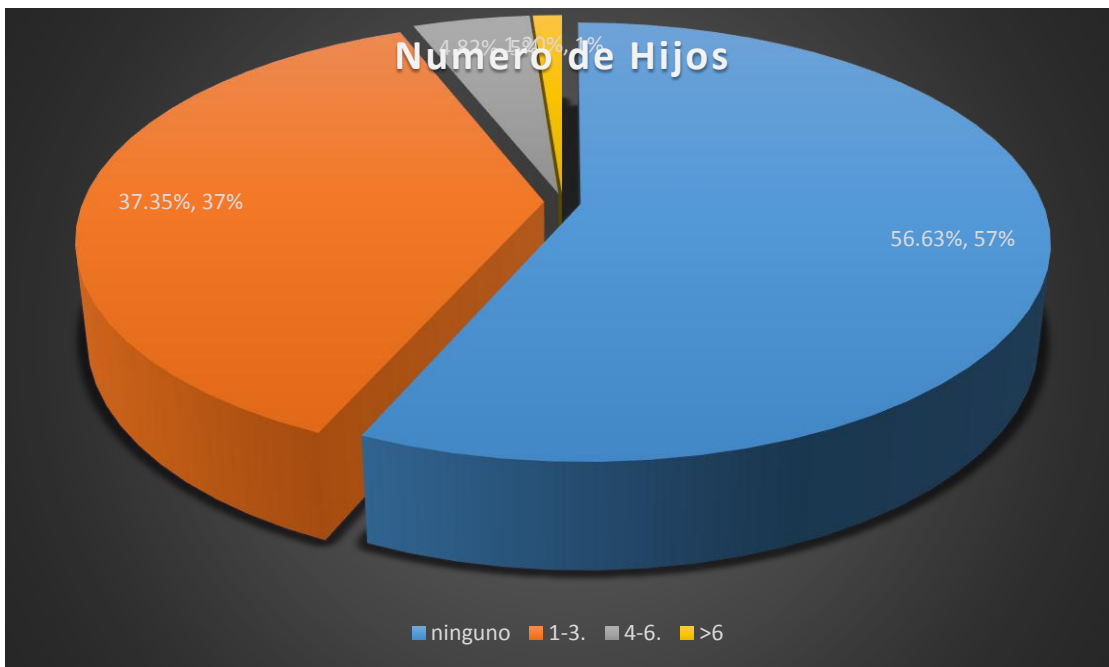
3. Tabla Numero 3. Ocupación



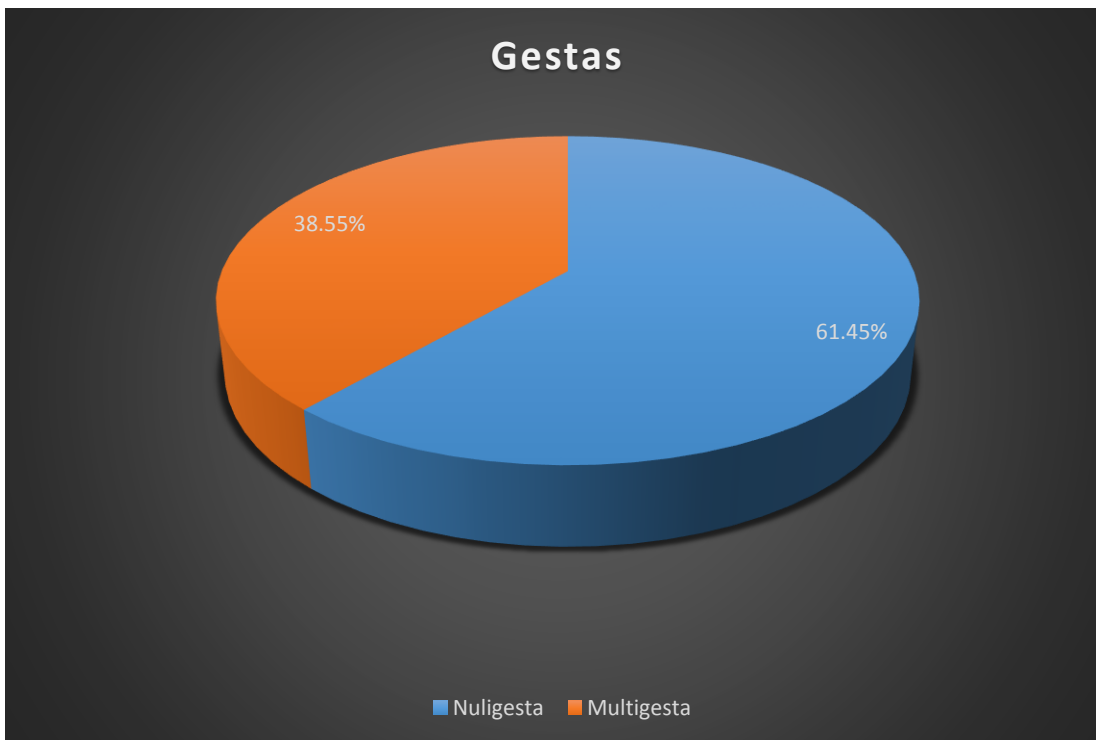
4. Tabla número 4. Procedencia



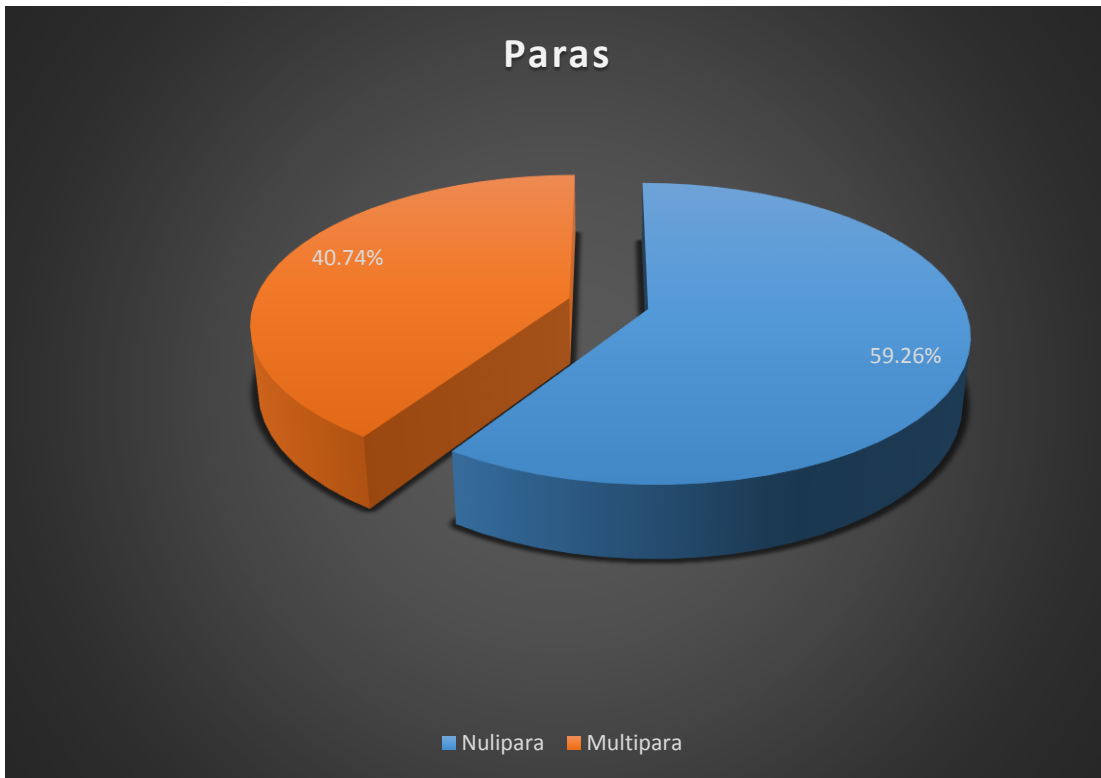
5. Tabla número 5. Número de hijos



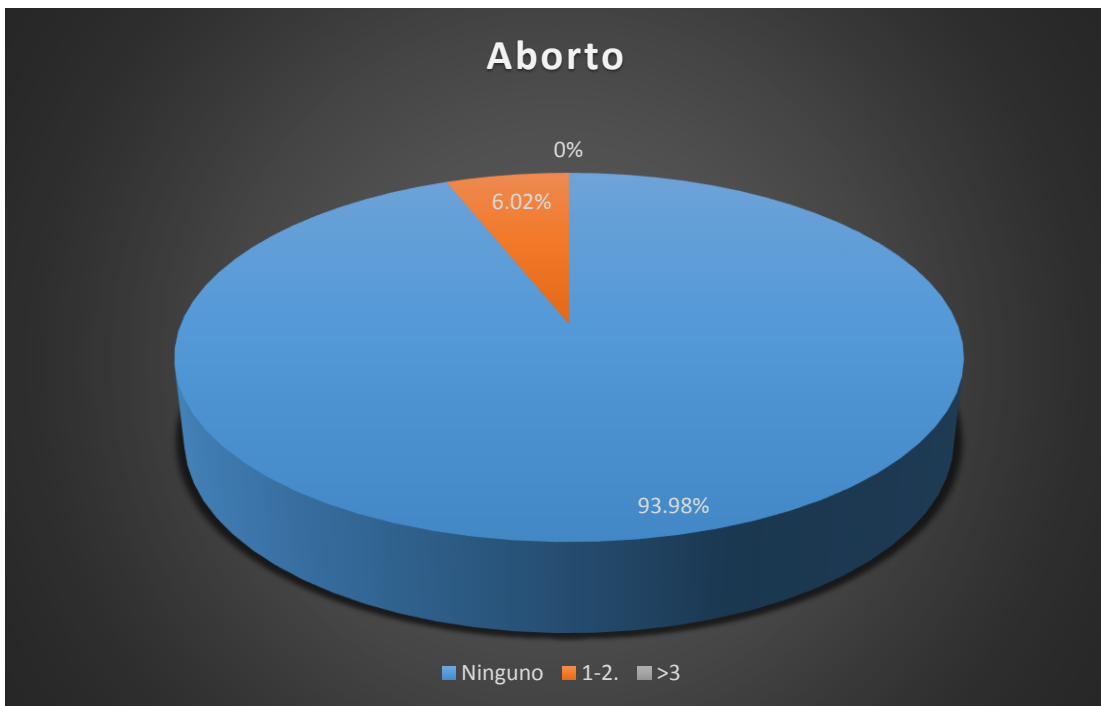
6. Tabla Numero 6. Gestas



7. Tabla Numero 7. Para



8. Tabla Numero 8. Aborto



9. Tabla Numero 9. Cesárea

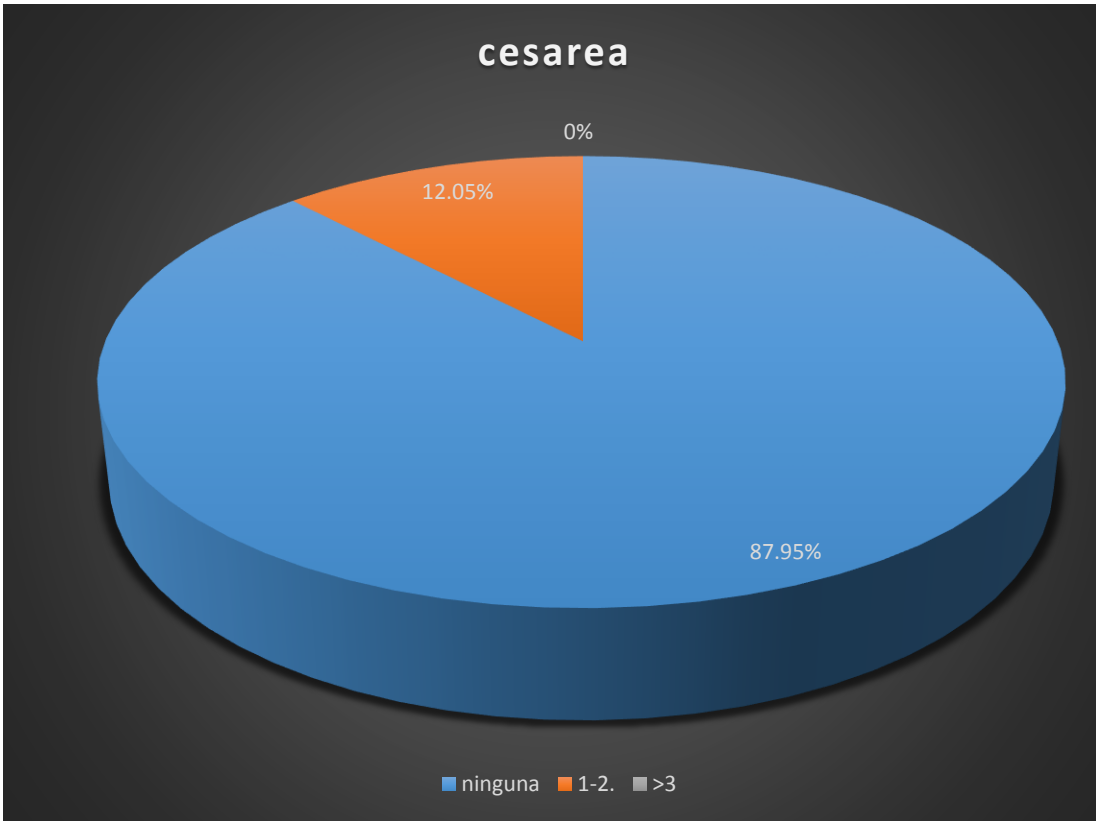
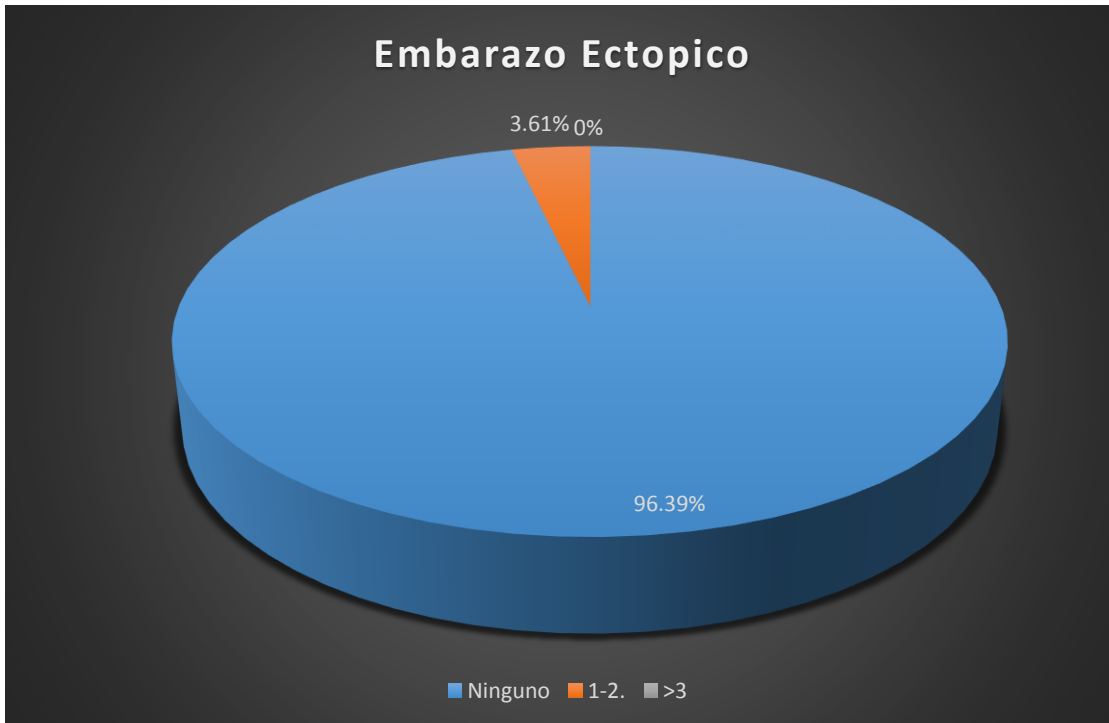
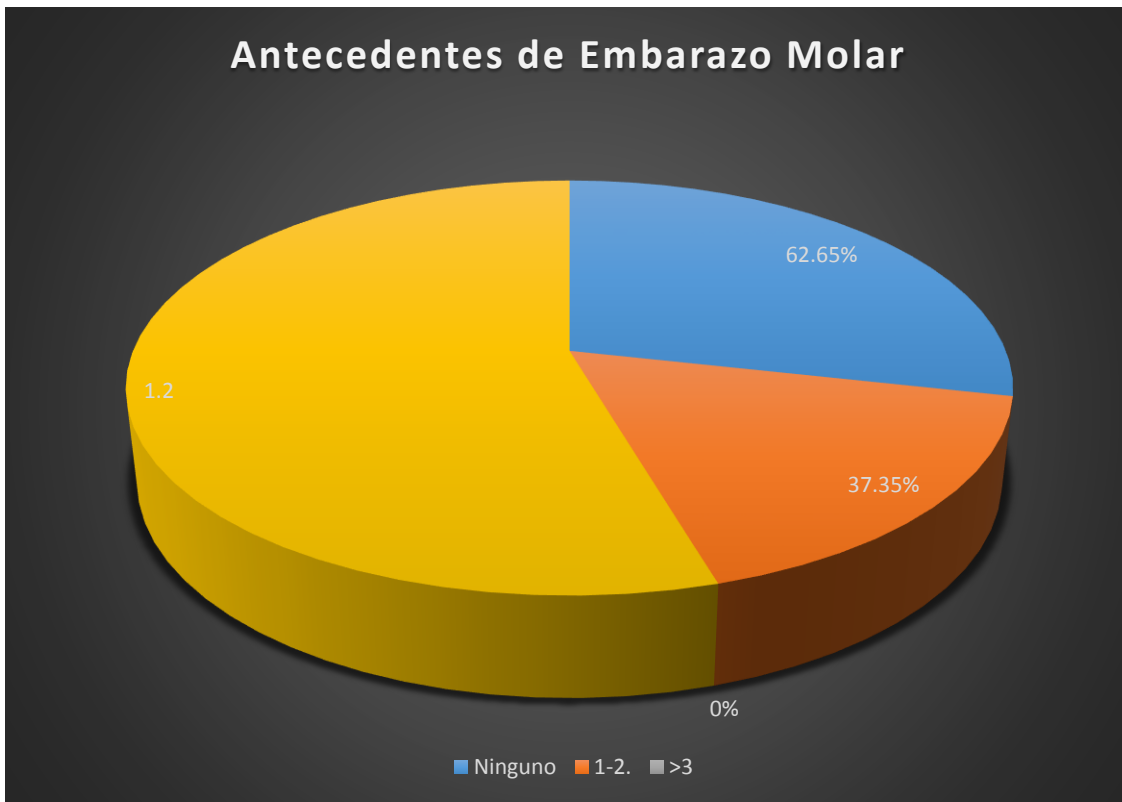


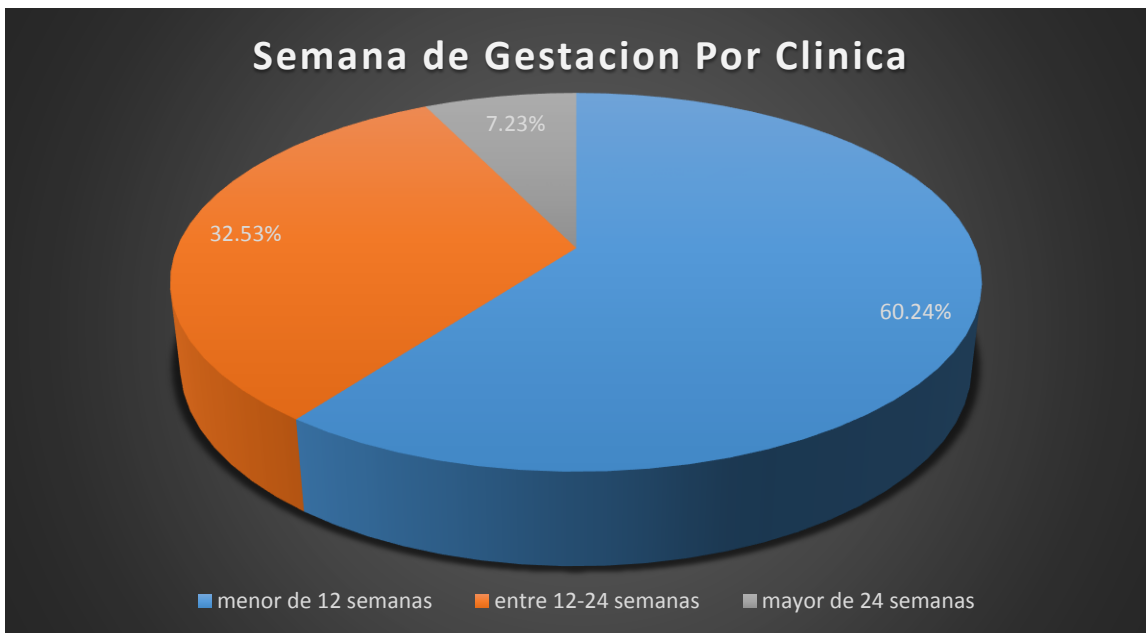
Tabla Numero 10. 10 Embarazo ectópico



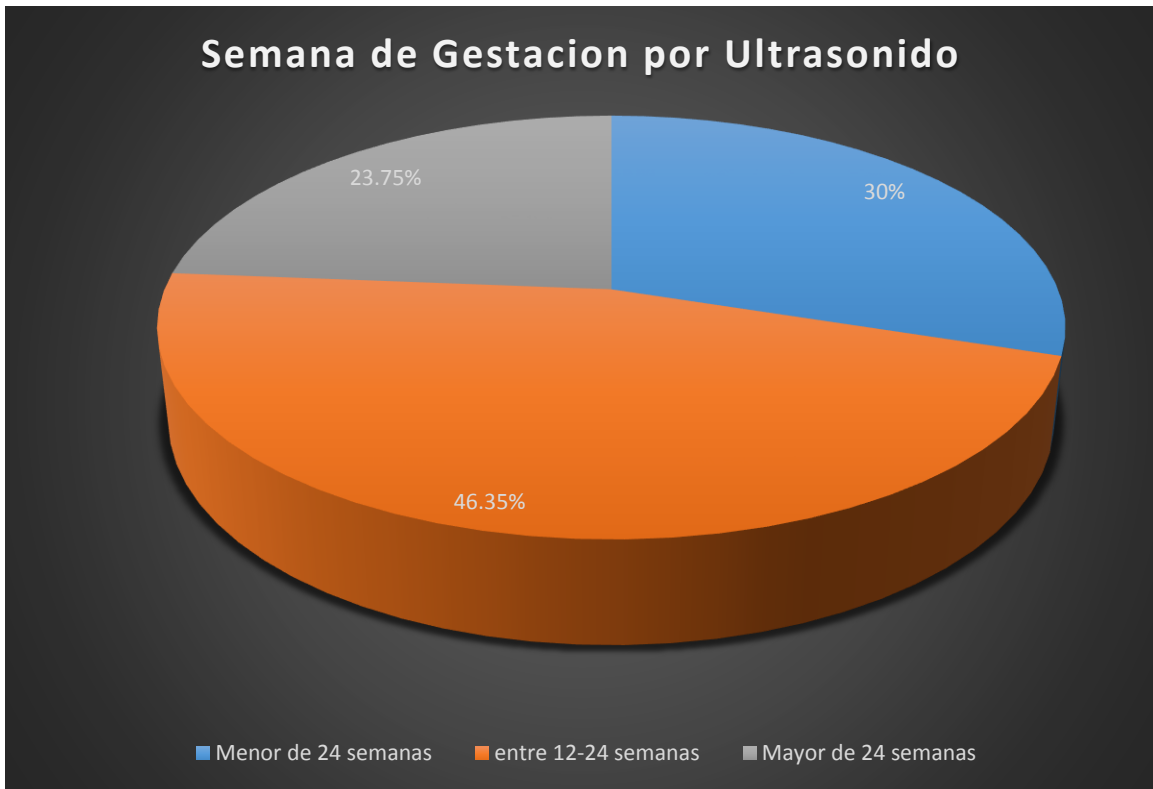
11. Tabla Numero 11. Antecedentes de Embarazo Molar



12. Tabla Numero 12. Semana de gestación por clínica



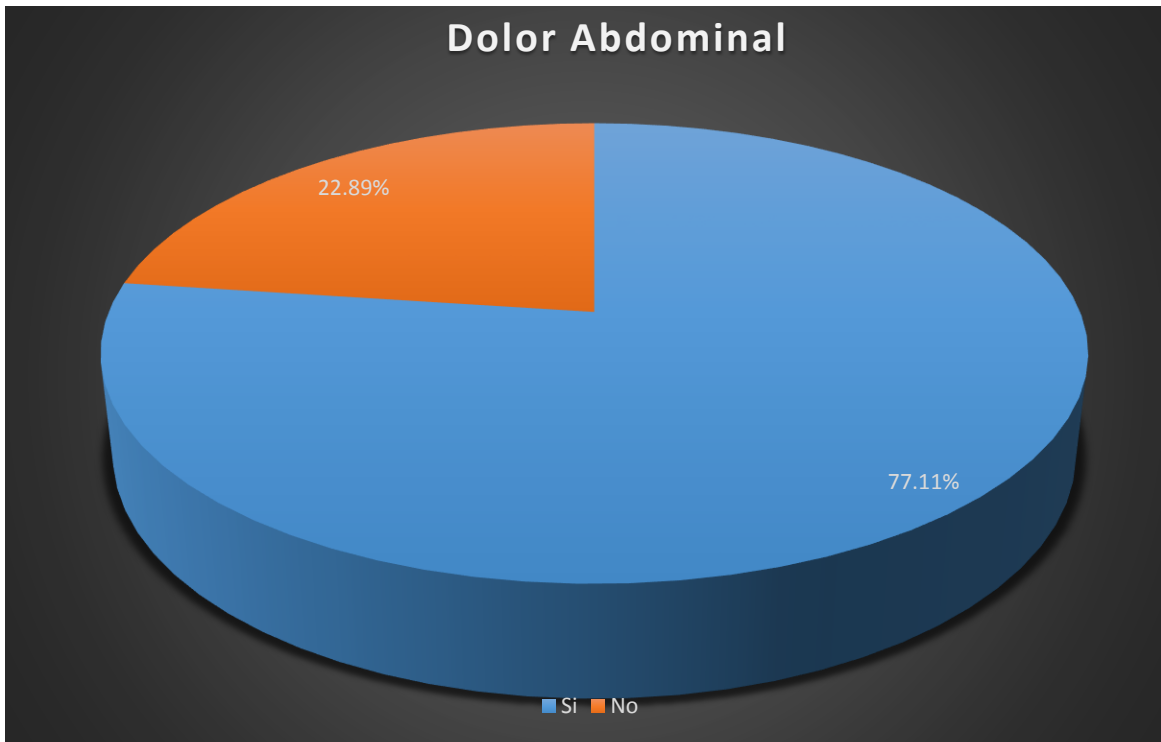
13. Tabla Numero 13. Semana de gestación por ultrasonido



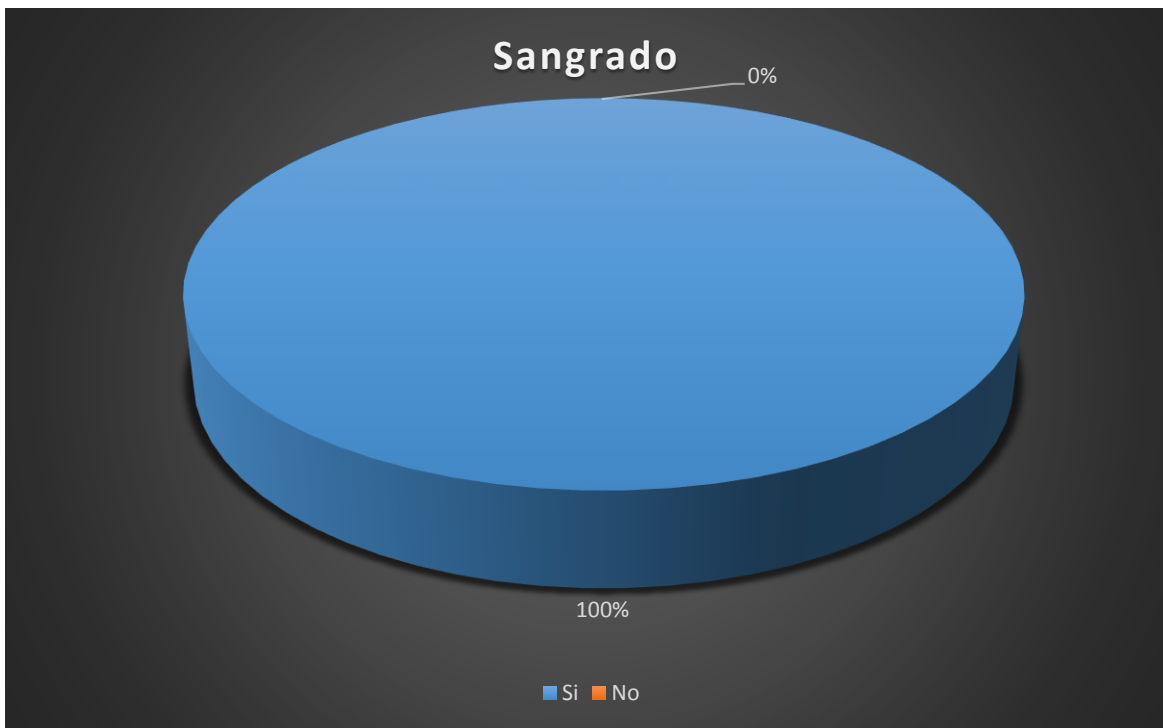
14. Tabla Numero 14. Primiparidad de la pareja



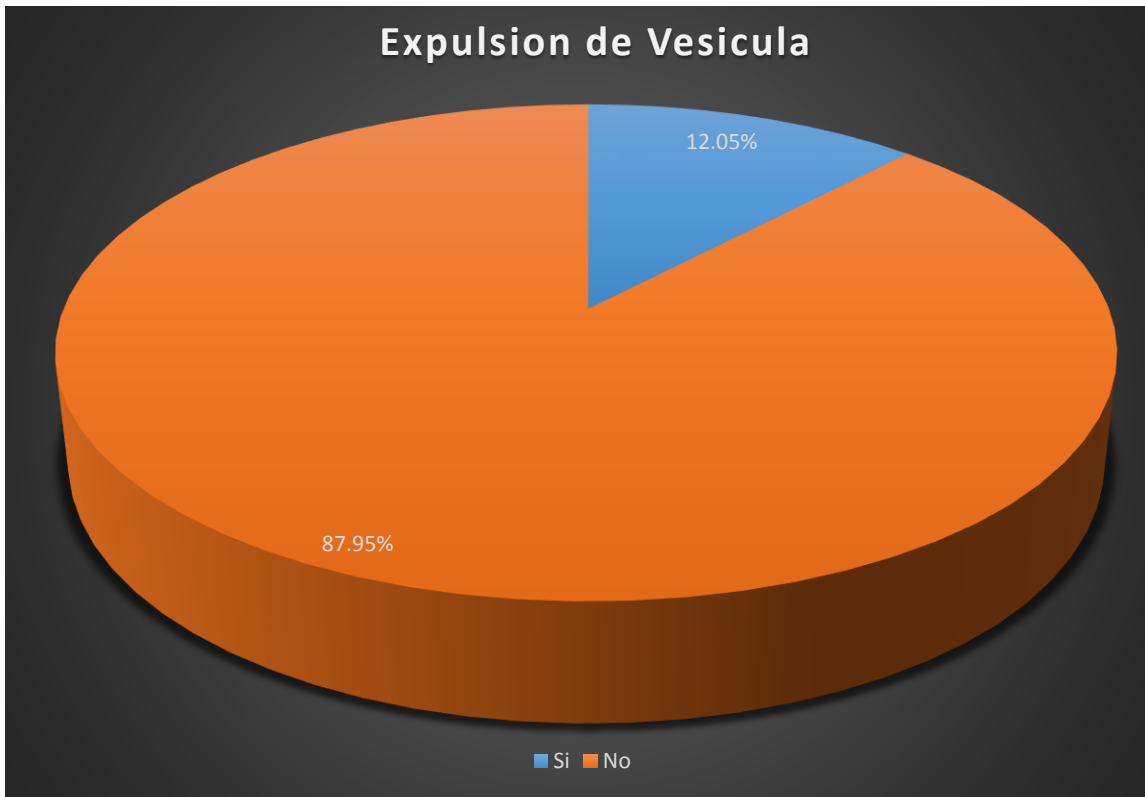
15. Tabla Numero 15. Dolor Abdominal



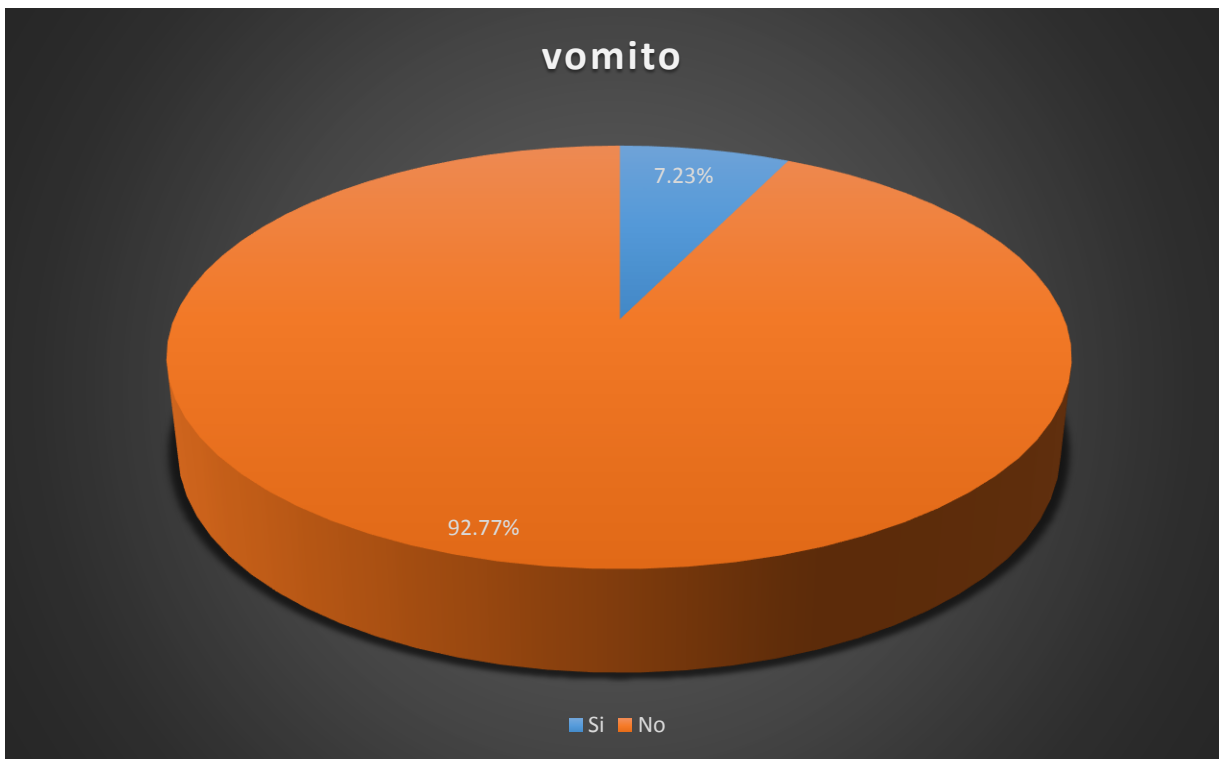
16. Tabla Numero 16. Sangrado



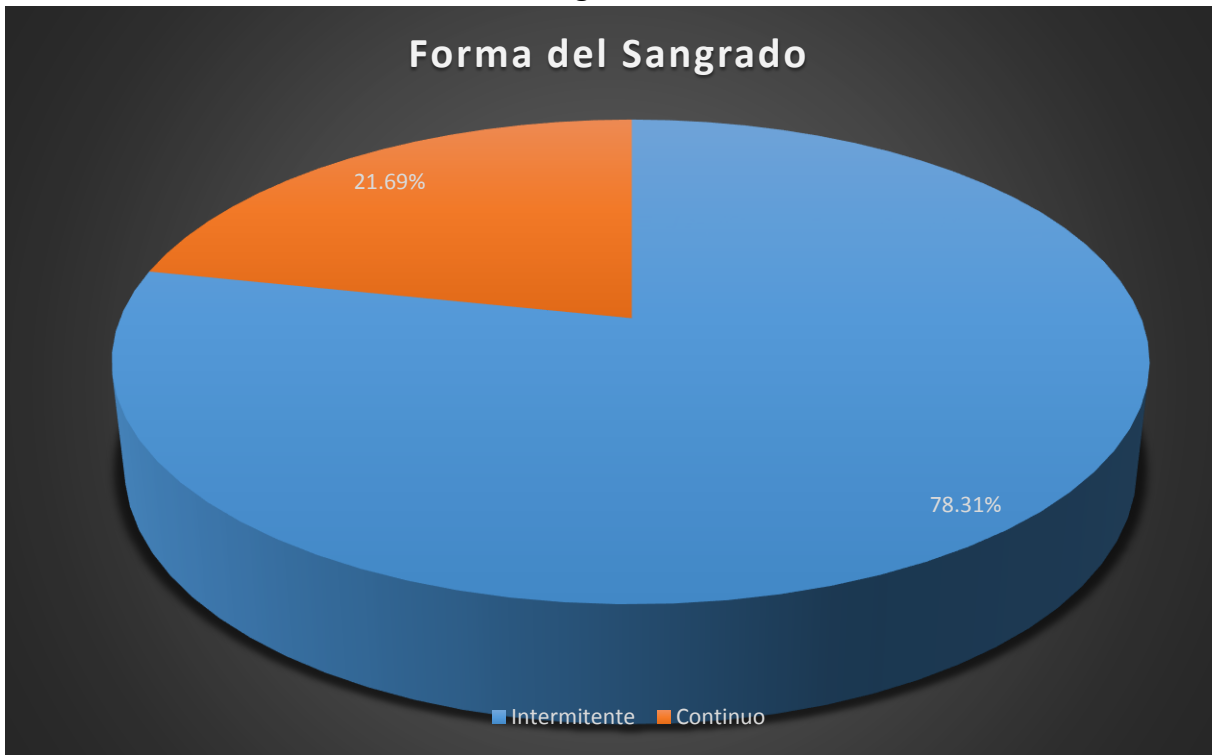
17. Tabla Numero 17. Expulsión de vesículas



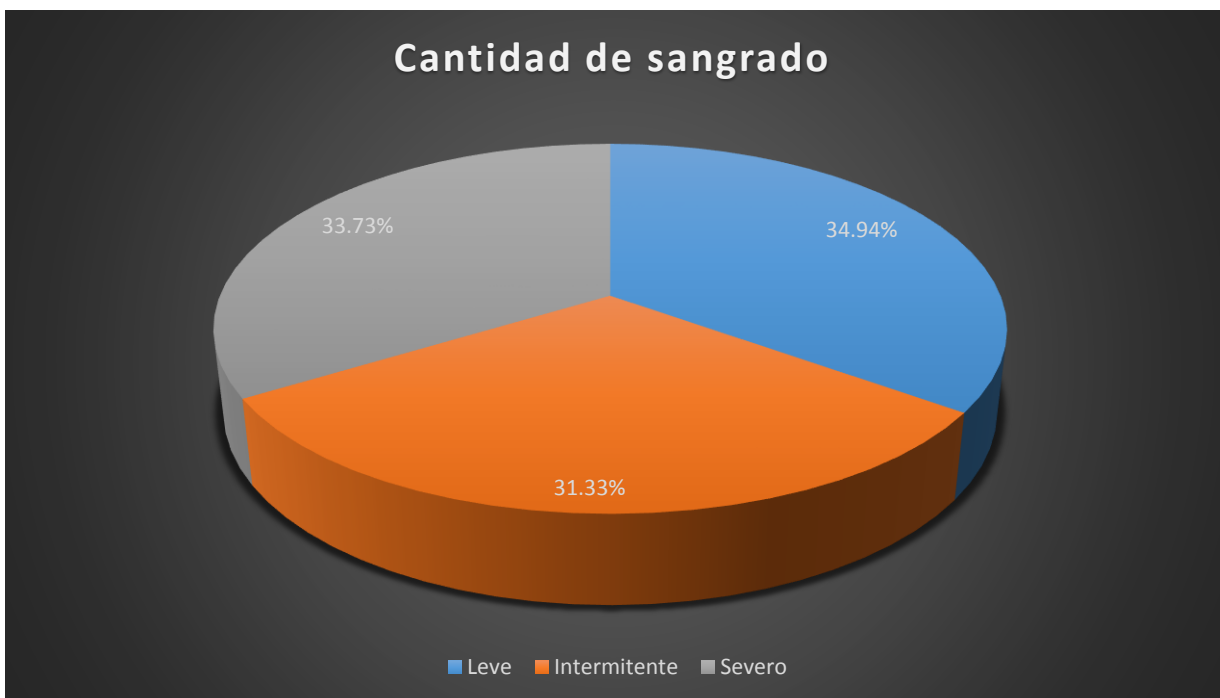
18. Tabla Numero 18. Vomito



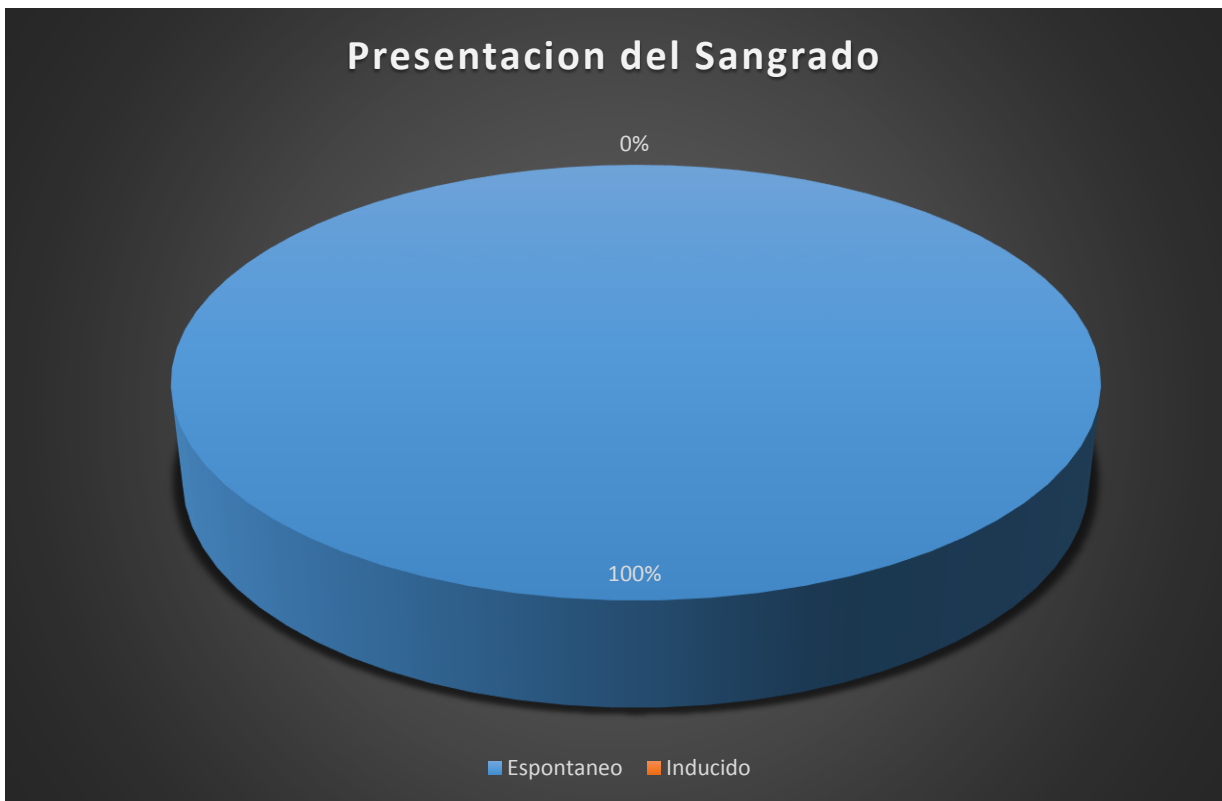
19. Tabla Numero 19. Forma del Sangrado



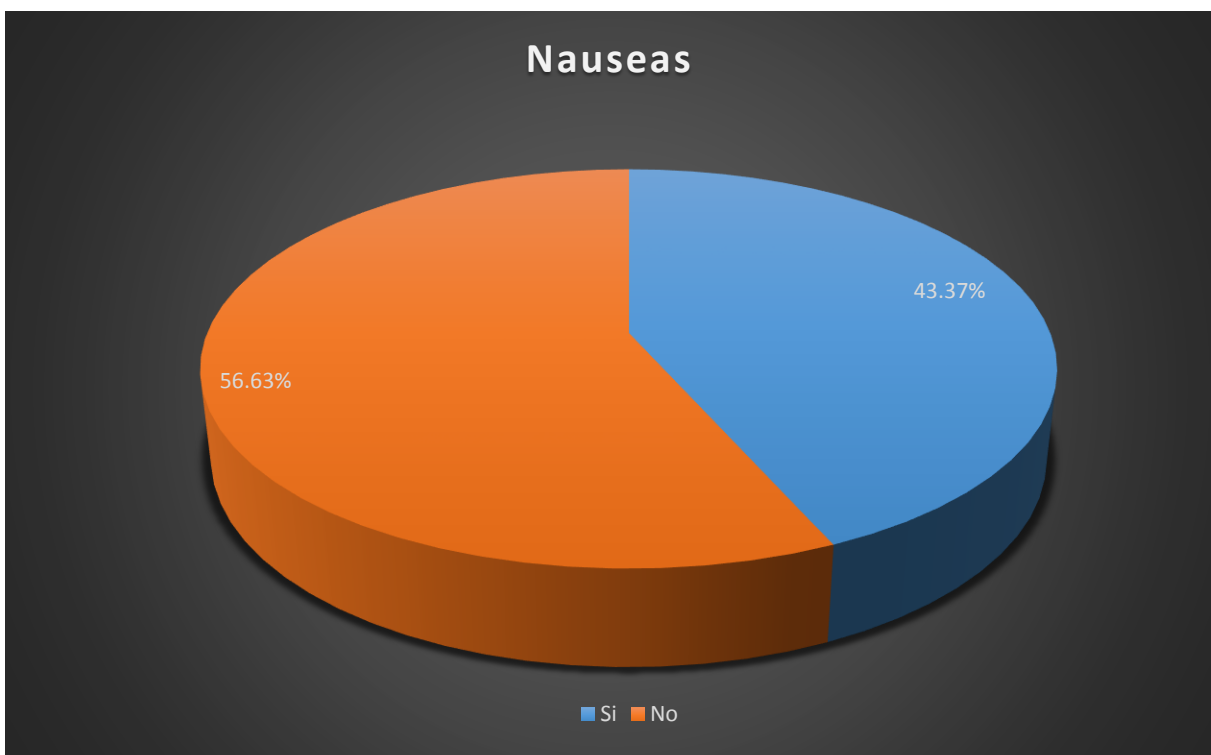
20. Tabla Numero 20. Cantidad de Sangrado



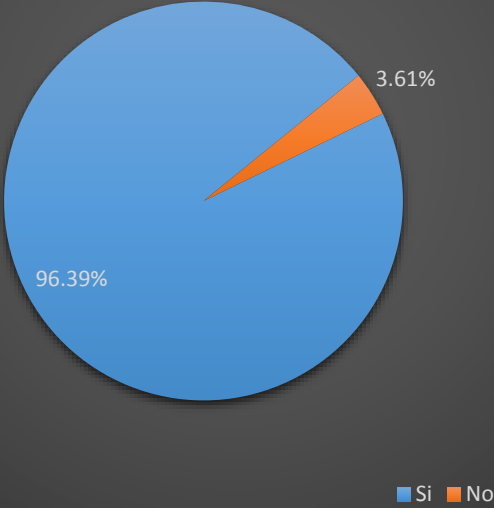
21. Tabla Numero 21. Presentación del Sangrado



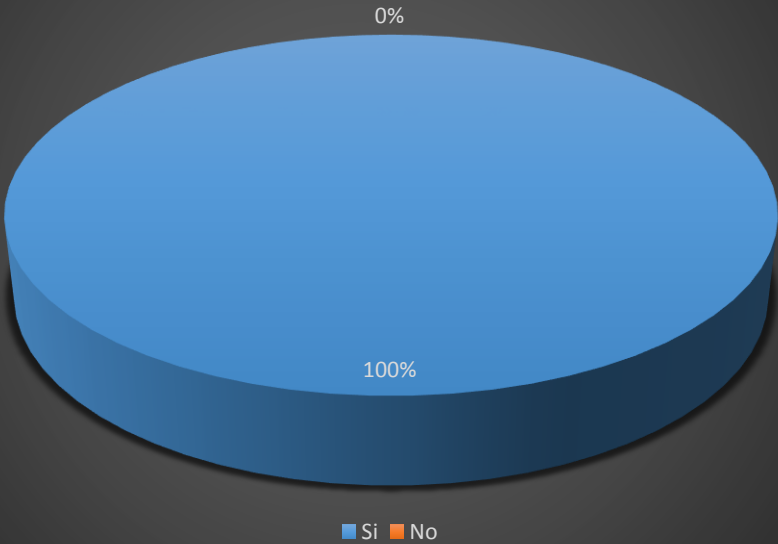
22. Tabla Numero 22. Cuadro Clínico de la Presentación del Embarazo Molar



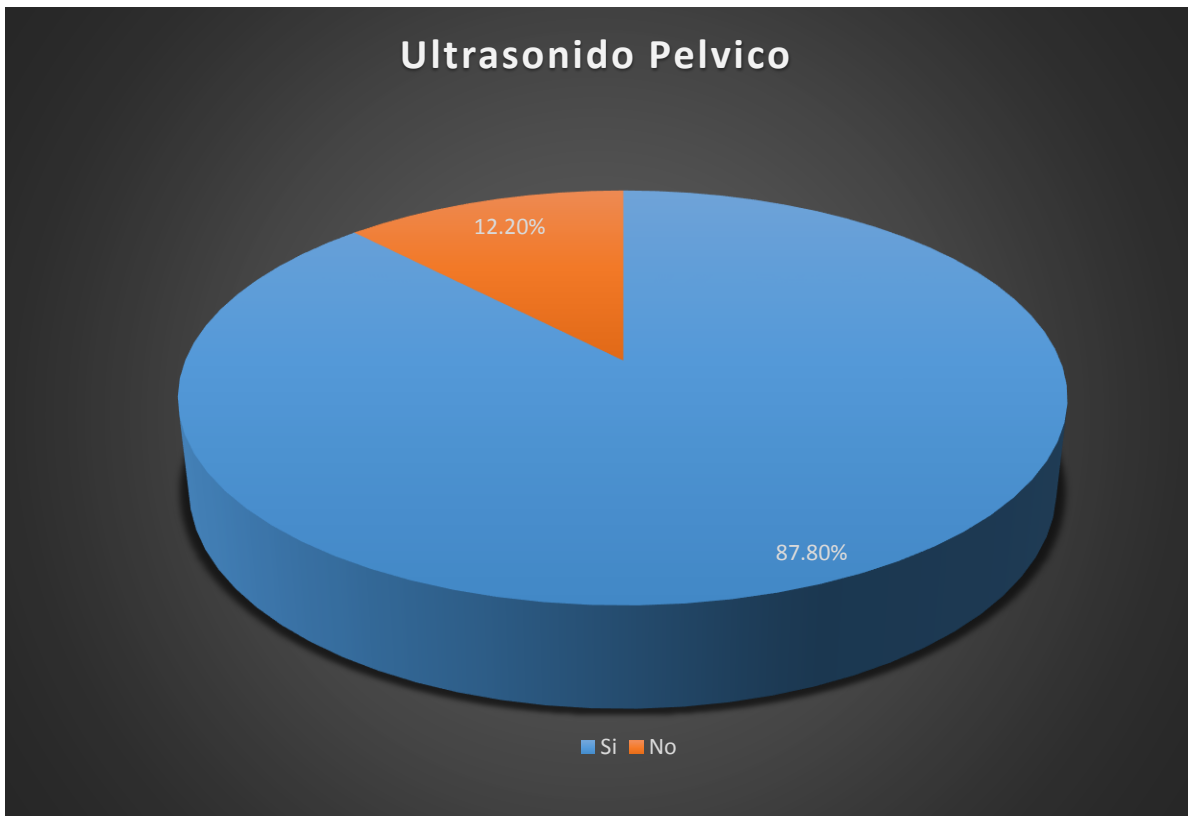
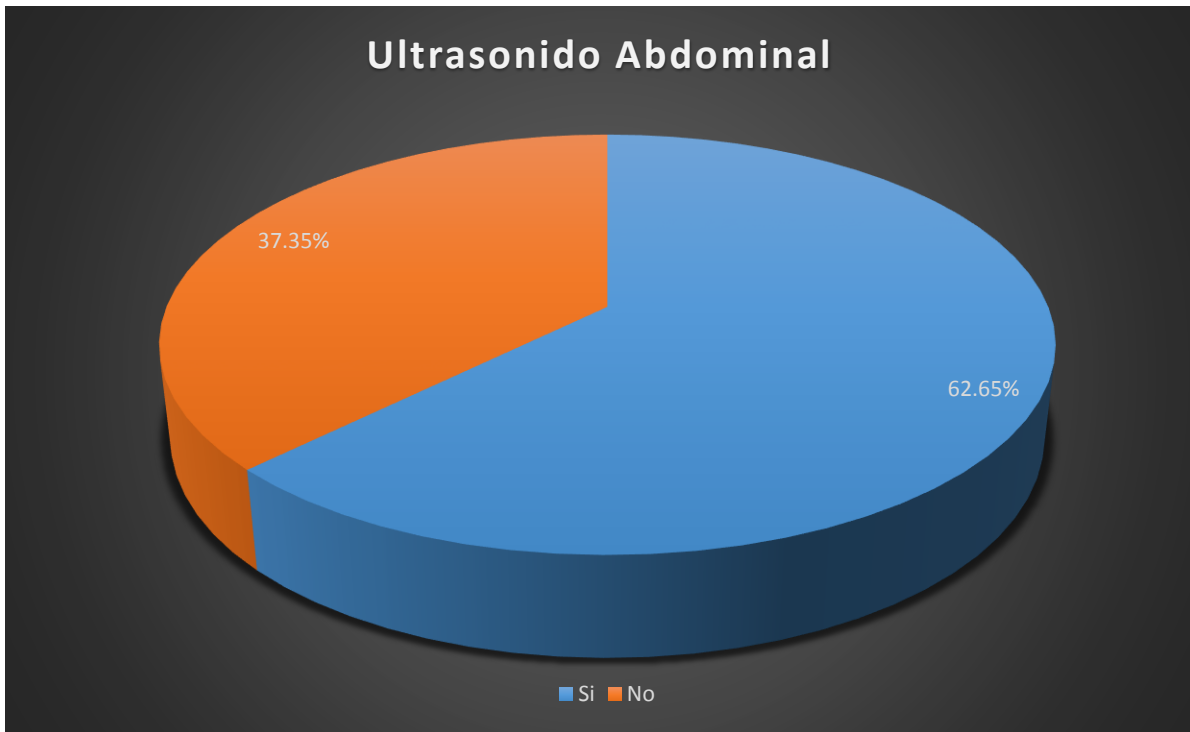
Aumento del tamaño Uterino



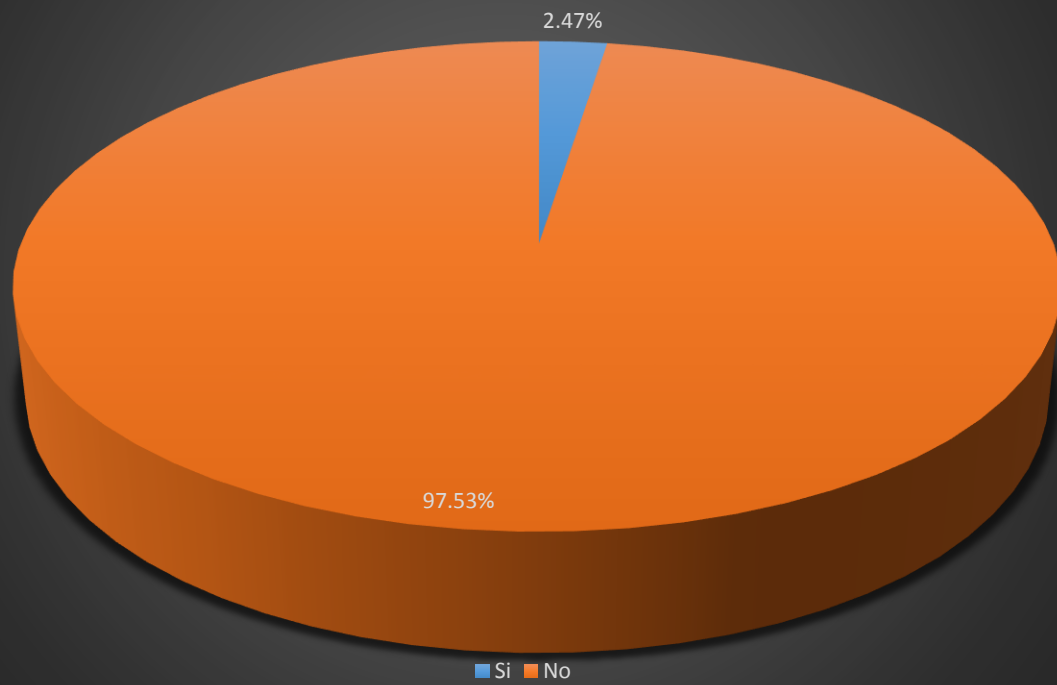
Sangrado en el Primer Trimestre



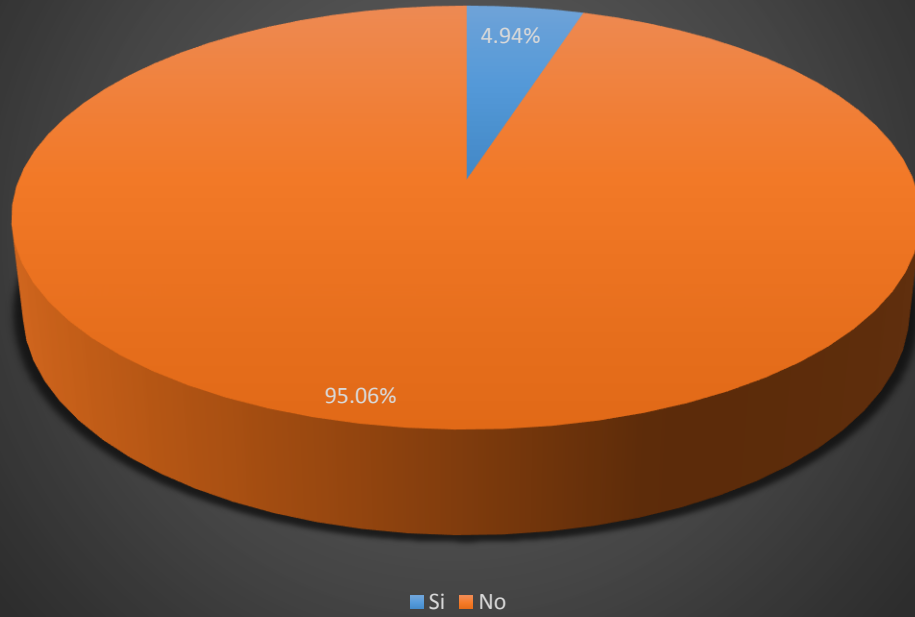
23. Tabla Numero 26. Utilización de Métodos Radiológicos para establecer diagnostico



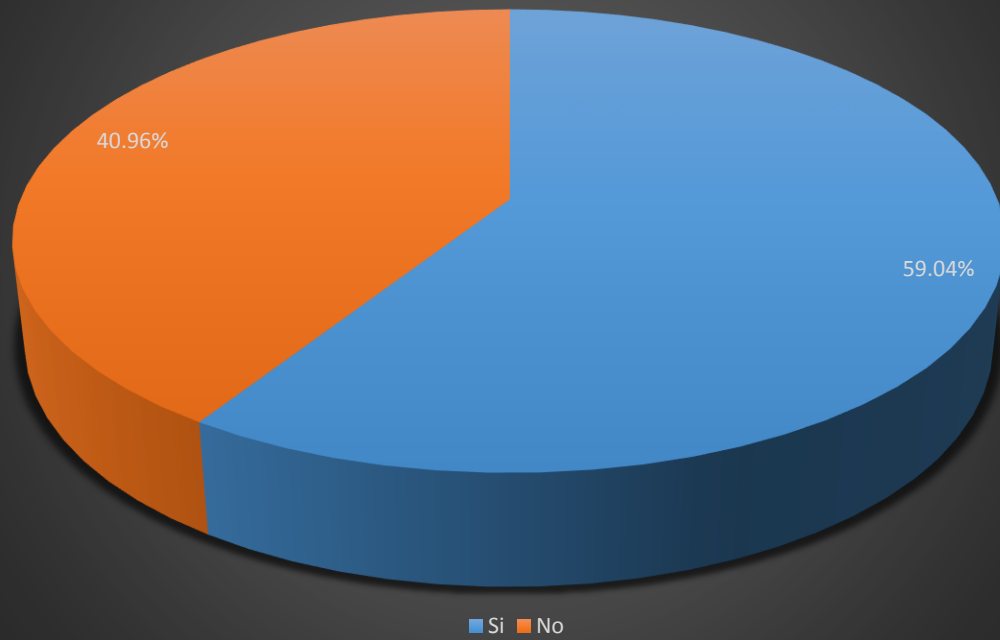
Ultrasonido Transvaginal



Rdiografia de Abdomen



Radiografia de Torax



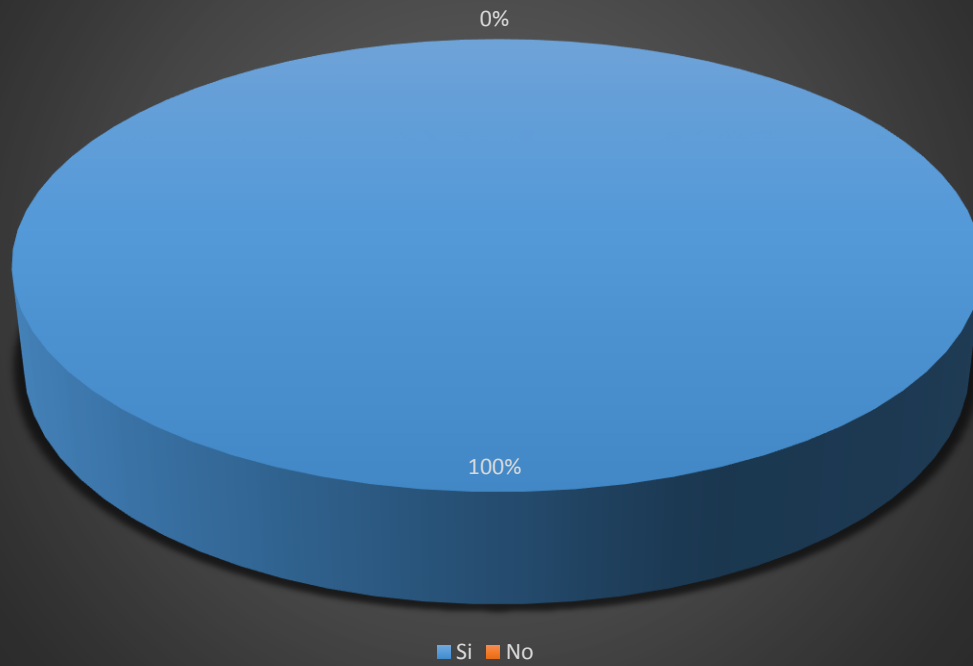
24. Tabla Numero 27. Nivel de Gonadotropina Coriónica Humana en Sangre u Orina



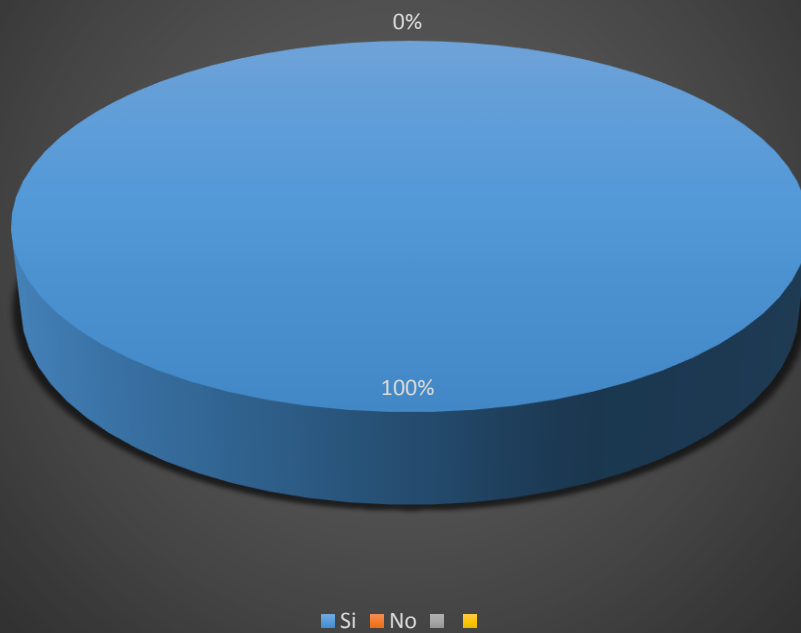
Tabla Numero 28. Manejo del Embarazo Molar



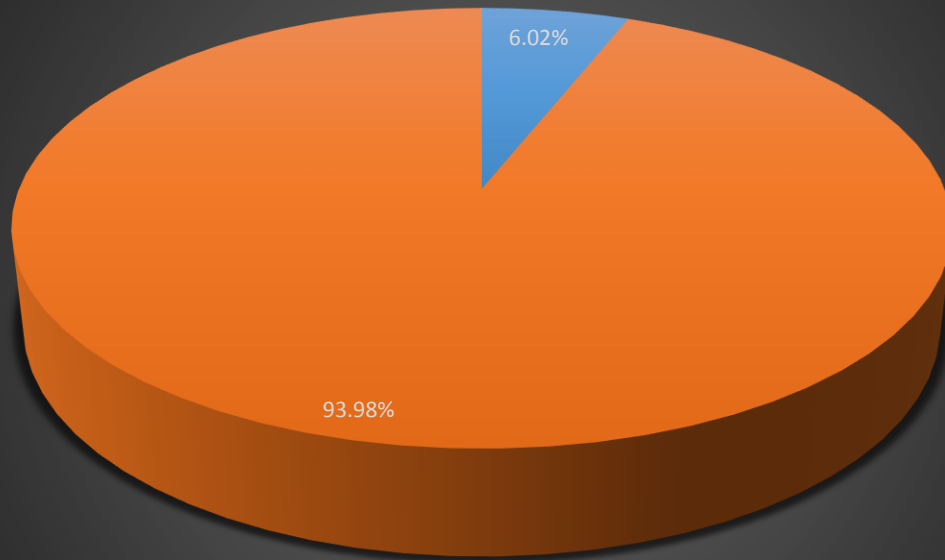
Manejo Quirurgico



Legrado LUA LUI



Laparotomia e Histerectomia



■ Si ■ No ■ ■