



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

MONOGRAFÍA

Para optar al título de médico y cirujano

**CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO MINSA EN EL ABORDAJE DEL EMBARAZO MOLAR EN
EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE, MANAGUA 2018-2019**

Autoras:

- Br. María José García Castillo
- Br. Lisbania del Rosario Gaitán García

(Médicos egresados)

Tutor:

- José de los Ángeles Méndez

Managua, 2020

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 que es 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 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

OPINIÓN DE TUTOR

En el proceso investigativo se vierten una cantidad de elementos que permiten analizar un problema de salud, que altera de forma importante el nivel reproductivo de la mujer.

En este caso este tema en particular es de mucha relevancia, porque su evaluación nos ha permitido conocer la incidencia de esta patología y que nos lleva a utilizar los resultados para hacer cambios en el manejo de dicho evento y poder garantizar a la mujer un futuro excelente en la continuidad reproductiva.

Reciban las investigadoras un sincero saludo y reconocimiento por haber culminado este primer compromiso con su formación profesional.

M.S.C M.D José de los Ángeles Méndez

RESUMEN

El objetivo de este estudio es identificar las deficiencias en el cumplimiento del protocolo MINSA del embarazo molar en mujeres en edad reproductiva atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque (HBCR), durante el año 2018-2019 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 28 pacientes igual a la muestra En la actualidad en comparación con nuestro estudio identificamos que se atendieron a 28 pacientes en 1 año y 2 meses, con una incidencia de 2.8 % es decir 28 casos por cada mil embarazos.

Esto está determinado en nuestro estudio por diversos factores entre los cuales tenemos que durante noviembre del año 2018 a diciembre del año 2019 se diagnosticaron 28 pacientes con embarazo molar que corresponden al 100% de nuestra muestra los factores asociados significativamente a embarazo molar fueron la edad, procedencia y la escolaridad. Las edades más relevantes se encontraban en menores de 19 años siendo este grupo el más afectado, ya que se encontraba con una escolaridad la cual no pasaba del rango de secundaria, además en su mayoría de las pacientes al estudio son amas de casa las pacientes que procedían de las zonas urbanas, el cual llama poderosamente la atención ,porque esto indica que ya no solo se presenta a nivel de la zona rural, estas pacientes han presentado antecedentes de abortos previos, el cual no se descarta la posibilidad de que haya sido un embarazo molar representando y una de ellas posee un antecedente de embarazo molar. Con respecto al examen físico la

mayoría de las pacientes en estudio presentaron sangrado anormal que fue representado por el 4%.

El aumento de tamaño uterino no coincidía con el tiempo de gestación que presentaron las pacientes. En cuanto al manejo del embarazo molar se encuentra que la mayoría de las pacientes les faltaba 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, además resolver en el momento oportuno y en el lugar las complicaciones, el cual se lograra 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 el nivel de cumplimiento, manejo adecuado y oportuno de estas complicaciones según el protocolo MINSA.

Contenido

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
OPINIÓN DE TUTOR	4
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	8
ANTECEDENTES	11
JUSTIFICACIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
OBJETIVOS	15
MARCO TEORICO	16
DISEÑO METODOLÓGICO	37
ENUNCIADOS DE LAS VARIABLES POR OBJETIVOS	40
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	42
RESULTADOS	49
ANALISIS DE RESULTADOS	53
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	58
Bibliografía	59
Anexos	61
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	62
Tabla No.1	65
Grafico No.1	66
Grafico No.2	67
Tabla No.2	68
Gráfico No. 3	69
Gráfico No. 4	70
Tabla No. 3.	71
Gráfico No. 5.	72
Gráfico No. 6.	73
Tabla No. 4	74
Tabla No. 5.	75

INTRODUCCIÓN

La mola hidatiforme es una enfermedad degenerativa del trofoblasto que se caracteriza por una hiperplasia trofoblástica y por la tumefacción edematosa de las vellosidades coriónicas. El material proveniente de un legrado que contiene una mola hidatiforme es uno de los pocos en los que pueden encontrarse características macroscópicas específicas, tales como: grandes vellosidades traslúcidas. Por lo general, la longitud de los racimos varía de unos milímetros hasta 2 cm, adquieren la morfología de bandas y acumulación de vesículas que confieren el típico aspecto de “racimos de uvas”. (Tutiven, 2011)

Según el MINSA en el año 2018, la incidencia notificada de ETG (Enfermedad trofoblástica gestacional) varía ampliamente en todo el mundo, desde la más baja de 23 por 100 000 embarazos (Paraguay) a la más alta de 1,299 por 100 000 embarazos (Indonesia). Sin embargo, al menos parte de esta variabilidad obedece a las diferencias de los criterios de diagnóstico y notificación. (MINSA, 2018)

El MINSA determinó dos factores que se relacionan sistemáticamente con un aumento del riesgo de ETG siendo estos: la edad de la madre y los antecedentes de mola hidatiforme (MH). Las pacientes con antecedente de mola parcial o completa tienen 10 veces más riesgo de un embarazo molar subsecuente, (incidencia 1-2%), por lo que se debe realizar ultrasonido obstétrico en cuanto se sospecha un embarazo subsecuente. (MINSA, 2018)

Entre los principales factores de riesgo y probabilidad de desarrollar ETG que el MINSA identifica son: mola previa (50%), aborto previo (25%), embarazo ectópico

previo (5%), Embarazo previo de término (20%), edad mayor de 40 y 50 años la incidencia de NTG es de 40% y 50% respectivamente. Los tejidos obtenidos de un aborto completo o incompleto, en todos los casos y obligadamente, deberán enviarse al servicio de patología con lo cual se evitará omitir el diagnóstico de Enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) o inclusive NTG (neoplasia trofoblástica gestacional).(MINSA, 2018)

Las molas hidatiformes pueden causar graves complicaciones, como infecciones, hemorragia e hipertensión del embarazo. Es importante mencionar que la mayoría de las mujeres en Nicaragua presentan condiciones que pueden identificarse como factores de riesgo para desarrollar enfermedad trofoblástica, por lo cual es conveniente desarrollar el presente estudio contribuyendo a establecer un diagnóstico oportuno y mejorar la calidad de atención en estas pacientes. (Tutiven, 2011)

La mayoría de los daños y riesgos obstétricos para la salud de la madre pueden ser prevenidos, detectados y tratados mediante la aplicación de procedimientos normados, siendo importante considerar el enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas con el hecho de contar con normas y protocolos los que deben ir acompañados mediante el seguimiento en el cumplimiento de estos en unidades de atención de segundo nivel.

Durante las últimas décadas el Ministerio de Salud ha centrado sus esfuerzos en disminuir la mortalidad materna que contribuyen a la actualización de los conocimientos científicos del manejo de las complicaciones obstétricas con el fin de

disminuir la mortalidad materna en nuestro país y brindar una atención de calidad a las mujeres en etapa de gestación.

El presente estudio se orienta a estimar el cumplimiento del protocolo vigente del abordaje del embarazo molar con el objetivo de detectar las debilidades en el cumplimiento del protocolo e incidir en el personal de salud.

ANTECEDENTES

En mayo 2014 el Dr. Lazcano Pizarro y la Dra. Tanya Soledad realizaron el trabajo investigativo “comportamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes expuestas a químicos textiles admitidas en el hospital básico pelileo”. En este trabajo se concluyó que la correlación de sustancias químicas textiles en dichas pacientes, correspondía con un 100% de presentación de mola hidatiforme completa, tumor de carácter benigno.

En enero del 2015 el Dr. Juan Pablo de León Fajardo realizó el trabajo investigativo “incidencia de enfermedad del trofoblasto gestacional: estudio histopatológico del primer y segundo trimestre del embarazo”. En el cual se concluyó que la incidencia de la enfermedad de trofoblasto gestacional es de 2.37 casos por cada 1,000 nacidos vivos y de 15.3 por cada 1,000 abortos, lo cual es similar a la reportada por la literatura.

En el año 2016 en Ecuador la Dra. Luisa León realizó el trabajo investigativo “Embarazo molar en primigestas, factores de riesgo y complicaciones” Estudio a realizar en edades de 15 a 25 años en el Hospital materno infantil Matilde Hidalgo De Procel, periodo 2010-2015”. En el cual se concluyó que la mayor cantidad de pacientes con embarazo molar se registró en el año 2014 correspondiendo a un 21% del total seguido del 18.9% registrado tanto en el 2013 como en el 2015, el 16,2% corresponde al 2011, seguido del 13.5% en el 2010 y un 10.8% en el 2012, además que la raza que más se ve afectada por embarazo molar según el estudio fue la mestiza con 59.4% seguida de la raza negra con un 27%, así como también se reportó que el grupo sanguíneo que predominó en las pacientes fue el O Rh positivo registrándose un 54%, el 10.8% correspondió al O Rh negativo, el grupo A Rh positivo obtuvo un 5.4% , el 13.5% se registró tanto para el grupo

B Rh positivo como para el grupo AB Rh positivo, y el grupo AB Rh negativo obtuvo un 2.7%. La complicación que con mayor frecuencia se registro fue la hemorragia uterina reportándose un 16%, mientras que el 83.7% de los casos no reporto complicaciones.

La Dra. Karen Solís en febrero 2016 realizó un estudio investigativo “descripción de las características anatomoclínicas y hallazgos patológicos de embarazo molar” en el cual concluyó que el grupo etario más afectado fueron mujeres entre 26-30 años de edad, con diagnóstico de embarazo molar por ultrasonido en un 80.6%, asociado a hemorragia vaginal en un 58.2% seguido del dolor abdominal en un 32.8%. En el cual afecto en un 35.8% a mujeres embarazadas por primera vez. Así mismo el 62.68% de estas pacientes contaban con un resultado patológico positivo para mola hidatidiforme.

En abril del 2017 en Ecuador la Dra. Fatima Moncayo realizó el trabajo investigativo “Incidencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en los años 2013–2016 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo”. En el cual se concluyó que 145 de los casos con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional presentaron la forma clínica más común que es la mola hidatiforme completa en un 90%, siguiéndole en menor cantidad el coriocarcinoma en un 8,28% y en una menor proporción la mola hidatiforme parcial en un 1,38%. Y que no hay relación con los antecedentes personales y/o familiares para que presente la enfermedad.

En febrero del 2017 la Dra. Lilliam Mercedes Martínez realizo el trabajo investigativo “características clínicas, manejo y seguimiento en pacientes con mola hidatiforme ingresada en el servicio de aro i, HEODRA en el periodo de enero 2013 a mayo 2016”. En este trabajo se concluyó que las pacientes intrahospitalariamente fueron manejadas adecuadamente, sin embargo, no se cumplió el debido seguimiento que dicta la literatura

JUSTIFICACIÓN

El reconocimiento de esta enfermedad como problema de salud pública, ha llevado al interés en el estudio de sus características epidemiológicas e histopatológicas, que nos revelan, hasta el momento, solo parcialmente la dimensión de esta entidad y su impacto poblacional. La incidencia de mola parcial es desconocida, posiblemente porque muchos casos no son diagnosticados por estudios histológicos, pues se escapan en abortos espontáneos o en las interrupciones.

La importancia del diagnóstico de la mola radica en que es una complicación del embarazo, aparece en uno de cada 2000 gestaciones. Es posible que actualmente, gracias a la monitorización de los niveles de gonadotropina coriónica humana (HCG), determinar precozmente si existe desarrollo de una enfermedad trofoblástica y su tratamiento temprano y buen manejo puede evitar una complicación. Pero un mal manejo en las pacientes con dicha patología ya sea por desconocimiento o mala aplicación de las normas y protocolo conlleva a aumentar la mortalidad materna.

La evaluación del cumplimiento del protocolo para el diagnóstico y manejo de la patología como resultado de la investigación permitirá conocer la capacidad de resolución en la atención de pacientes con alto riesgo obstétrico en nuestro medio hospitalario, además de identificar las debilidades, limitaciones del manejo hospitalario y recomendar ajustes con servicios de salud eficaces para la atención obstétrica, con el fin de que los médicos hagan conciencia sobre el cumplimiento adecuado de las normas y de la necesidad de informar a las usuarias sobre los riesgos que conllevan esta patología y por ende una reducción de la morbimortalidad en Nicaragua apegado estrictamente a un protocolo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mola es una patología que se presenta en gestantes adolescentes, en mujeres mayores primigestas y en gran medida en pacientes embarazadas de bajos recursos económicos, que se evidencia con una sintomatología idénticas a la pre eclampsia (hipertensión, edema y proteinuria) diferenciándola de la pre eclampsia por la hiperémesis que presenta la mola y por la edad gestacional en que se presenta llevando muchas veces a confusión. En cuanto a su variedad de mola tenemos parcial o completa. La mola puede presentar complicaciones durante el embarazo y posterior al tratamiento, ya que muchas veces no se realiza un buen manejo obstétrico, desestimándose indirectamente diversos factores que pueda incidir en una complicación catastrófica desde la pérdida del útero, hemorragias infecciones, Sepsis, shock hipovolémico hasta la muerte de la paciente.

En Nicaragua a pesar de los múltiples esfuerzos realizados por el MINSA, en representación de las políticas de gobierno y que se ha observado una disminución en la tasa de mortalidad materna en los últimos años, aún continúa siendo una lucha continua por llegar a niveles óptimos, por lo que se considera importante conocer el nivel de cumplimiento de protocolo MINSA en el abordaje del embarazo molar en el hospital Bertha Calderón Roque con el objetivo de determinar debilidades para reducir complicaciones y mortalidad materna . Por lo cual se plantío la siguiente pregunta:

¿Cómo es el nivel de cumplimiento del protocolo MINSA en el abordaje de embarazo molar en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2018-2019?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir el cumplimiento del protocolo MINSA, en el abordaje del embarazo molar en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2018-2019

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Señalar las características sociodemográficas de la población a estudio.
2. Identificar las características Gineco-obstétricos del grupo de pacientes a estudio.
3. Valorar la aplicación de los criterios diagnósticos según protocolo para el manejo de embarazo molar.
4. Determinar el nivel de cumplimiento de las medidas generales según protocolo para el manejo de embarazo molar.
5. Determinar el nivel de cumplimiento en el tratamiento según protocolo de manejo de embarazo molar.
6. Valorar los criterios del alta según protocolo de manejo de embarazo molar.
7. Evaluar el control y seguimiento en las pacientes a estudio según protocolo de manejo de embarazo molar.

MARCO TEORICO

I. DEFINICIÓN

El embarazo molar, mola hidatidiforme o mola vesicular, es la 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. (D. Escribano, 2003)

La mola hidatiforme es una enfermedad degenerativa del trofoblasto que se caracteriza por una hiperplasia trofoblástica y por la tumefacción edematosa de las vellosidades coriónicas. El material proveniente de un legrado que contiene una mola hidatiforme es uno de los pocos en los que pueden encontrarse características macroscópicas específicas, tales como: grandes vellosidades traslúcidas. Por lo general, la longitud de los racimos varía de unos milímetros hasta 2 cm, adquieren la morfología de bandas y acumulación de vesículas que confieren el típico aspecto de “racimos de uvas”. (Tutiven, 2011)

II. EPIDEMIOLOGIA

La incidencia y los factores etiológicos que contribuyen al desarrollo de la enfermedad trofoblástica gestacional han sido difíciles de caracterizar. Los estudios epidemiológicos han reportado una amplia variación regional en la incidencia de mola hidatidiforme. Siendo esta la enfermedad trofoblástica más prevalente, estimaciones de estudios demuestran que Norte América, Australia, Nueva Zelanda y Europa han mostrado una incidencia de mola hidatidiforme en un rango de 0.57-1.1 por cada

1000 embarazos, mientras que estudios en el sureste de Asia y Japón sugieren una incidencia tan alta como 2.0 por cada 1000 embarazos. (R.Durón, 2018)

III. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- a) **Diferencias geográficas:** Más frecuente en países subdesarrollados. Estados Unidos es de cerca de 110 a 120 por 100,000 embarazos, desde la más baja de 23 por 100 000 embarazos (Paraguay) a la más alta de 1,299 por 100 000 embarazos (Indonesia)
- b) **Edad:** Más frecuente en gestantes de >40 años o de < 20 años,
- c) **Riesgo ante mola anterior:** Se da una segunda mola en un 1-2% de casos.
- d) **Factor paterno:** Los cromosomas de la mola verdadera parecen ser exclusivamente de origen paterno (androgénesis).
- e) **Otros factores:** que aumentan riesgo, pero sin clara relación son: Deficiencia de vitamina A, consumo disminuido de grasa animal edad extrema de los cónyuges
- f) **Factores sanguíneos:** Factor Rh negativo, grupo sanguíneo tipo A
- g) **Células germinales:** en condiciones de inmadurez Ovocitos y espermatozoides viejos.
- h) **Genéticos:** Mola hidatidiforme recurrente familiar, raro desorden autosómico recesivo identificado en el cromosoma 19q.
- i) **Nivel económico:** Pobreza

IV. DEFINICIONES BÁSICAS

Sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG)

Toda mujer que presente signos y síntomas que corresponden al cuadro clínico de enfermedad trofoblástica gestacional y que aún no se ha corroborado histopatológicamente. (MINSA, 2018)

Coriocarcinoma

Tumoral maligno del epitelio trofoblástico, compuesto por sincitio y citotrofoblasto anaplásico y células gigantes multinucleadas, que invade y puede dar metástasis a sitios distantes. (MINSA, 2018)

Mola completa

Ausencia de tejido embrionario o fetal. Degeneración hidrópica de vellosidades coriales, hiperplasia trofoblástica difusa con atipia difusa y marcada del trofoblasto en el sitio de la implantación molar. Puede tener un doble origen:

En el 95% de los casos muestra un cariotipo 46XX resultado de la fecundación de un ovocito con núcleo inactivo por un espermatozoide haploide, que reduplica sus propios cromosomas, sin participación de los cromosomas maternos.

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

Mola invasora (corioadenoma destruens)

Es una lesión localmente invasora, que rara vez da metástasis a distancia, caracterizada por invasión local al miometrio sin involucrar al estroma endometrial. (MINSa, 2018)

Mola parcial

Presencia de tejido embrionario o fetal. Hiperplasia trofoblástica focal, variabilidad marcada en el tamaño de las vellosidades con importante edema y cavitación, presentando inclusiones prominentes en el estroma trofoblástico de las vellosidades, presentándose ocasionalmente atipia focal y leve del trofoblasto en el sitio de implantación. (MINSa, 2018)

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

- a) **Polispermia:** Es el mecanismo más frecuente, en que un ovocito es fertilizado por dos o más espermatozoides
- b) **Ovocito** fertilizado por un espermatozoide diploide, por un defecto en la primera división meiótica del mismo. Muy infrecuente.
- c) **Fertilización** de un ovocito diploide, por defecto en su primera división meiótica. Muy infrecuente

Tumor del sitio placentario

Es un tumor extremadamente raro. Se origina en el sitio de implantación de la placenta y deriva de células del trofoblasto intermedio de la placenta, las cuales se identifican por la secreción de lactógeno placentario y pequeñas cantidades

de fracción beta de hormona gonadotropina coriónica. No contiene vellosidades coriales.(MINSA, 2018)

V. CLASIFICACIÓN SEGÚN PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS, MINSA 2018

Enfermedades trofoblástica gestacional

a. Mola hidatiforme

i. Mola hidatiforme completa

- 1. Alto riesgo**
- 2. Bajo riesgo**

ii. Mola hidatiforme parcial

b. Neoplasia trofoblástica gestacional(NST), (Incluye mola invasora, coriocarcinoma, tumor del sitio placentario y tumor trofoblástico epitelial)

i. Metastásica

ii. No metastásica

VI. PATOGENESIS

Características del trofoblasto Normal:

Recordar algunas características del trofoblasto normal es interesante para comprender la biología e historia natural de la enfermedad trofoblástica. Las primitivas células trofoblásticas son capaces de producir el sincitio y citotrofoblasto, así como vasos sanguíneos constituyendo la mayor porción del blastocito en el momento de la implantación. (MINSA, 2018)

El trofoblasto tiene la capacidad de invadir el endometrio, incluso algunas células del sincitiotrofolasto pueden alcanzar el miometrio y, aunque más raramente, también las vellosidades.(MINSa, 2018)

Siendo un aloinjerto no condiciona respuesta inmune de la madre, por estar protegido en la interface materna-fetal por una membrana de sialomucina (membrana de Nitabuch), ayudado por otros factores como quizás la capacidad inmunosupresiva de la HCG.(MINSa, 2018)

Alteraciones en su poder invasivo y supervivencia serán la base de la enfermedad trofoblástica. El trofoblasto tiene gran capacidad de invadir los vasos, lo cual es de gran importancia en la formación de la placenta hemocorial. El contacto directo con sangre materna hace que al final del embarazo y en los primeros días postparto células trofoblásticas sean transportadas a otras partes del cuerpo, sobre todo pulmones, aún en condiciones normales.(MINSa, 2018)

La viabilidad del trofoblasto es autolimitada por mecanismos desconocidos, probablemente hormonales e inmunológicos. En condiciones óptimas el trofoblasto normal a penas dura un poco más que la gestación.(MINSa, 2018)

Oncogenes

El papel de los oncogenes en la patogénesis del embarazo molar y la neoplasia trofoblástica gestacional ha sido más estudiado en los últimos años. En la mola 15 completa se ha descrito un aumento de la expresión de p53 y c-fms, así como una sobreexpresión de c-myc, c-erbB2, bcl-2, p21, Rb y MDM2, lo cual sugiere que esas oncoproteínas pueden ser importantes en la patogénesis de esta entidad.

La expresión del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) en el citotrofoblasto y el sincitiotrofoblasto de la mola completa ha demostrado ser significativamente mayor que en la mola parcial y la placenta normal.

En la mola completa la sobreexpresión de EGFR y c-Erb-B3 se ha asociado significativamente con el desarrollo pos molar de una neoplasia trofoblástica gestacional (NTG), lo que indica un papel importante en la patogenia de la entidad por parte de esta familia de Oncogenes.

Impronta genómica

La hipótesis acerca del predominio de la información paterna como la causa de un concepto en el cual el trofoblasto crece desproporcionadamente mente a expensas del embrión, ha sido demostrada por experimentos en ratones androgenéticos o ginogenéticos contruidos a través de la microtransferencia de pronúcleos masculinos o femeninos dentro de huevos enucleados. Los embriones androgenéticos (sólo genoma paterno) desarrollaron una placenta voluminosa hipertrófica similar a la de la mola completa en humanos y sin presencia de embrión, mientras que los embriones ginogenéticos (sólo genoma materno) desarrollaron una placenta pequeña, atrófica, con la formación de un embrión. De estos experimentos se ha concluido que los genomas paterno y materno no son equivalentes y que ambos son requeridos para el desarrollo embrionario normal. No basta la presencia de genes en doble dosis (genoma diploide), es indispensable que uno sea materno y el otro paterno.(MINSa, 2018)

En la Mola completa la hiperplasia de la placenta contrasta con la ausencia de desarrollo embrionario, lo cual sugiere que para el desarrollo del embrioblasto la

contribución de genes derivados de la madre es necesaria. Lo opuesto es observado en el teratoma, un tumor ovárico originado partenogénicamente de células germinales femeninas activadas. Éste muestra un desarrollo de tejidos 16 característico de las tres capas germinales del embrión, pero no de los componentes extraembrionarios.

Ciertos genes maternos son requeridos para el desarrollo apropiado del embrión, mientras que los componentes extraembrionarios dependen de la presencia de genes paternos activos. Entonces, la relación entre los genomas paterno y materno es crítica en la determinación del desarrollo de ambos tejidos, embrionarios y extraembrionarios.

La diferencia en los genomas es el resultado de la expresión diferencial, de los pares de genes en el embrión, dependiendo de su origen parental durante el desarrollo temprano, un fenómeno conocido como impronta genómica. El modelo de la MHC (mola completa) ha posibilitado el conocimiento de la impronta genómica y su relación con el desarrollo embrionario.

La mayoría de los genes que sufren impronta se ubican en grupos que contienen islas de secuencias de dinucleótidos citosina y guanina (islas CpG). Las islas CpG localizadas en los grupos de genes de impronta son marcadas a través de metilaciones, formando regiones diferencialmente metiladas (DMR) en el cromosoma heredado del padre o en el cromosoma heredado de la madre, durante el desarrollo de los gametos. La metilación del ADN está asociada con el silenciamiento de la expresión del gen.

Mola hidatiforme biparietal

La MH es considerada un desorden esporádico con riesgo de recurrencia del 1%. Sin embargo, a partir de 1999 se empezaron a describir casos de mujeres con alta frecuencia de recurrencia de MHC, y en el análisis molecular del tejido molar no se encontró exceso de información paterna, sino un equilibrio entre la información paterna y la materna, por lo cual se le denominó mola biparental (MBi).

La herencia en estos casos es consistente con una forma autosómica recesiva, siendo el presunto gen implicado el responsable de mecanismos de impronta normal. Se ha considerado desde entonces que genes actuando sobre la regulación 17 de la impronta en los oocitos o en los embriones antes de la implantación serían potenciales candidatos.

Estudios de ligamiento han mostrado que las mujeres que presentan estas MBI recurrentes son homocigotas para alteraciones en la región 19q13.42. En los últimos años varios genes que sufren impronta han sido identificados en mamíferos, y de éstos, algunos relacionados con el desarrollo de la placenta y el embrión. Por ejemplo, el locus PEG3/ZIM2. PEG3, homólogo del gen Peg3 en el ratón, es altamente expresado en placenta con silenciamiento del alelo proveniente de la madre. Igualmente, en las vellosidades de la placenta normal, el gen p57 es expresado del alelo materno tanto en el citotrofoblasto como en las células coriónicas. Este gen es un inhibidor de una proteína, ciclina dependiente de la kinasa, reguladora del ciclo celular. En la MHC, como podría esperarse, las células no expresan este gen, mientras que en la MHP su expresión sí es detectada.

La interrupción de la metilación del ADN en esas regiones específicas puede ser utilizada para diagnosticar a pacientes con alteraciones en la impronta genómica.

Los datos actuales muestran metilación anormal en DMR maternos en la MBI. Más de un locus puede estar involucrado y los presuntos genes mutados posiblemente codificarán factores requeridos para el correcto establecimiento de las marcas de impronta en la línea germinal materna o para su mantenimiento después de la fertilización. La pérdida progresiva de la impronta materna en el trofoblasto hace que éste prolifere hacia el fenotipo molar. La elucidación de los genes involucrados en la MBI posiblemente también permitirá encontrar los mecanismos involucrados en patogénesis de la MH en general

VII. DIAGNOSTICO

- a) **Anamnesis:** Debemos pensar en la presencia de una mola, cuando en el curso del primer trimestre del embarazo aparecen los siguientes signos y síntomas:

<u>Manifestaciones clínicas: formas clínicas, signos y síntomas</u>		
	Mola completa	Mola parcial
Incidencia	0.3%-1%	Muy frecuente
Cariotipo	Diploide 46XX(95%) 46XY(5%)	Triploide 69XXX(30%), 69XXY(70%) Diploide(9%)
Origen	Paterno	Mixto
Sangrado vaginal	80-90%, abundante rojo rutilante	60% escasa rojo oscura
Útero aumentado de tamaño	Si	No
Síndrome hipertensivo gestacional	Si	No
Hiperemesis	Si	No
Vellocidades coriales afectadas	100%	<50%
Hiperplasia trofoblástica	Difusa	Focal
B Hcg	Elevada	Normal o baja
Tejidos embrionados	Ausente	Siempre
Malignización	15-20%	Excepcional
Diagnostico ecográfico	95-98%	Aborto 80% Mola parcial 20%

Nota. Adaptado de protocolo para la atención de complicaciones obstétricas, 2018, p:80-81, Managua, MINSA 2018

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

1. Hemorragia uterina anormal
2. Crecimiento uterino mayor al esperado por edad gestacional
3. Ausencia de frecuencia cardíaca fetal
4. Presencia de quistes tecaluteínicos a nivel del ovario
5. Hiperémesis gravídica
6. Hipertensión gestacional en las primeras 20 SDG
7. Niveles elevados de hormona gonadotropina coriónica.

b) Auxiliares diagnóstico

- ✓ En toda paciente con sospecha de ETG pre evacuación se realizan los siguientes exámenes:
 - Biometría hemática completa
 - Tiempos de coagulación
 - Pruebas de funcionamiento renal y hepático (creatinina, Nitrógeno de urea, transaminasas, bilirrubinas, LDH)
 - Grupo y RH
 - Niveles de β HCG. (En caso de no contar con cuantificación en sangre, beta se puede utilizar HCG en orina de 24 horas, sin embargo, no es lo más adecuado)
 - Radiografía de tórax
 - Ultrasonido abdominal y pélvico.

c) Ultrasonido

El ultrasonido ha contribuido al diagnóstico precoz del embarazo molar. Este método es más sensible para diagnosticar embarazo molar completo, ya que presenta una característica ecográfica que se deriva del edema de las vellosidades coriónicas y se conoce con el “signo de la tormenta de nieve”. Esto, sumado a la presencia del crecimiento uterino exagerado y niveles especialmente altos de hCG sub β , configuran el diagnóstico del embarazo molar. (M.Riegé, 2018)

- ✓ Los datos de ETG por ultrasonido son los siguientes:
 1. Patrón difuso ecogénico mixto (zonas hiperecoicas y zonas hipoecoicas) (patrón en “panal”, “copos de nieve” “tormenta”).
 2. Presencia de quistes tecaluteínicos en el ovario.
 3. En casos de mola parcial o incompleta se puede encontrar la presencia de Feto.
 4. Se puede sospechar la invasión a miometrio cuando hay imágenes hiperecoicas dentro del miometrio por lo que se solicitará ultrasonido Doppler para descartar invasión a miometrio (incremento en la vascularización del miometrio). En caso de sospecharse referir a un nivel mayor de resolución.

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

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

d) Cuantificación sérica de fracción beta de Gonadotropina Coriónica Humana (B-HCG)

La gonadotropina coriónica humana es una hormona glicoproteica compuesta por una subunidad α compartida con otras hormonas y una subunidad β única correspondiente al tejido trofoblástico. En cánceres incluyendo NTG, hCG puede existir en una variedad de formas y fragmentos que incluye subunidad b libre, péptido terminal-c, así como formas hiperglicoseladas. (M.Riegé, 2018)

La hormona gonadotropina coriónica humana es un dímero que consiste en 145 aminoácidos que forman la subunidad Beta que es única para HCG y 92 aminoácidos que conforman la subunidad alfa, esta última es idéntica a la Hormona luteinizante (LH), La hormona folículo estimulante (LH) y la hormona Estimulante de tiroides (TSH). (MINSa, 2018)

Por tal motivo es la fracción beta la que se utiliza para el diagnóstico y seguimiento de esta complicación. El descenso de sus niveles será de forma logarítmica.

Ocasionalmente puede haber resultados falsos positivos por una reacción cruzada de anticuerpos heterofílicos con la HGC (HGC fantasma), y existen ciertas circunstancias que pueden ser asociadas a estos resultados falsos positivos, tal es el caso de:

1. Pacientes que tienen niveles persistentes de HGC en límites bajos
2. Pacientes en quienes no disminuyen los valores de HGC posterior a la administración de Quimioterapia.

3. Al realizar cuantificación de niveles séricos y urinarios de HGC no existe una correlación entre las mismas ya que los niveles en orina son negativos porque los anticuerpos heterofilicos no son excretados por via renal lo cual es útil para excluir los falsos positivos y evitar tratamientos de histerectomía o quimioterapia innecesarios.

Cuando los niveles de HGC persisten elevados o en meseta sin evidencia de ETG por clínica ni estudios radiológicos se deberá considerar lo siguiente:

- Nuevo embarazo
- Resultado falso positivo de β hGC
- Enfermedad trofoblástica persistente

VIII. PRODECIDIMIENTO Y TRATAMIENTO

1. INGRESO HOSPITALARIO

2. TRATAMIENTO GENERAL:

- a) **Corrección inicial de trastornos asociados:**Anemia, alteración hidroelectrolítica, coagulopatía, alteraciones cardiorrespiratorias, preeclampsia.

3. TRATAMIENTO ESPECÍFICO:

a. Evacuación de la mola

En principio, se hará por vía vaginal, mediante legrado por aspiración, finalizando con el paso suave de una legra cortante que permita la extracción de cualquier resto adherido a la pared uterina. 22 Sus principales complicaciones son la perforación uterina, hemorragia, infección y embolización pulmonar trofoblástica; por lo que es aconsejable

la cobertura oxitócica y antibiótica durante y después del legrado, así como disponer de sangre Cruzada. (M.Riegé, 2018)

El legrado de repetición no está indicado salvo que persistan restos molares. En el caso de que el útero sea mayor de 12-14 semanas de amenorrea y/o el cérvix esté cerrado puede ser necesario el empleo de oxitócicos e incluso de prostaglandinas previamente al legrado.(MINSa, 2018)

En determinados casos (edad materna superior a los 40 años, edad comprendida entre los 35 y 40 años con la descendencia deseada, patología uterina asociada, perforación uterina...) puede estar indicada la histerectomía abdominal "en bloque". Se pueden conservar los anejos, aun cuando existan quistes tecaluteínicos. Por último, se debe resaltar la necesidad de administrar inmunoglobulina Anti-D a las gestantes Rh negativas dentro de las 48 horas post-evacuación.(MINSa, 2018)

SEGUIMIENTO POST-EVACUACIÓN

- Determinaciones periódicas de beta H.C.G. plasmática: semanalmente hasta obtener tres títulos negativos consecutivos (< 5 mUI/ml). A continuación, las determinaciones se harán mensualmente durante los seis primeros meses, y cada dos meses, hasta completar el año de seguimiento
- Control ginecológico y ecográfico seriado: valorando fundamentalmente la existencia de metrorragia, el tamaño y consistencia uterina. Se practicará a las dos semanas post-evacuación y, posteriormente, cada tres meses.
- Estudio radiológico torácico: se debe realizar a las dos semanas de la evacuación, a los seis meses y al completar el año de vigilancia.
- Anticoncepción oral hasta el alta definitiva de la paciente

En el 80-90% de los casos el proceso se resuelve satisfactoriamente y el título de beta H.C.G. va descendiendo, negativizándose en 6-8 semanas. Sin embargo, en el resto de los casos los títulos se mantienen en meseta o 23 ascienden o aparecen metástasis y se llega al diagnóstico de enfermedad trofoblástica persistente. (MINSA, 2018)

Los principales factores de mal pronóstico en cuanto al desarrollo de una enfermedad trofoblástica persistente son:

- ✓ Edad materna superior a 40 años.
- ✓ Título de b -HCG pre evacuación superior a 100000 mUI/ml.
- ✓ Útero mayor que amenorrea y quistes teca-luteínicos.
- ✓ mola completa con cromosoma Y

CRITERIOS PARA SOSPECHA DE MALIGNIDAD

1. Que los niveles de β -hGC se mantengan en meseta con fluctuaciones $\pm 10\%$ en cuatro mediciones los días 1, 7, 14, y 21 pos evacuación.
2. Que los niveles de β -hGC presenten incrementos mayores a 10% en tres mediciones los días 1, 7 y 14 pos evacuación.
3. Que los niveles de β hGC persistan detectables después de 6 meses pos evacuación.

Se han reportado pacientes en edad reproductiva sin antecedente de embarazo molar con metástasis de coriocarcinoma gestacional. Se recomienda que en pacientes en edad reproductiva, incluso sin antecedente de embarazo molar pero con metástasis de origen primario desconocido. Se sospeche de coriocarcinoma gestacional con enfermedad metastásica.

Post evacuación de ETG se debe realizar control anticonceptivo con los anticonceptivos hormonales como primera elección y se podrá intentar un nuevo embarazo después de 6 a 12 meses de la remisión completa.

Las pacientes con antecedente de mola parcial o completa tienen 10 veces más riesgo de un embarazo molar subsecuente. (Incidencia 1-2%), por lo que se debe realizar USG obstétrico en cuanto se sospecha un embarazo subsecuente. 24 En pacientes con quimioterapia se recomienda control anticonceptivo y vigilancia por 12 meses como mínimo posterior a terminar el tratamiento.(MINSA, 2018)

EVACUACIÓN DE MOLA HIDATIFORME

- La mola hidatiforme es curable al 100%, la decisión del tratamiento depende del deseo de preservar la capacidad reproductiva.
- Mola completa: evacuación mediante AMEU, considerar histerectomía en bloque en pacientes con paridad satisfecha.
- La histerectomía en bloque disminuye 3.5 a 10% el riesgo de desarrollar una NTG.
- Una vez establecido el diagnóstico ETG debe realizarse la evacuación preferentemente por AMEU, posterior a la evacuación se debe monitorear con HGC seriada en sangre.
- Puede Requerir Dilatación de cuello uterino con dilatadores de Hegar por lo que debe realizarse siempre bajo anestesia.
- En caso de AMEU durante la evacuación se debe utilizar infusión Solución Salina Normal (0.9%) + 20 unidades de oxitocina 42gts por minuto.
- No se recomienda oxitocina, ni prostaglandinas previo a la evacuación por el riesgo de embolismo.

- Considerar si altura uterina mayor a 16 SDG mayor riesgo embolización pulmonar, realizar AMEU con mayor precaución. Considerar realizar histerectomía en bloque en paciente con paridad satisfecha según experiencia clínica y nivel de resolución.
- El manejo de mola parcial (por la dificultad del diagnóstico, cuando se sospeche) deberá realizarse siempre en el nivel más alto de resolución donde se cuente con todos los métodos diagnósticos y personal entrenado en el manejo y sobre todo seguimiento de este tipo de pacientes.
 - a) En el caso de pacientes con paridad satisfecha, se debe ofertar histerectomía en “bloque” conservando ovarios.
 - b) En el caso de paciente sinparidad satisfecha, las opciones son: evacuación del útero por histerotomía, AMEU o LUI
- Se indica la histerotomía en casos donde el tamaño fetal no permite el AMEU.
- No se debe realizar inducción con uterotónicos en ETG.
- El curetaje repetido no induce remisión ni influye en el tratamiento, más bien favorece la perforación uterina.

TRATAMIENTO PROFILACTICO

En toda paciente con MH de alto riesgo para desarrollar NTG se debe indicar quimioterapia profiláctica con actinomicina dosis única. Utilizar los criterios de Berkowitz donde se considera que el beneficio de la profilaxis se tiene en pacientes con 4 ó más puntos en relación al riesgo de desarrollar NTG.(MINSa, 2018)

COMPLICACIONES DE MOLA HIDATIFORME

Las complicaciones médicas de mola hidatidiforme se presentan en aprox. 25% de las pacientes con un crecimiento uterino similar a un embarazo de 14 o más SDG. Estas incluyen anemia, infección, hipertiroidismo, hipertensión inducida por el embarazo, hemorragia uterina grave y coagulopatía. Se ha reportado la presentación del síndrome de distrés respiratorio causado principalmente por el síndrome de embolización trofoblástica, falla cardíaca congestiva, anemia, hipertiroidismo, preeclampsia o sobrecarga de líquidos iatrogénica. El curetaje repetido favorece la perforación uterina(MINSA, 2018)

LISTA DE CHEQUEO

ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: Basado en el manual IMPAC de OMS WHOR/RHR/oo.7

A continuación, se mencionan una serie de indicaciones de cumplimiento obligatorio para el manejo de las complicaciones obstétricas, cada una de ellas deberá de consignarse en el expediente clínico durante el proceso de atención. En la realización de auditoria del expediente clínico, se utilizará esta lista de chequeo. Cada columna corresponde a un expediente clínico evaluado.

En cada casilla se marcará: 1 si se registró la indicación en el expediente clínico. 0 sino se encuentra, NA (No aplica), en aquellos casos en los que por situación clínica de la paciente o el contexto del establecimiento de salud no se plasma en el expediente clínico tal indicación.

Se considera que el expediente cumple cuando no existe 0 en ninguna de sus casillas.

	Número de expediente						
	ETG Criterios	1	2	3	4	5	Prom
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN							
1	Sospechó de forma oportuna la presencia de ETG						
2	Consignó en el expediente clínico los factores de riesgo de ETG						
3	Canalizó con doble vía, bránula No 16 para administrar cristaloides según pérdidas						
4	Administró dosis de toxoide tetánico según esquema de vacunación						
5	Vigiló estado neurológico, pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria. Colocación de piel y mucosas, perfusión periférica						
6	Informó a la paciente y familiar el motivo de la referencia explicando los riesgos de la condición de la paciente						
7	Llenó el consentimiento informado y la hoja de condición diaria de pacientes según normativa del manejo del expediente clínico						
8	Refirió de forma oportuna el segundo nivel de atención						
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN							
9	Garantizó funcionamiento de los accesos venosos con bránula 16 para administrar cristaloides según requerimientos						
10	Tomó exámenes de laboratorio: BHC+plaq, tipo y RH, glicemia, pruebas de función hepática y renal, radiografía de tórax, ultrasonido pélvico, cuantificación sérica de fracción B HCG						
11	Solicitó a banco de sangre hemoderivados correspondientes según la necesidad del caso: paquete globular, plasma fresco congelado, plaquetas.						
12	Vigiló estado neurológico, presión, frecuencia respiratoria, coloración de piel y mucosas, perfumes periférica						
13	Llevó a sala de operaciones para hacer evacuación uterina bajo anestesia						
14	Realizó seguimiento seriado con HCG en establecimiento de salud de II nivel						
15	Administró dosis Anti D en paciente RH negativo no aloinmunizada						
16	Refirió oportunamente a oncología en caso de ser necesario						
17	Brindó información sobre métodos						
	Expediente cumple:						
	Promedio Global:						

DISEÑO METODOLÓGICO

❖ Tipo de estudio

El tipo de investigación es descriptivo y según la secuencia en el tiempo es de corte transversal.

❖ Lugar de estudio

El estudio se realizó en el servicio de complicaciones del Hospital Bertha Calderón Roque. El cual es un hospital escuela y de referencia a nivel nacional, quien atiende problemas de la salud de acuerdo a su perfil Gineco-obstétrico, ubicado del centro comercial Zumen 1c al oeste en zona Managua-Nicaragua.

❖ Período de estudio

Año 2018-2019

❖ Universo

Fue conformado por un total de 28 pacientes ingresadas con diagnóstico de embarazo molar del Hospital Bertha Calderón Roque

❖ Muestra

Fue conformado por un total de 28 pacientes con diagnóstico de embarazo molar que cumplieron los criterios de inclusión

❖ Unidad de análisis

✓ Criterios de inclusión

- Pacientes con expedientes clínico completo y disponible en el servicio de archivo

✓ Criterios de exclusión

- Todas aquellas pacientes con expediente clínico incompleto, protocolo y lista de chequeo.

❖ **Recolección de la información**

La recolección de información se realizará tomando en cuenta tomando como fuente de información:

Las tarjetas de registro de patología del servicio de estadística.

Los expedientes clínicos del servicio de archivo.

Para la valoración del manejo y seguimiento usaremos la lista de chequeo Basado en Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. MINSA, septiembre 2018. Además, cada columna corresponde a un expediente clínico evaluado con el diagnóstico de Embarazo Molar. Cada casilla se marcará: 1, y NA (No Aplica), en aquellos casos en los que por situación clínica de la paciente o el si se registró la indicación en el expediente clínico y si el criterio evaluado es satisfactorio (si cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se cumple) se anotó 0. La casilla de Expediente Cumple, se marcó con 1 solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios. En donde los datos que se obtendrán se tabularon y se procesaron por medio del programa IBM SPSSstatistics 19 y se organizaron por medio del programa Microsoft Word 2010 la cual se expresaron en forma de tabla y gráficos

Plan de análisis: Los datos serán procesados utilizando el método electrónico computarizado, mediante el programa IBM SPSS 19 para el análisis de los datos se utilizarán medidas de frecuencia.

Aspectos éticos: En esta investigación se consideró las normas éticas en relación a investigación en seres humanos (según la declaración de Helsinki); donde se garantizó la total confidencialidad de los datos de los expedientes

clínicos revisados. Al igual que el uso adecuado de los datos con carácter académico para el hospital Bertha Calderón Roque

ENUNCIADOS DE LAS VARIABLES POR OBJETIVOS

Objetivo No 1: Señalar las características sociodemográficas de la población a estudio.

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

Objetivo No 2: Identificar las características Gineco-obstétricos del grupo de pacientes a estudio.

1. Gestas previas
2. Aborto previo
3. Embarazo ectópico previo
4. Embarazo previo de término
5. Antecedentes de mola hidatiforme

Objetivo No 3: Valorar la aplicación de los criterios diagnósticos según protocolo para el manejo de embarazo molar.

1. Criterios diagnostico
2. Valoración diagnostica

Objetivo No 4: Determinar el nivel de cumplimiento de las medidas generales según

1. Grado de cumplimiento de medidas generales

Objetivo No 5: Determinar el nivel de cumplimiento en el tratamiento según protocolo de manejo de embarazo molar.

1. Grado de cumplimiento de tratamiento utilizado

Objetivo No 6: Valorar los criterios del alta según protocolo de manejo de embarazo molar.

1. . Criterios de alta

Objetivo No 7: Evaluar el control y seguimiento en las pacientes a estudio según protocolo de manejo de embarazo molar.

1. Medidas de control y seguimiento

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivo No 1: Señalar las características sociodemográficas de la población a estudio.

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, el que se mide por unidad de tiempo	Años	>19 20-30 30-40 <40
Procedencia	Lugar de donde se origina o proviene el individuo	Lugar de procedencia	Urbano Rural
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado	Año aprobado	Analfabeta Sabe leer Preescolar Primaria Secundaria Universidad
Ocupación	Actividad laboral que desempeña la paciente en estudio	Labor que desempeña	Ama de casa Agricultora Comerciante Estudiante Otra

Objetivo No 2: Identificar las características Gineco-obstétricos del grupo de pacientes a estudio.

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Gestas previas	Número de veces que la paciente ha quedado embarazada.	Número de embarazos	Primigesta Bigesta Multigesta Gran Multigesta
Aborto previo	Número de pérdidas gestacionales	Número de abortos	1-2 3-4 5 ó mas
Embarazo ectópico previo	Implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina ya sea por retraso, desviación o imposibilidad de la migración hacia ella o, por anticipación de la capacidad de implantación del huevo.	Número de embarazos ectópicos	1-2 3-4 o más
Antecedentes de mola hidatiforme	Es una enfermedad degenerativa del trofoblasto que se caracteriza por una hiperplasia trofoblástica y por la tumefacción edematosa de las vellosidades coriónicas.	Número de embarazos molares	1-2 3 ó más

Objetivo No 3: Valorar la aplicación de los criterios diagnósticos según protocolo para el manejo de embarazo molar.

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Criterio diagnósticos	Identificación de: Hemorragia uterina anormal, crecimiento uterino mayor al esperado por edad gestacional, ausencia de frecuencia cardíaca fetal, Presencia de quistes tecaluteínicos a nivel del ovario, Hiperemésis gravídica, hipertensión gestacional en las primeras 20 SDG, niveles elevados de hormona gonadotropina coriónica, en el primer trimestre el embarazo	Según indicador lista de chequeo	Si o No
	Identificación de: Patrón difuso ecogénico mixto (zonas hiperecoicas y zonas hipoecoicas) (patrón en “panal”, “copos de nieve” “tormenta”) y presencia de quistes tecaluteínicos en el ovario, mediante ultrasonido	Según indicador lista de chequeo	Si o No
Valoración diagnóstica	Identificación de: <ul style="list-style-type: none"> • Manifestaciones clínicas: Formas Clínicas, signos y síntomas • Realización de auxiliares diagnóstico 	Según indicador lista de chequeo	Si o No

Objetivo No 4: Determinar el nivel de cumplimiento de las medidas generales según

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Grado de cumplimiento de medidas generales	Canalizar con bránula No16 o mayor calibre disponible, al menos dos vías disponibles	Según indicador lista de chequeo	Si o No
	Administrar con solución salina normal: paciente estable 1000cc en 6 horas		
	Se repondrá líquidos y hemoderivados según pérdidas		
	Administrar dT según esquema		
	Suspender vía oral		

Objetivo No 5: Determinar el nivel de cumplimiento en el tratamiento según protocolo de manejo de embarazo molar.

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Grado de cumplimiento del tratamiento utilizado	Controles de: estado neurológico, signos vitales, coloración de piel y mucosas, perfusión periférica (llenado capilar, cianosis central o periférica, frialdad periférica)	Según indicador lista de chequeo	Si o No
	Garantizar dos vías de acceso venoso de acuerdo a las condiciones hemodinámicas de las pacientes, si existe cuadro de shock hipovolémico tratar de acuerdo al protocolo del mismo		
	Realizar exámenes de laboratorio: biometría hemática completa, glucemia, creatinina examen general de orina, grupo y Rh, Radiografía PA de tórax, pruebas de funcionamiento hepático y renal		
	Cuantificación de fracción beta de HCG basal (antes de la evacuación).		
	Preparar 1000 ml de paquete globular.		
	Evacuar Mola en sala de operaciones bajo anestesia		

Objetivo No 6: Valorar los criterios del alta según protocolo de manejo de embarazo molar.

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Criterios de alta	Estabilidad hemodinámica	Según indicador lista de chequeo	Si o No
	Sin sangrado transvaginal		
	No hay datos de malignidad		
	Paciente que cumplirá de forma ambulatoria el seguimiento para evaluar los niveles de B HCG		

Objetivo No 7: Evaluar el control y seguimiento en las pacientes a estudio según protocolo de manejo de embarazo molar.

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Control y seguimiento	Control y seguimiento de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Consejería y apoyo ➤ Detección y tratamiento temprano de la anemia ➤ Seguimiento con B HCG los días 1,7,14 y 21 post-evacuación y control con normograma para documentar el descenso normal, seguir criterios abajo descritos para referencia oportuna a oncología 	Según indicador lista de chequeo	SI o No
	Seguimiento mensual por 6 meses con B HCG o hasta obtener dos ediciones consecutivas negativas(>5mlui/ml)	Expediente clínico	SI o No

RESULTADOS

Se hizo una revisión de un total de 28 pacientes que corresponden a casos de mola hidatiforme, todas ellas ingresadas en el servicio de maternidad del Hospital de referencia nacional Bertha Calderón Roque, dichas pacientes corresponden a noviembre del año 2018 a diciembre del año 2019.

A. Características sociodemográficas.

Edad: Encontramos que en relación al grupo comprendido entre las edades menores de 19 años con un total de 15 (53.5%) de pacientes, seguido del grupo comprendido entre 20-34 años con un total 8(28.5%) pacientes y el grupo mayor de 35 años con un total de casos de 5(18%) de pacientes en estudio. Ver tabla N°1

Procedencia: Encontramos que 25(89%) pacientes son de procedencia urbana, un 3(11%) del total de los pacientes son de procedencia rural. Ver tabla N°1

Escolaridad: Dentro de los casos revisados encontramos que 18(64.3%) de las pacientes tienen un nivel académico mayor o igual a secundaria, seguido de 9(32.1%) del total de pacientes con un nivel académico menor o igual a primaria y 1(3.6%) de las pacientes que son analfabetas. Ver tabla N°1

Ocupación: Se obtuvo que el total de los casos 28(100%) son amas de casa. Ver tabla N°1

B. Antecedentes gineco-obstétricos.

Gestaciones: Obtuvimos que 12(43%) pacientes son primigestas, seguido de un 8(28%) corresponden al grupo de bigestas, un 5(18%) de los pacientes corresponde al grupo de

pacientes que son multigestas y 3(11%) casos que pertenece al grupo de gran multigesta del total de los pacientes. Ver tabla N°2

Aborto: En relación del total de las pacientes encontramos que 10(36%) tienen antecedentes de abortos de total de casos estudiados y un 18(64%) restante corresponde a pacientes sin abortos previos. Ver tabla N°2

Antecedentes de embarazo ectópico: Del total de los casos, se encontró que 28(100%) de los pacientes no tienen este antecedente. Ver tablaN°2

Antecedentes de mola hidatiforme: Obtuvimos como parte de los resultados que el 27(96.4%) de los pacientes no tenían este antecedente y que el 1(3.6%) del total de los pacientes tenían dicho antecedente. Ver tabla N°2

Diagnóstico de mola hidatiforme:

Basado en el examen físico realizado a mujeres que participaron en nuestros estudios se obtuvo que 1(3.6%) presento sangrado transvaginal anormal, seguido de 27(96.4%) de las pacientes presentaron crecimiento uterino mayor de lo esperado para la edad gestacional, acompañado de 27(96.4%) de ausencia de frecuencia cardiaca fetal, se identificó que 0(0%) de las pacientes en estudio no presento hiperémesis gravídica y que 1(3.6%) del total presentaron hipertensión gestacional en las primeras 20 semanas de gestación. Ver tabla N°3

Reporte ultrasonografico: En relación a los casos se encontró que 27(96.4%) de las pacientes presento un patrón en panal o copos de nieve, seguido de 5(18%) presento un patrón difuso ecogénico mixto y un 12(43%) en el ultrasonido se encontró presencia de quistes tecaluteínicos en el ovario. Ver tabla N°3

Examen de laboratorio: Dentro del control de los niveles de hormonas gonadotropina coriónica en el primer trimestre del embarazo se realizó a las 28 (100%) de las pacientes.

Ver tabla N°3

Medidas Generales:

Con respecto a las medidas según protocolo que comprenden canalización con doble vía, bránula 16 para administrar cristaloides según pérdidas se le realizó a las 28(100%) pacientes, se encontró que el 96.4% (27) de los pacientes no se le administró dosis de toxoide tetánico, con respecto a los exámenes de laboratorio BHC+plaquetas se le realizó a todas las pacientes 28(100%), seguido del tipo y Rh 28(100%), se encontró que a 1(3.6%) no se le realizó prueba de glicemia, seguido de función hepática y renal se le realizó a 28 pacientes (100%), la radiografía de tórax con un 28(100%), se encontró que el ultrasonido pélvico se realizó a un total de 28(100%), seguido de 28 pacientes (100%) se realizó cuantificación de HCG, perfil tiroideo se realizó a 27(96.4%) pacientes del total. Con respecto a que, si solicito a banco de sangre hemoderivados correspondientes según necesidad del caso, si se vigiló el estado neurológico, presión arterial, frecuencia respiratoria, pulso periférico, coloración de piel y mucosas, llegó a sala de operaciones para realizar evacuación uterina bajo anestesia, realizó seguimiento con HCG, se refirió oportunamente a oncología en caso de ser necesario y brindó información sobre métodos a utilizar se realizó a las 28(100%) de total de las pacientes en estudio. Ver tabla N°4

Criterios para valorar el alta:

Se obtuvo un resultado que a las 28(100%) pacientes se dieron de alta con buena estabilidad hemodinámica, no había datos de sangrado en las 28(100%), seguido de los datos de malignidad, que no se encontró en las 28(100%) pacientes. Solo una paciente,

presento disminución de los niveles de HCG, ya que el resto se contrarrefirió a sus correspondientes unidades de salud. Ver tabla N°5

Seguimiento:

Observamos que a las 28(100%) pacientes recibieron consejería y apoyo, seguido de detención y tratamiento temprano de la anemia a las 28(100%), el seguimiento de B-HCG los días post evacuación es 1(3.6%) se le dio seguimiento en el primer día y séptimo día. En el seguimiento mensual por 6 meses obtuvimos que un 3.6%(1) cumplió este criterio. Ver tabla N°6

ANALISIS DE RESULTADOS

En el presente estudio la muestra fue conformado por un total de 28 pacientes, de las cuales una de ellas tenía antecedentes de mola hidatiforme

Entre las principales características sociodemográficas de las pacientes a estudio se encontró que el dato relevante del estudio no coincide con la literatura consultada ya que según el estudio de la Dra. Fátima Moncayo y colaboradores en Ecuador encontró mayor prevalencia en mujeres de edades fértiles comprendida entre 25 y 39 años, el cual concuerda con el estudio del Br. Kevin Mejía y Br. Mario Cerda, mientras que nosotros obtuvimos que la prevalencia se da en las edades menores de 19 años, el cual coincide con la literatura internacional, porque se presenta en los extremos de la vida, esto llama poderosamente la atención ya que son adolescente, cuyo riesgo de complicaciones son altísimas , como es el embarazo molar. Sin embargo, conocemos que la causa principal son los cromosomas paternos, pero no deja incluir la falta de madurez del adolescente en el embarazo.

Cuando analizamos la procedencia, encontramos que tres del total de los pacientes son de procedencia rural y veinte cinco de ellas son de procedencia urbana, ya que en vista que el hospital es de referencia nacional, en donde son enviadas las pacientes de diferentes regiones y esto no coincide con el estudio del Br. Kevin Mejía y Br. Mario Cerda, en donde el 90% de sus pacientes procedían del área rural, esto significa que la patología, no solo se presentan en estas regiones, sino también en mujeres que viven en la ciudad y que tienen la posibilidad de presentar un embarazo molar. Además, esto nos hace pensar que existe algún tipo de factor medio ambiental que puede estar induciendo la presentación de los casos en esta área.

En este estudio la mayoría son pacientes con un nivel de secundaria de un 64.3%, que tomando en cuenta la edad de las pacientes, se relacionan directamente, porque son menores de 19 años de edad y su nivel de escolaridad no es amplio, entonces aquí se junta dos factores de riesgo importantes, como es la edad y el nivel de escolaridad, porque está bien evidenciado que entre mejor nivel de escolaridad posean, se realiza mejor captación y además que van a poner en práctica las recomendaciones por el personal de salud. Por ende, esto es una realidad en este país, en donde la mujer en la actualidad comienza su vida sexual a temprana edad y esto conlleva a que no terminen sus estudios. Además, esto nos deja en claro que la educación repercute en el comportamiento sexual responsable y de esta manera disminuir el número de embarazos no deseados, la falta de esta priva a las mujeres del conocimiento sobre sexualidad humana y de métodos anticonceptivos seguros y la adecuada utilización de estos. Este dato coincide con el estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque por el Br. Kevin Mejía y Br. Mario Cerda en el año 2014-2016 que evidenció que la mayoría de las pacientes en su estudio eran de escolaridad primaria y seguida de secundaria.

Al analizar la ocupación nos encontramos que del 100% de las pacientes referían ser amas de casa lo que es una característica común de las mujeres en nuestro país, la realidad es que el hecho de ser ama de casa es la tarea más ocupada que pueden tener las mujeres, ya que su dedicación a las labores del hogar influyen directamente en el tiempo para ir a una unidad de salud, ya que muchas de ellas se embarazan y se dan cuenta hasta 3 o 4 meses después y el ser ama de casa, ellas dedican menos tiempo a la salud, ya que priorizan sus actividades y por ende no se les da un seguimiento completo de su control prenatal, siendo estas una de las causas para diagnosticar a

tiempo una mola hidatiforme, el cual tiene relación directa con la literatura consultada y los estudios nacionales que enfocan resultados similares con respecto a la ocupación.

En relación a los antecedentes gineco-obstétricos es llamativo de que unas de las pacientes en estudio tiene antecedentes de embarazo molar y diez pacientes tiene antecedente de abortos previo. Según la literatura que cuando se tiene el antecedente de un embarazo molar se incrementa el porcentaje de presentarse un embarazo molar, el cual se comprueba en este paciente que ya había presentado uno y nuevamente presenta el mismo resultado. En cuanto al reporte ultrasonografico la mayoría de las pacientes presento un patrón en panal o copos de nieve el cual según la Dra. Fátima Moncayo y colaboradores en Ecuador, es importante para el diagnóstico confirmatorio y que según la literatura consultada en el medio de ayuda para el diagnóstico esencial para poder identificar la imagen radiológica descrita.

En el acápite del protocolo de mola hidatiforme emitido por el MINSA encontramos lo siguiente:

1. a) En los criterios del diagnóstico encontramos que del total de pacientes estudiadas es fundamental el examen físico en el primer trimestre para sospechar de mola hidatiforme tomando en cuenta: hemorragia uterina anormal, crecimiento uterino mayor al esperado por edad gestacional, ausencia de frecuencia cardíaca fetal, presencia de quistes tecaluteínicos a nivel del ovario, hiperemésis gravídica, hipertensión gestacional en las primeras 20 SDG y niveles elevados de hormona gonadotropina coriónica.

Y con relación al protocolo en este grupo de mujeres y se observó que se cumplió los siguientes criterios:

En relación a las medidas generales sobre mola hidatiforme, se obtuvo un nivel de cumplimiento de 96.4% con respecto a las medidas generales, porque un 3.6% no se le realizaron todos los exámenes orientados con respecto al protocolo de mola hidatiforme. Po lo tanto se concluye que no se cumplió en un 100%.

Con respecto a los criterios de alta se obtuvo un resultado de cumplimiento de un 100%, ya que se realizó una buena estabilidad hemodinámica en estas pacientes además del control y seguimiento de los niveles de HCG en sus respectivas unidades de salud, lo cual es un indicador de contrarreferencia oportuna para su seguimiento en un segundo nivel de atención.

Al analizar el seguimiento en esta paciente en estudio, se observó que en 3.6% se cumplieron con los criterios para un seguimiento subsecuente de los niveles de HCG post evacuación de un embarazo molar con respecto a los días. Ya que solo a una de ellas se le dio un seguimiento mensual por seis meses en esta unidad hospitalaria, el cual nos indica que no se está cumpliendo correctamente con este parámetro para evaluar la evolución de la paciente y poder identificar un coriocarcinoma, ya que no se tiene una vigilancia estricta de estas pacientes el cual representa un gran factor de riesgo en ellas. Además, esto coincide con la literatura consultada del Br. Kevin Mejía y Br. Marío Cerda ya que ellos concluyen que no a todas las pacientes se les da un buen seguimiento y control después de su evacuación.

CONCLUSIONES

1. La población en estudio se caracteriza por ser adolescente, de procedencia urbana, con un nivel académico de secundaria y siendo ama de casa.
2. En relación a los datos Gineco-obstetras, la población se caracteriza por ser bigesta, con antecedentes previos de aborto y con una paciente con antecedente embarazo molar.
3. En relación al examen físico, se cumplió en un 100%, ya que en su mayoría presentaron útero mayor de las semanas de gestación con ausencia de frecuencia cardíaca fetal y solo una paciente con sangrado transvaginal anormal; con un patrón radiográfico en copos de nieve con relación de la hormona gonadotropinica coriónica humana el cual se cumplió en un porcentaje del 100%.
4. En relación a las medidas generales se cumplieron en un 96.4%, ya que se incumplió en el perfil tiroideo, aplicación de toxoide tetánico y valoración de glicemia.
5. Al analizar el manejo y tratamiento este se cumplió al 100%.
6. Al valorar los criterios de alta se cumplieron en un 100%
7. En el control y seguimiento solo se cumple en un 3.6% solo a una paciente se le dio seguimiento según norma.
8. El nivel de cumplimiento del protocolo de manejo y seguimiento del embarazo molar, en su mayoría fue en un 96% considerado como no satisfactorio.

RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del ministerio de salud junto con los doctores del SILAIS, aplicar de forma veraz el cumplimiento del trabajo de terreno en la captación de todas las embarazadas de forma oportuna y reportar al control prenatal.
2. A los directores del SILAIS y junto con los directores de centros de salud a nivel central establezcan un mecanismo de supervisión efectiva en el cumplimiento de la normativa de un control prenatal eficiente identificando a aquellas pacientes que con sus factores de riesgo pueden complicarse su estado de salud.
3. A médicos de centros de salud incluyendo Gineco-obstetras realizar las pesquisas necesarias para diagnosticar un embarazo molar de forma oportuna y refiriendo a un nivel de mayor resolución.
4. A las autoridades hospitalarias y jefes de servicios, crear un mecanismo de evaluación en la aplicación del protocolo del manejo del embarazo molar.
5. A las autoridades docentes del hospital Bertha Calderón Roque junto a la dirección de servicio social de este hospital, verificar a través de la red social, el control y seguimiento, tomar en cuenta los resultados de este estudio para que se realice un abordaje eficaz de ese tipo de patología.

Bibliografía

- D. Escribano, M. G. (2003). Embarazo Molar. *Protocolos Sesgo*, 70-74.
- Dr. Lazcano Pizarro, D. T. (Mayo de 2014). Comportamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes expuesta a químicos en el hospital básico pelileo. Ecuador, Ecuador.
- León, D. J. (26 de Septiembre de 2014). Incidencia de enfermedad del trofoblasto gestacional. Guatemala, Guatemala.
- León, D. L. (2016). Embarazo molar en primegesta, factores de riesgo y complicaciones. Ecuador.
- M.Riegé, P. (2018). Enfermedad trofoblastica gestacional. *FASGO*, 13.
- Martínez, D. L. (Enero de 2013). Características clínicas, manejo y seguimiento en pacientes con mola hidatiforme ingresadas en el servicio de ARO en el HEODRA
- Moncayo, F. (2016). Incidencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Ecuador.
- Mejía, K., & Cerda, M. (Abril de 2014). Factores asociados al embarazo molar en mujeres en edad reproductiva atendidas en el HBCR. Managua, Nicaragua.
- MINSA. (2018). *Protocolo para la atención de complicaciones obstetricas*. Managua.

- R.Durón, P. (03 de 2018). Enfermedad trofoblastica gestacional. *asociación Costarricense de Medicina Legal y Diciplinas Afines*, 35, 14.
- Solís, D. K. (12 de Enero de 2016). Descripción de las características anatomoclínicas y hallazgos patológicos de embarazo molar. Guatemala, Guatemala.
- Tutiven, D. W. (2011). *Incidencia, Manejo Obstétrico y Complicaciones del Embarazo Molar*. Guayaquil-Ecuador.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Evaluar el cumplimiento del protocolo de atención MINSA en el abordaje del embarazo molar en el hospital Bertha Calderón Roque, durante el año 2018- 2019

Datos socio-demográficos

Edades: >19_____ 20-34_____ <35

Procedencia: Rural: _____ Urbana: _____

Escolaridad: Analfabeta: _____ Sabe leer: _____ Primaria: _____ Secundaria: _____
Universidad: _____

Ocupación: Ama de casa: _____ Agricultora: _____ Comerciante: _____ Estudiante: _____
Otra: _____

Características obstétricas

Gesta: _____ Aborto: _____ Embarazo ectópico previo: _____ antecedentes de mola hidatiforme: _____

El diagnostico se basó en

Examen físico

Sangrado transvaginal anormal_____

Crecimiento uterino mayor a lo esperado para la edad gestacional_____

Ausencia de frecuencia cardiaca fetal_____

Hiperemesis gravídica_____

Hipertensión gestacional en las primeras 20 semanas de gestación_____

Expulsión de vesículas_____

Reporte de ultrasonografico

Presencia de quistes tecaluténicos en el ovario_____

Patrón difuso ecogénico mixto (zonas hiperecoicas y zonas hipoecoicas)

Patrón en panal o copos de nieve_____

Examen de laboratorio

Nivel de hormonas gonadotropinicas coriónicas en el primer trimestre del embarazo_____

Medidas generales

Canalizó con doble vía, bránula 16 para administrar cristaloides según pérdidas **SI**_____ **NO**_____

Administró dosis de toxoide tetánico según esquema de vacunación **SI**_____ **NO**_____

Tomo exámenes de laboratorio:

BHC + plaquetas **SI**_____ **NO**_____

tipo y Rh **SI**_____ **NO**_____

Glicemia **SI**_____ **NO**_____

Pruebas de función hepática y renal **SI**_____ **NO**_____

Radiografía de tórax **SI**_____ **NO**_____

Ultrasonido pélvico **SI**_____ **NO**_____

Cuantificación sérica de HCG **SI**_____ **NO**_____

Perfil tiroideo **Sí**_____ **No**_____

Solicito a banco de sangre hemoderivados correspondientes según necesidad del caso **SI**_____ **NO**_____

Vigilo estado neurológico **SI**_____ **NO**_____

Vigilo presión arterial **SI**_____ **NO**_____

Vigilo frecuencia respiratoria **SI**_____ **NO**_____

Vigilo pulso periférico **SI**_____ **NO**_____

Vigilo coloración de piel y mucosas **SI**_____ **NO**_____

Llego a sala de operación para realizar evacuación uterina bajo anestesia **SI**_____ **NO**_____

Realizo seguimiento seriado con HCG **SI**_____ **NO**_____

Refirió oportunamente a oncológica en caso de ser necesario **SI**_____ **NO**_____

Brindo información sobre métodos a utilizar **SI**_____ **NO**_____

Criterios para valorar alta

Estabilidad hemodinámica **SI**_____ **NO**_____

No datos de sangrado transvaginal **SI**_____ **NO**_____

No datos de malignidad **SI**_____ **NO**_____

Niveles de HCG **Disminuyo**_____ **Igual**_____ **Aumento**_____

Seguimiento

Consejería y apoyo **Si**_____ **NO**_____

Detención y tratamiento temprano de la anemia **SI**_____ **NO**_____

Seguimiento de B-HCG los días, postevacuación

1 **SI**_____ **NO**_____

7 **SI**_____ **NO**_____

Control con normograma para documentar el descenso normal **SI**_____ **NO**_____

Seguimiento mensual por 6 meses con B-HCG o hasta obtener dos ediciones consecutivas negativas(>5mIU/ml) **SI**_____ **NO**_____

Tabla No.1

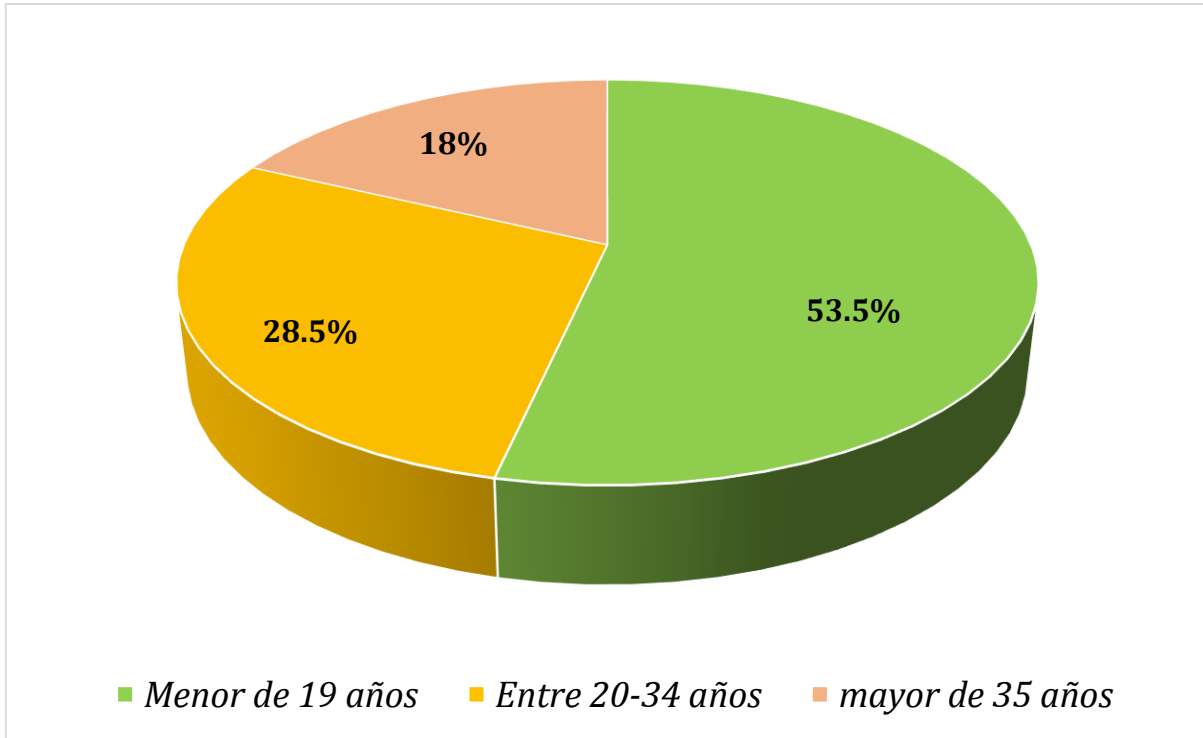
Características Demográficas de las mujeres en estudio atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2018-2019

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
Menor de 19 años	15	53.5
Entre 20-34 años	8	28.5
Mayor de 35 años	5	18.0
Procedencia		
Rural	3	11.0
Urbana	25	89.0
Escolaridad		
Analfabeta	1	3.6
Primaria	9	32.1
Secundaria	18	64.3
Ocupación		
Ama de casa	28	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes atendidas en el HBCR, Managua 2018-2019.

Grafico No.1

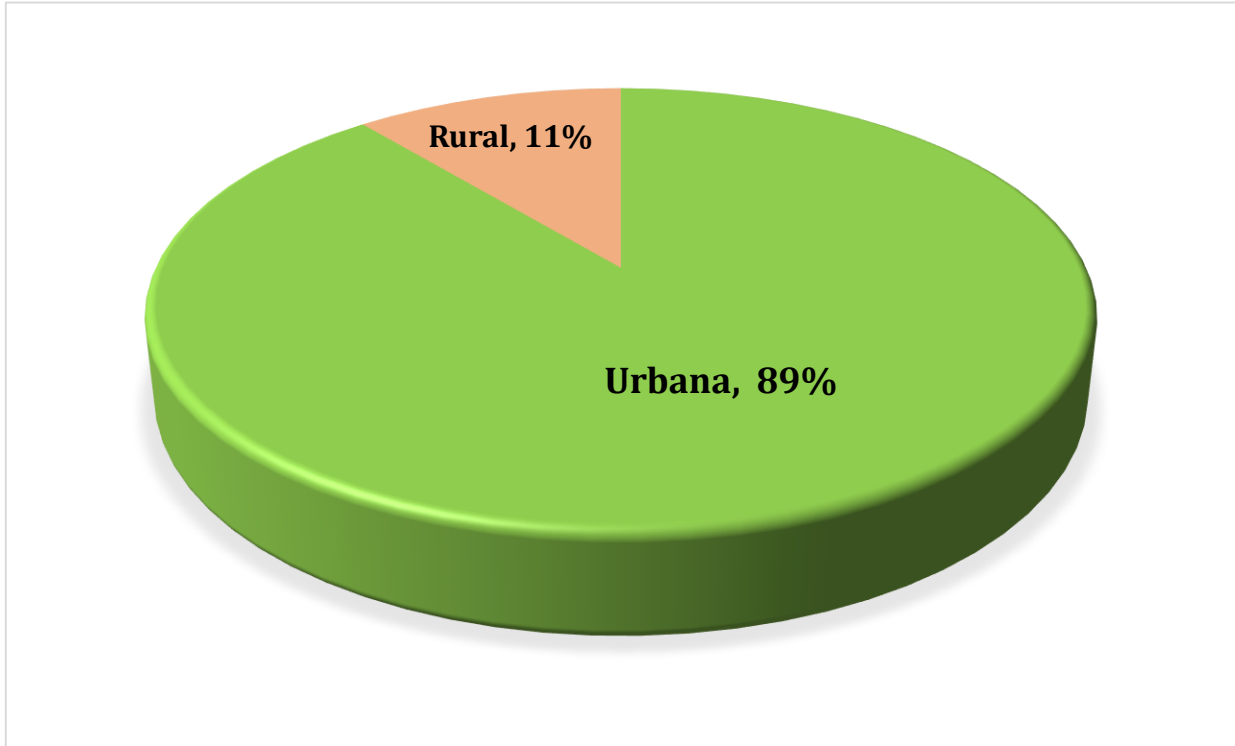
Edad de las mujeres en estudio atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2018-2019



Fuente: Tabla 1

Grafico No.2

Procedencia de las mujeres en estudio ingresadas en el servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2018-2019



Fuente: Tabla 1

Tabla No.2

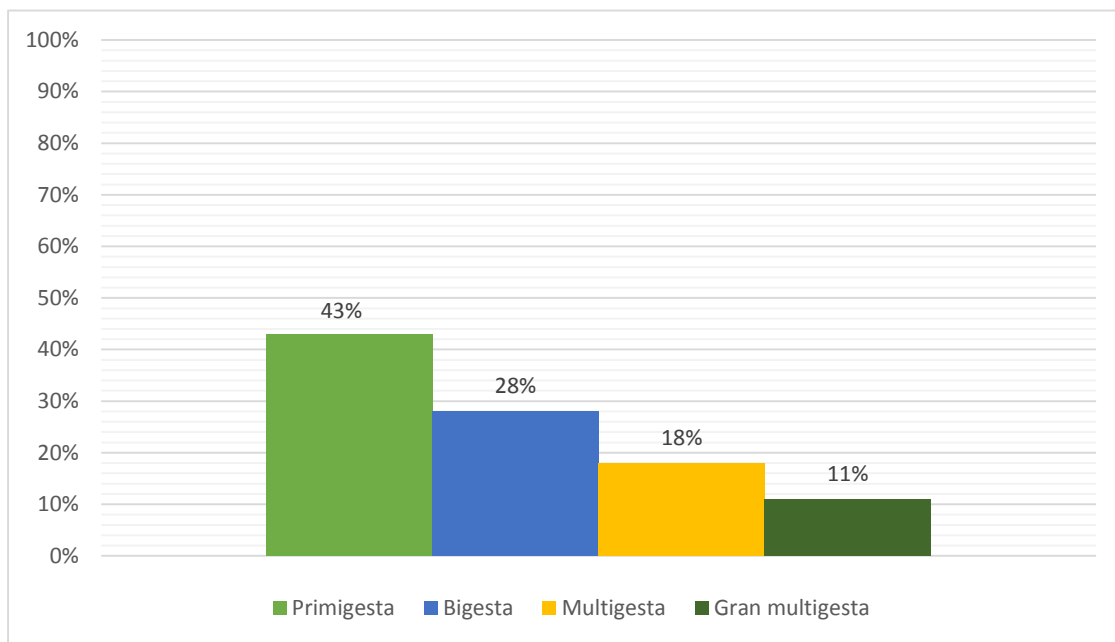
Características Obstétricas de las mujeres en estudio ingresadas en el servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2018-2019

Características obstétricas	Frecuencia	Porcentaje
Gestas		
Primigesta	12	43.0
Bigesta	8	28.0
Multigesta	5	18.0
Gran multigesta	3	11.0
Antecedentes de abortos		
Si	10	36.0
No	18	64.0
Embarazo ectópico previo		
No	28	100.0
Antecedentes de mola hidatiforme		
Si	1	3.6
No	27	96.4

Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes atendidas en el HBCR, Managua 2018-2019.

Gráfico No. 3.

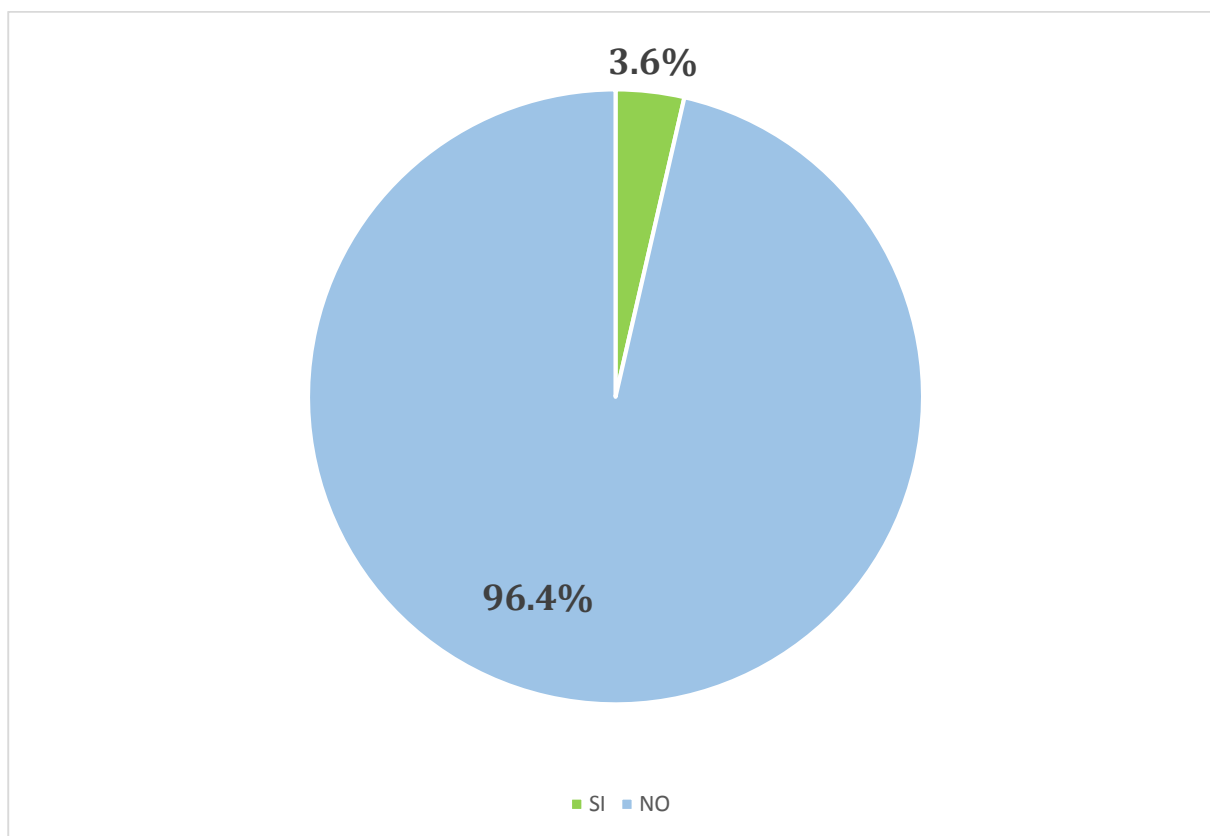
Gestas de las pacientes en estudio atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2018-2019



Fuente: Tabla No 2

Gráfico No. 4.

Antecedente de mola hidatiforme en las pacientes en estudio atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2018-2019



Fuente: Tabla No 2

Tabla No. 3.

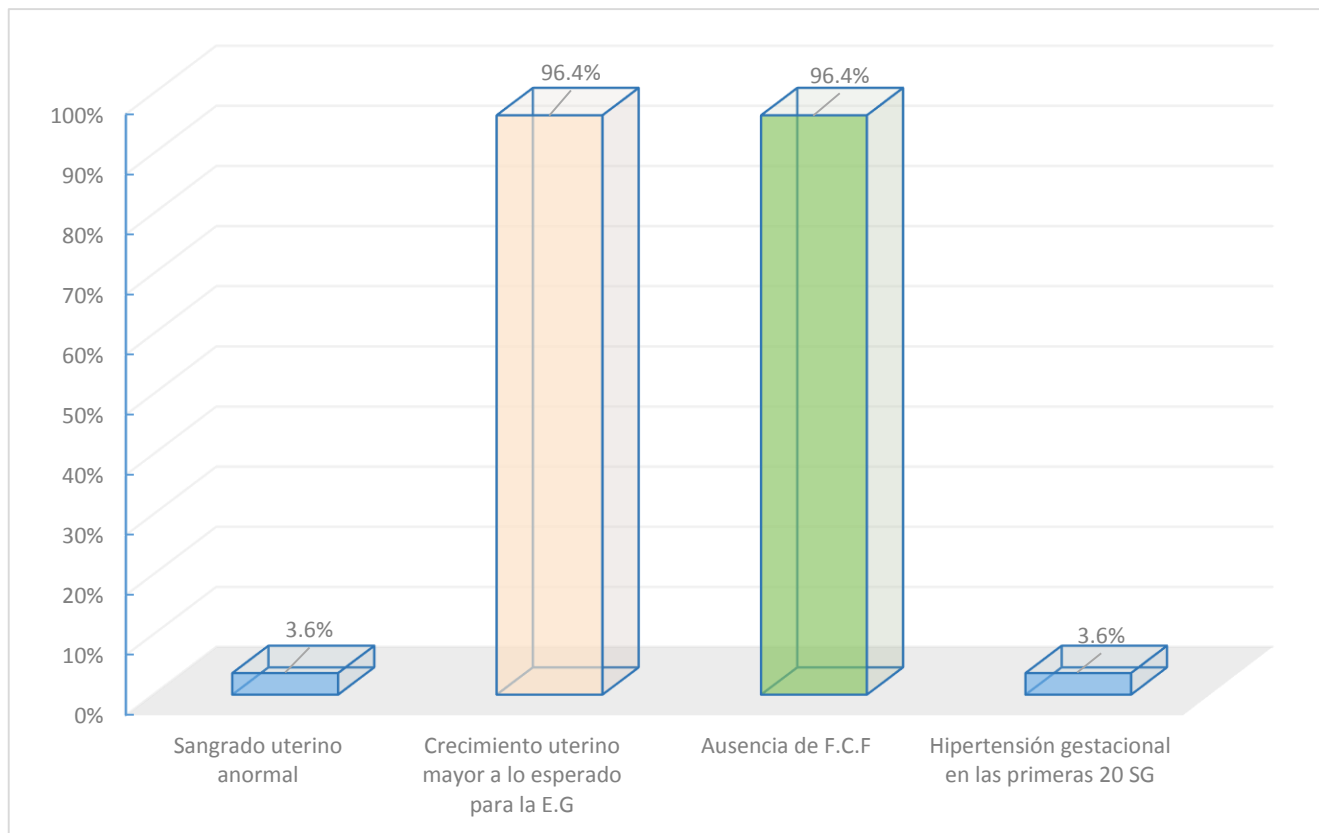
Criterios diagnósticos en las pacientes en estudio atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2018-2019

Diagnostico basado en:		Frecuencia	Porcentaje
Examen físico	Sangrado uterino anormal	1	3.6
	Crecimiento uterino mayor de lo esperado	27	96.4
	Ausencia de frecuencia cardiaca fetal	27	96.4
	Hipertensión gestacional en las primeras 20 SG	1	3.6
Reporte de ultrasonido	Reporte de quistes tecaluteínicos en el ovario	27	96.4
	Patrón difuso ecogénico mixto(zonas hiperecoicas y zonas hipoecoicas)	5	18.0
	Patrón en panal o copos de nieve	12	43.0
Examen de laboratorio	Nivel de hormonas gonadotropinicas coriónicas en el primer trimestre del embarazo	28	100.0

Fuente: Expediente clínico de las pacientes atendidas en el HBCR, Managua 2018-2019.

Gráfico No. 5.

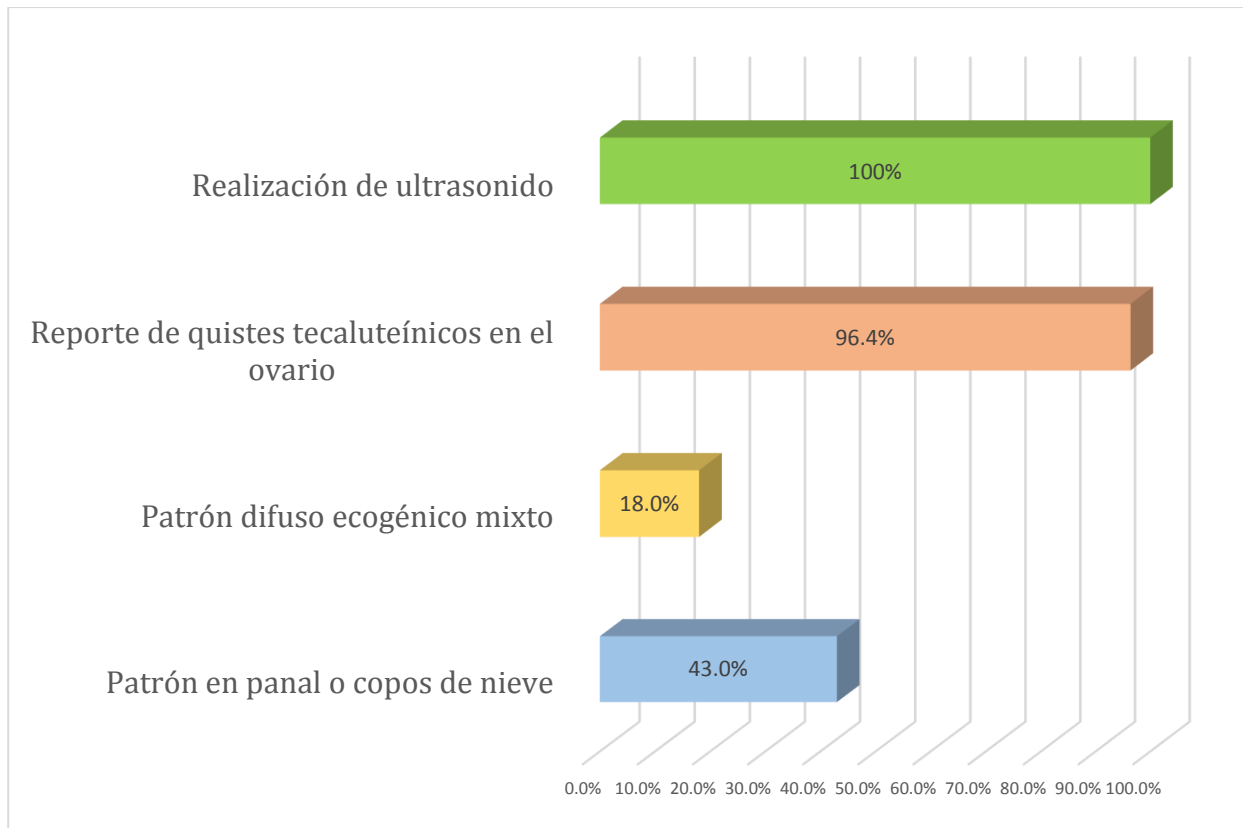
Examen físico realizado en las mujeres en estudio atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2018-2019



Fuente: Tabla No 3

Gráfico No. 6.

Reporte de ultrasonido de las mujeres en estudio atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2018-2019



Fuente: Tabla No 3

Tabla No. 4

Cumplimiento de protocolo MINSA en el abordaje del embarazo molar en el hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2018-2019

Medidas generales		Total=28		
		No	%	
1	Canalización doble vía con bránula No. 16 para administrar cristaloides, según pérdidas	28	100.0	
2	Administración dosis de toxoide tetánico según esquema de vacunación	27	96.4	
3	Exámenes de laboratorio	• BHC + Plaquetas	28	100.0
		• Tipo y Rh	28	100.0
		• Glicemia	27	96.4
		• Pruebas de función hepática y renal	28	100.0
		• Radiografía de tórax	28	100.0
		• Ultrasonido pélvico	28	100.0
		• Cuantificación sérica de HCG	28	100.0
		• Perfil tiroideo	27	96.4
4	Solicito a banco de sangre hemoderivados según necesidad del caso	28	100.0	
5	Vigilo signos vitales y estado neurológico	28	100.0	
6	Realizó en sala de operaciones evacuación uterina bajo anestesia	28	100.0	
7	Realizo seguimiento seriado con HCG	1	96.4	
8	En caso de ser necesario refirió oportunamente a oncología	N.A	N.A	
9	Brindo información sobre métodos de planificación familiar a utilizar	28	100.0	

Fuente: Expediente clínico de las pacientes atendidas en el HBCR, Managua 2018-2019.

Tabla No. 5.

Cumplimiento de los criterios de alta de las pacientes en estudio ingresadas en el servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2018-2019

<i>Se valoró alta según</i>	Si cumple	
	No.	%
<i>Estabilidad hemodinámica</i>	28	100.0
<i>No datos de sangrado transvaginal</i>	28	100.0
<i>No datos de malignidad</i>	28	100.0

Fuente: Expediente clínico de las pacientes atendidas en el HBCR, Managua 2018-2019.