

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO



EMBARAZO MOLAR

VÍCTOR ARMANDO RODRÍGUEZ LÓPEZ

Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para otorgar el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en
Ginecología y Obstetricia
Junio 2016



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El(la) Doctor(a): Víctor Armando Rodríguez López

Carné Universitario No.: 100023135

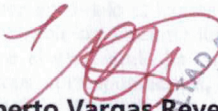
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de tesis **EMBARAZO MOLAR**

Que fue asesorado: Dra. Marisol Fuentes de Pineda

Y revisado por: Dra. Marisol Fuentes de Pineda


Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para junio 2016.

Guatemala, 13 de mayo de 2016


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Cuilapa Santa Rosa, 17 de marzo de 2016

Dr. Miguel Eduardo García
Coordinador Específico
Programa de Maestría y Especialidad
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
Presente.

El motivo de la presente es para informarle que yo Dra. Marisol Fuentes fui Asesora de la tesis titulada "**EMBARAZO MOLAR EN HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA**" DEL Dr. Víctor Armando Rodríguez López carne 100023135 para obtener el título de MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

Y para los usos legales correspondientes que el interesado convenga extendiendo la presente.

Atentamente



Dra. A. Marisol Fuentes G.
Ginecóloga y Obstetra
Cdi. 11136

Dra. Marisol Fuentes de Pineda

Asesora

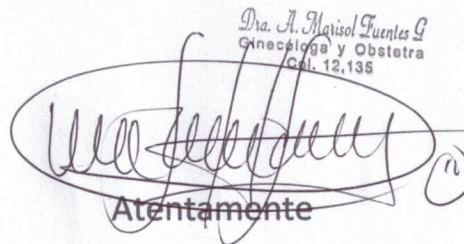
Ginecología y Obstetricia

Cuilapa Santa Rosa, 17 de marzo de 2016

Dr. Miguel Eduardo García
Coordinador Específico
Programa de Maestría y Especialidad
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
Presente.

El motivo de la presente es para informarle que yo Dra. Marisol Fuentes fui Revisora de la tesis titulada **"EMBARAZO MOLAR EN HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA"** DEL Dr. Víctor Armando Rodríguez López carne 100023135, para obtener el título MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

Y para los usos legales correspondientes que el interesado convenga extendiendo la presente.


Dra. A. Marisol Fuentes de Pineda
Ginecóloga y Obstetra
Cul. 12,135

Atentamente

Dra. Marisol Fuentes de Pineda

Revisora

Ginecología y Obstetricia

INDICE DE CONTENIDOS

	PÀGINA
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	19
IV. MATERIALES Y METODOS	20
V. RESULTADOS	23
VI. DISCUSION Y ANALISIS	34
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38
VIII. ANEXOS	41

INDICE DE TABLAS

	PAGINA
TABLA 1	24
TABLA 2	25
TABLA 3	26
TABLA 4	27
TABLA 5	28
TABLA 6	29
TABLA 7	30
TABLA 8	31
TABLA 9	32
TABLA 10	33

INDICE DE GRAFICAS

	PAGINA
GRAFICA 1	24
GRAFICA 2	25
GRAFICA 3	26
GRAFICA 4	27
GRAFICA 5	27
GRAFICA 6	28
GRAFICA 7	29
GRAFICA 8	30
GRAFICA 9	31
GRAFICA 10	32

RESUMEN

La mola hidatiforme es el producto anormal de una gestación caracterizada por la tumefacción y degeneración hidrópica de las vellosidades coriales, que tiene como característica la ausencia de vascularización y la tendencia ploriferativa del epitelio de revestimiento, clásicamente la mola hidatiforme se ha dividido en dos grupos principales: la mola completa y la mola parcial. La mola clásica o completa no presenta feto o embrión y contiene un cariotipo 46 XX o 46 XY. Mientras que la mola parcial o incompleta se acompaña de embrión, feto, o saco gestacional con un cariotipo triploide, 69 XXY.

El propósito de esta investigación fue determinar la incidencia de embarazo molar en el hospital regional de Cuilapa del 1 de enero del 2012 al 30 de Junio del 2014. Con un universo estudiado de 42 pacientes. La metodología fue de tipo descriptivo – transversal, los resultados obtenidos expresaron que el mayor porcentaje de pacientes que presentan embarazo molar están comprendidas entre 16 a 20 años con un 52 %, el lugar de origen que tuvo mayor frecuencia fue Nueva santa Rosa con un 27%, el 95% de los ingresos son pacientes de raza ladina y un 5% de raza indígena que reside en el departamento de Santa Rosa.

El 70% eran primigestas, la edad gestacional de 12 y 15 semanas fue la más frecuente con un 45%, el mayor motivo de consulta fue sangrado vaginal con 45%, 62% de pacientes tienen sangre o positivo y el método más utilizado para el diagnóstico fue el ultrasonido con un 57%.

El tratamiento utilizado en el hospital fue aspiración manual endouterina con 86% y solo el 11% tuvo como complicación la anemia.

I. INTRODUCCIÓN:

El embarazo molar se ha conocido desde hace siglos y es una de las neoplasias trofoblásticas gestacionales más frecuentes, es benigna pero sí no se le da el tratamiento y seguimiento adecuado se puede convertir en un proceso maligno como lo es un coriocarcinoma.¹

Siendo Guatemala un país con alta incidencia de embarazo molar según revista médica de la asociación de médicos de Guatemala en 2007, se presente en 1 por cada 704 embarazos, además siendo un país subdesarrollados en el cual su población en un 80% es de nivel socioeconómico bajo con una dieta inadecuada que no cumple con los requerimiento básicos, además el inicio de una vida sexual activa a temprana edad, hace ser un grupo de riesgo para este tipo de patología.²

La incidencia de esta patología es 1 de cada 1000 embarazadas en otros países de Latinoamérica, alcanzan el máximo en mujeres de 15 años o menores y en las de 45 años o mayores.¹ La mujer con un embarazo molar previo tiene mayor peligro de que en un embarazo futuro se presente otro embarazo molar.¹ El hecho de contar con ecosonografía y con la medición cuantitativa de los niveles séricos de Hormona gonadotrofina, permite el diagnóstico más temprano.² La hemorragia uterina es un signo casi unánime y varía desde una gota de sangre hasta muy abundante.³ La mortalidad de embarazos molares ha disminuido prácticamente a cero gracias al diagnóstico expedito y al tratamiento apropiado. Sin embargo en nuestro medio sigue siendo un problema importante debido a que su diagnóstico y tratamiento oportuno son fundamentales, representa un problema de difícil manejo y se asocia a morbilidad y mortalidad.

Este informe tuvo los siguientes objetivos: determinar la incidencia de embarazo molar en el periodo de enero 2012 AL 30 junio 2014, revisar la edad y grupo etario más afectada , paridad de la paciente, signos y síntomas frecuentes, medio diagnóstico utilizado y tratamiento realizado, para proporcionar un marco para las directrices futuras en la investigación de esta patología.

Este estudio se centró en esta patología para establecer un vínculo decisivo en el manejo, estableciendo un estudio necesario de forma descriptiva, sobre la incidencia de embarazo molar, así obtener datos estadísticos en el hospital regional de Cuilapa en el departamento de ginecología y obstetricia, dada la falta de literatura respecto al tema en nuestro medio, se realizó por medio de la revisión de expedientes clínicos de enero 2012 a junio del 2014, utilizando una boleta de recolección de datos, a través de los cuales se obtuvo resultados que revelan la magnitud de esta patología en el hospital regional de Cuilapa.

II. ANTECEDENTES

2. ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

La enfermedad del trofoblasto en su condición de patología persistente o de malignidad es “Un modelo de cáncer”, en cuanto a que posee una condición precursora identificable como la Enfermedad Molar.³

Está asociada siempre a un marcador tumoral, la hormona gonadotrofina coriónica humana (HCG).³ Es la misma molécula que se produce en los embarazos normales y tiene gran importancia en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad trofoblástica.³

Las molas hidatiformes representan una placenta anormal, asociada a un incremento en el riesgo de desarrollar enfermedad trofoblástica gestacional persistente, y coriocarcinoma.⁴

2.1 Antecedentes

Marchand (1895) describió y delimitó ambas enfermedades (mola hidatiforme - corioepitelioma) en forma perfecta, desencadenando controversias en la diferenciación de los caracteres histológicos diferencias entre sí.⁵

Hertin (1945) observó que cuando hay un deficiente desarrollo del trofoblasto existen angioblastos en las vellosidades del corion del 13 al 17 día del desarrollo, además acepta que un edema de las vellosidades durante su desarrollo precoz puede ocasionar una persistencia del trofoblasto que puede desembocar en el cuadro de hiperplasia trofoblástica.⁵

Bardawil y Toy (1989) informan que la metástasis de los tumores trofoblásticos pueden remitir e incluso desaparecer.⁵

Koren y Col (1999) en prácticas bajo técnicas de fluorescencia en algunos animales indican que las células trofoblásticas son potencialmente

antígenas, más no se sabe por qué no se manifiestan.⁵

Berhrman y Col. (2004) dan aspectos importantes de la reacción inmunológica, y señalan que el trofoblasto es especialmente antígeno y produce anticuerpo contra el embarazo.⁵

2.2 Factores de Riesgos

- Una gestación molar previa.
- Pacientes con edad en los extremos del período reproductivo (menor de 20 años o mayor de 45).
- Gestación gemelar previa.
- Paridad elevada.
- Primiparidad.
- Malnutrición.

2.3 Tipos de enfermedad trofoblástica de la gestación.

Clasificación de la enfermedad trofoblástica de la gestación

Lesiones molares

Mola hidatiforme

Completa Parcial

Mola invasiva

Lesión no molar

Coriocarcinoma

Tumor trofoblastico del sitio de implantación

Tumor trofoblastico epitelioides

Tumores trofoblásticos misceláneos

Reacción trofoblástica en el sitio de implantación

Nódulo en el sitio de implantación placentaria

Lesión Trofoblástica no clasificada

Fuente: Clasificación de la OMS (Scully RE y col. 1994, modificada por Shih IM y col. 2006).

En 1979 la Sociedad Internacional para el estudio de las Neoplasias Trofoblásticas, propuso la clasificación en estadios clínicos, aceptada por la OMS, la FIGO y la SEGO y diferenció.⁶

- Mola o embarazo molar, con bajo o alto riesgo
- Enfermedad trofoblástica persistente (ETGP) con los estadios I-IV dependiendo de la extensión de la lesión y de que sea: con o sin metástasis y de alto o bajo riesgo

Desde el punto de vista clínico es importante el estadiaje de los tumores trofoblásticos gestacionales propuesta por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).⁶

Estadio I. Enfermedad confinada al útero.

- Ia. sin factores de riesgo
- Ib. con un factor de riesgo.
- Ic. con dos factores de riesgo.

Estadio II. Tumor trofoblástico gestacional que se extiende fuera del útero, pero que se limita a los elementos genitales (anejos, vagina, ligamentos anchos).

- IIa. sin factores de riesgo.
- IIb. con un factor de riesgo.
- IIc. con dos factores de riesgo.

Estadio III. Enfermedad trofoblástica gestacional que se extiende hasta los pulmones, con o sin afectación de vías genitales conocida.

- IIIa. sin factores de riesgo.
- IIIb. con un factor de riesgo.
- IIIc. con dos factores de riesgo.

Estadio IV. Todos los otros sitios de metástasis.

- IVa. sin factores de riesgo.
- IVb. con un factor de riesgo.
- IVc. con dos factores de riesgo.

Los factores de riesgo que afectan al estadiaje son:

HCG >100.000 mU/ml y duración de la enfermedad mayor de 6 meses a partir de la terminación del embarazo precedente.

2.4 Histogénesis

Se consideran producto de una fertilización anormal y existen evidencias de que su histogénesis está muy probablemente vinculada a su origen en diversos tipos de trofoblasto.⁷

2.4.1 Características histológicas

Trofoblasto prevellositario:

Trofoblasto mononucleado, también llamado sincitiotrofoblasto primitivo. No forma parte del revestimiento vellositario.

Citotrofoblasto:

Células epiteliales pequeñas, poligonales u ovoides, uniformes, mononucleadas y con citoplasma claro y granular, los bordes celulares aparecen delimitados, nucléolos conspicuos y mitosis presentes, coexisten con sincitiotrofoblasto.

Sincitiotrofoblasto:

Células grandes que forman masas con múltiples núcleos y citoplasma acidófilo denso y vacuolado, núcleos oscuros y en ocasiones con picnosis, no hay mitosis, patrón sincitial.

Trofoblasto intermedio vellositario:

2.4.2 Trofoblasto del sitio de implantación:

En el endometrio: Las células son poligonales o redondas con abundante citoplasma anfófilico similar a células estromales con reacción decidual.

En el miometrio (en decidua o alrededor de glándulas hipersecretoras): Las células son fusiformes u ovoides con citoplasma.

2.4.3 Trofoblasto intermedio de tipo coriónico:

Células fusiformes situadas por fuera del corion de las membranas fetales, bien cohesionadas con citoplasma eosinófilico. Son mas pequeñas que la células troblásticas del sitio de implantación aunque mayores que las citotroblásticas.⁷

2.4.4 Mola Hidatiforme

La mola hidatiforme constituye la variedad más frecuente de enfermedad trofoblástica gestacional, representa una placenta anormal no invasora que se caracteriza macroscópicamente por cambios hidrópicos del estroma vellositario y proliferación trofoblástica.

Existen dos tipos de molas, tanto desde un punto de vista anatomopatológico como genético: la completa y la incompleta.⁷

2.4.5 Mola hidatiforme completa o clásica

La mola hidatiforme completa ocurre en 1 de cada 40 gestaciones molares, en 1 de cada 15 000 abortos y en cada 150 000 embarazos normales. Se desarrolla por fertilización de un óvulo desprovisto de pro-núcleo (óvulo vacío) puede ocurrir de dos formas:

a) un espermatozoide 23x, fertiliza el óvulo vacío y duplica su propio ADN resulta en 46xx y todos los cromosomas son de origen paterno (monospermia).

b) dos espermatozoides diferentes fertilizan el óvulo vacío, resultando un producto que puede ser 46xx o 46xy (dispermia). La mayoría (más del 80%) son molas monospérmicas.⁸

Destaca su apariencia vesiculosa universal semejante a un racimo de uvas, durante las primeras semanas, estas alteraciones cursan sin la presencia de una vesícula gestacional embrionada. En cambio cuando la gestación se presenta después de las 12 semanas la presencia de trombosis y de extensa necrosis hemorrágica puede cambiar su aspecto microscópico, asemejándose a un hematoma de color rojo oscuro. En otros casos la cavidad uterina se encuentra repleta de vellosidades hidrópicas⁸.

El tratamiento de elección se fundamenta en la evacuación del útero y el seguimiento de los niveles séricos de gonatropina. Debe tomarse siempre en cuenta los riesgos de una mola invasora o el desarrollo ulterior de un coriocarcinoma.⁹

Características morfológicas:⁹

- No se le reconocen tejidos embrionarios o fetales.
- Alteraciones morfológicas se presentan en todo el tejido trofoblástico es decir, en forma difusa o "completa"
- Proliferación excesiva del cito y sincitiotrofoblasto (hiperplasia del trofoblasto).
- Vellosidades coriales dilatadas con formación de cisternas.
- Pleomorfismo nuclear aumentado.
- Vasos sanguíneos en las vellosidades están ausentes o colapsados y siempre vacíos, lo que sugiere la ausencia de feto y circulación fetal.

2.4.6 Mola hidatiforme parcial

La mola hidatiforme parcial, presenta 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 trofoblástica es sólo focal y por lo general afecta a la capa sincitiotrofoblástica y se asocia con el festoneado del contorno de las vellosidades y la presencia de inclusiones trofoblásticas en el estroma.⁹

En algunos casos de mola hidatiforme parcial está presente el feto, pero su desarrollo es casi siempre anormal, y aunque en la mayoría de los casos el feto no está presente, puede deducirse la existencia de desarrollo fetal por la demostración de hematíes nucleados en los vasos sanguíneos de las vellosidades.¹¹

La mola parcial suele cursar sin incremento del volumen uterino (solo el 10%).El diagnostico se realiza en material proveniente de curetaje por aborto y se denomina parcial, entre otras cosas porque las alteraciones histopatológicas que tipifican la entidad no afectan a todas las vellosidades.¹⁰

Características morfológicas:

Se reconoce directa o indirectamente la presencia de un embrión o feto.

Alteraciones morfológicas se ven en algunas zonas del tejido trofoblástico.

La proliferación del estroma y la formación de cisternas (vellosidades dilatadas) es igual que en la mola completa.

Presencia de vasos sanguíneos que contienen glóbulos rojos nucleados (fetales).

Vellosidades con borde dentado.

2.5 Datos Clínicos:

2.5.1 Hemorragia Transversal. Uno de los principales síntomas que se presenta generalmente a varias semanas de una amenorrea (12 – 20 sem.). Estas hemorragias son en general irregulares y de intensidad variable.¹¹

2.5.2 Tamaño uterino: Es mayor que el que normalmente le corresponde para esa fase de la gestación.

2.5.3 Actividad Fetal: No se escuchan ruidos cardíacos fetales

2.5.4 Síntomas subjetivos del embarazo: Las náuseas, vómitos son más frecuentes que en un embarazo normal

2.5.5 Toxemia del primer trimestre: los síntomas de pre-eclampsia (proteinuria, hipertensión o edema) aparece en fase más temprana que de costumbre en un embarazo.¹²

2.5.6 Palpación: de grandes quistes luteínicos en los ovarios ayuda al diagnóstico, aunque tales quistes pueden hallarse cuando ha sido expulsado la mola.

2.6 Diagnóstico

El diagnóstico se sospecha por la sintomatología clínica como el sangrado transvaginal, tamaño desproporcionado del útero, dolor en hipogastrio, toxemia temprana ausencia de actividad fetal, FCF. La coincidencia de una mola con feto es sumamente rara.¹²

2.6.1 Exámenes Complementarios

2.6.1.1 HCG cuantitativa.

2.6.1.2 Ecografía

2.6.1.3 Biopsia

2.7 Tratamiento

Su finalidad es eliminar del organismo materno el tejido trofoblástico anormal. Es necesario el LUI para dicha finalidad, en probables complicaciones (hemorragias graves o Sepsis) están indicados los antibióticos, transfusiones y oxitócicos.¹⁰

La evacuación uterina debe efectuarse con cuidado, evitando perforar la cavidad del útero, que se vuelve muy delgada pero al mismo tiempo debe llevarse a cabo en la forma más completa posible. La retención de tejido a más de su potencialidad maligna, puede hacer que las pruebas de embarazo persistan altamente positivas durante semanas o meses, haciendo suponer la presencia de corioepitelioma.¹²

Los quistes ováricos existentes no requieren tratamiento especial, ya que remiten de forma espontánea, tan pronto como se suprime el estímulo producido de las gonotropinas del trofoblasto.¹³

Debe seguirse un control de Gonadotropinas coriónicas cada semana hasta que los títulos desciendan; si después de 2 semanas continúan en descenso, se efectúan las dosificaciones cada mes cuando menos durante un año. Dando terapia hormonal para evitar el ambarazo (además de que la administración de hormonas exógenas suprimen la formación de Gonadotropinas hipofisarias y así las determinación de Gonadotropinas coriónicas en orina sean únicamente las producidas en el trofoblasto).¹³

Además deben efectuarse exámenes clínicos semanalmente durante los tres primeros meses y después de cada mes hasta completar dos años. La negatividad de las titulaciones de Gonadotropinas coriónicas es básico para decidir que hay curación, dicha negatividad deberá ser durante las primeras nueve semanas posterior a la evacuación del tejido molar; debe considerarse el uso de la quimioterapia si los títulos persisten elevados después de este lapso de tiempo.¹⁴

Deben recomendarse a la paciente que no se embarace hasta que pase un año que se negativizaron las cifras de hormona gonadotrofina coriónica.¹⁵

2.8 Complicaciones:

Las complicaciones de la Molas pueden clasificarse en:

- Hemorragias de aparición repentina
- Sepsis
- Toxemia
- Metástasis trofoblástica
- Coriocarcinoma
- Anemia

Hemorragias, Sepsis y toxemia gravídica, por la evolución en los conocimientos en tratamientos, manejo adecuado de antibióticos y transfusiones ha disminuido la morbilidad por esta causa hasta un 18%.

Metástasis trofoblástica: la frecuencia de aparición de las metástasis es de aproximadamente 5%, parece ser que se presenta en mujeres con edad por encima de los 40 años, esta metástasis disminuye considerablemente con el uso de tratamiento profiláctico con metrotexate.¹⁵

Coriocarcinoma: la mola evoluciona en un 2% a coriocarcinoma y es la causa más común de muerte.¹⁶

2.8.1 Mola invasora

La mola invasora o Corioadenoma destruens consiste en una mola completa en la cual se constata la presencia de vellosidades coriales en pleno espesor del miometrio y/o en el interior de los vasos sanguíneos. Puede considerarse como una secuela de mola parcial o completa y el diagnóstico de certeza solo puede hacerse si se dispone

de evidencia inequívoca de invasión miometrial o de lesiones a distancia una vez demostrado que no se trata de un coriocarcinoma. Las "metástasis" se encuentran principalmente localizadas en los pulmones, vulva, vagina, y el ligamento ancho.¹⁷

2.8.2 Lesiones no molares:

En las lesiones no molares se incluyen el coriocarcinoma y aquellas que son consecuencia de la proliferación del trofoblasto intermedio en el sitio de implantación placentaria. Las que resultan del trofoblasto intermedio propiamente dicho, dan origen a dos entidades. Una se ha interpretado como una reacción exagerada y la otra se denomina tumor trofoblástico del sitio de implantación placentaria.¹⁷

2.8.3 Coriocarcinoma

El coriocarcinoma o carcinoma trofoblástico de la gestación constituye la variedad más temida de enfermedad trofoblástica porque con facilidad se extiende fuera del útero produciendo metástasis con mayor frecuencia en el hígado, tracto gastrointestinal, el sistema nervioso central y otros. Su incidencia es aproximadamente 1/20 000 gestaciones y cuanto más anormal sea el embarazo mayor es riesgo de que aparezca esta complicación. Ocurre en 1/160 000 embarazos normales, 1/15 386 abortos, 1/5 333 embarazos ectópicos y 1/40 gestaciones molares.¹⁸

Se presenta en pacientes durante el periodo reproductivo y al igual que en las molas, en los extremos. El carcinoma evoluciona con alteraciones macroscópicas de fácil reconocimiento. El hallazgo de una metástasis de origen indeterminado o el estudio de una muestra de procedencia uterina causante de hemorragia, permiten el estudio de muestras tisulares casi siempre blandas y friables con cambios histopatológicos característicos de un tumor trofoblástico bifásico sin vellosidades coriales.¹⁸

En el útero el coriocarcinoma se presenta como una masa única, blanda y hemorrágica o como múltiples nódulos con características similares. Los contornos de la lesión (lesiones) son imprecisos y es en esta porción más periférica en donde puede encontrarse tumor viable de color gris pálido o blanquecino. Las porciones centrales suelen presentar necrosis hemorrágica masiva ya se trata de una modalidad de neoplasia que prolifera sin vascularización propia, dependiendo de los vasos miometriales para nutrirse.¹⁸

El tratamiento es quirúrgico cuando existe riesgo elevado de metástasis. La radioterapia se reserva para aquellas pacientes con metástasis hepáticas.¹⁸

2.8.4 Tumor trofoblástico Gestacional

El término tumor trofoblástico gestacional, comprende la mola invasiva y los tumores malignos coriocarcinoma y tumor trofoblástico del lecho o sitio placentario e incluye a procesos con secreción anormalmente elevada y prolongada de hormona coriónica humana más de 6 semanas después del suceso gestacional. Esta secreción es independiente de la naturaleza del trofoblasto, que puede ser malformativo y de crecimiento limitado en las molas parciales y completas o neoplásico, de crecimiento ilimitado y rápido en el coriocarcinoma¹⁹

2.8.5 Tumor trofoblástico del sitio de implantación placentaria

El tumor trofoblástico del lecho placentario fue descrito en 1976 como un pseudotumor no neoplásico, pero posteriormente se definió anatomopatológicamente como entidad propia, y se determinó su potencial maligno, al observarse que algunas pacientes desarrollaban metástasis y fallecían por la enfermedad; se han descrito unos 100 casos en el mundo y la mortalidad estimada oscila entre un 15 y un 20%.¹⁷

En 1995 se describieron dos casos en España, en mujeres de 25 y 27 años que manifestaron la enfermedad con hemorragia genital persistente, con antecedentes en ambos casos de abortos previos 3 años antes. Se ha descrito la eritrocitosis como patología asociada al tumor, resolviéndose la policitemia tras la histerectomía.²⁰

Consiste en una proliferación neoplásica del trofoblasto intermedio, también conocido como trofoblasto extravelositario. Constituye una variante rara del tumor trofoblástico gestacional, se considera una lesión benigna con un comportamiento agresivo. La mayoría de las pacientes se encuentran en edad reproductiva y consultan por amenorrea o metrorragia, pudiéndose asociar a un incremento del volumen uterino.²⁰

El diagnóstico se fundamenta en el estudio anatomopatológico de muestras obtenidas por curetaje uterino o mediante el estudio del útero. El tumor consiste en células grandes y monomórficas en contraposición a la diversidad de células que se observan en un coriocarcinoma. Los núcleos pueden ser pleomórficos y el citoplasma abundante y eosinófilico, si el espécimen incluye parte de la pared uterina resulta evidente la invasión miometrial.²⁰

2.8.6 Reacción exagerada del sitio de implantación placentaria.

Histológicamente consiste en una invasión miometrial del trofoblasto intermedio (con presencia de células multinucleadas) de apariencia exagerada. Pueden ocurrir en el curso de una gestación normal o resulta en una evidente en una interrupción temprana del embarazo. Su aspecto infiltrativo con compromiso de glándulas endometriales y arteriolas espirales, hace sospechar de un tumor trofoblástico en el sitio de implantación placentaria. En este caso no hay necrosis y no hay actividad mitótica, llama la atención la presencia de células con citoplasma eosinófilico, con núcleos hiper cromáticos.²¹

2.9 Tratamiento

La probabilidad de recuperarse o pronóstico, y la selección del tratamiento dependen del tipo de tumor trofoblástico del embarazo, de si se ha diseminado a otros lugares y del estado general de salud de la paciente.²²

2.9.1 Dilatación y curetaje: es una técnica quirúrgica con evacuación por succión, que consiste en expandir el orificio cervical o abertura del útero a través del cuello uterino, con el fin de extraer el material del interior del útero.²²

2.9.2 Histerectomía, que es una intervención quirúrgica en la que se extrae el útero. Los ovarios por lo general no se extraen como parte del tratamiento de esta enfermedad.²²

Después de la cirugía, el médico supervisa concienzudamente a la paciente mediante análisis de sangre periódicos para asegurarse de que el nivel de beta-HCG baje a los niveles normales. Si la concentración sanguínea de beta-HCG aumenta o no baja al nivel normal, deben solicitarse otras exploraciones para determinar si el tumor se ha diseminado. El tratamiento entonces depende de si hay enfermedad metastásica o no. Si hay metástasis normalmente se asocia quimioterapia y en ocasiones radioterapia.²³

2.9.3 Quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para eliminar las células cancerosas. La quimioterapia se puede tomar en forma oral o se puede introducir en el cuerpo con una aguja insertada en una vena o en un músculo. La quimioterapia es un tratamiento sistémico, los medicamentos se introducen en la corriente sanguínea, viajan a través del cuerpo y pueden eliminar las células cancerosas que se encuentran fuera del útero. La quimioterapia puede administrarse antes de la cirugía, después de ella o por sí sola.²⁴

<p>Enfermedad trofoblástica metastizante de buen pronóstico</p>	<p>Igual a la ET no metastizante.</p>
<p>Enfermedad trofoblástica metastizante de mal pronóstico</p> <p>El tratamiento se continúa hasta una cura después de la negativización del marcador.</p> <p>El seguimiento posterior a la negativización es cada 2 semanas por tres meses y luego mensual hasta completar un año.</p>	<p>QUIMIOTERAPIA ASOCIADA</p> <ul style="list-style-type: none"> • CISPLATINO-ETOPOSIDO <p>Cisplatino 100 mg/mt2 día 1</p> <p>Etopósido 150 mg/mt2 día 1 y 2</p> <p>Cada 2 semanas si leucocitos >2000, segmentados >1000 y plaquetas >100.000.</p>

<p>Enfermedad trofoblástica no metastizante</p> <p>El tratamiento se continúa hasta una cura después de la negativización del marcador. La curva de respuesta óptima se muestra en la en que las flechas indican las curas de quimioterapia.</p> <p>Si no hay respuesta a Metrotexato se usa Actinomicina. Si falla Actinomicina se usa quimioterapia asociada.</p> <p>El seguimiento posterior a la negativización es cada 2 semanas por tres meses y luego mensual hasta completar un año.</p>	<p>QUIMIOTERAPIA MONODROGA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • METROTEXATO <p>Metrotexato 0,4 mg/Kg/día IM por 5 días cada 2 semanas si leucocitos >2000, segmentados >1000 y plauquetas >100.000</p> • METROTEXATO-LEUCOVORINA <p>Metrotexato 1 mg/Kg/día EV días 1,3,5,7 + Leucovorina 10% de la dosis de Metrotexato EV 24 horas después del Metrotexato.</p> • ACTINOMICINA D <p>0,5 mg/día EV por 5 días cada 2 semanas si leucocitos >2000, segmentados >1000 y plaquetas >100.000.</p>
--	---

Fuente: Robbins y Cotran; *Pathological Basis of Disease*

2.9.4 Radioterapia consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación puede provenir de una máquina externa al cuerpo (radioterapia de haz externo) o de materiales que producen radiación (radioisótopos) colocados en el área donde se encuentran las células cancerosas por medio de catéteres.²⁵

III.OBJETIVOS

3.1 General:

Determinar la incidencia de embarazos molares en el hospital regional de Cuilapa, durante el 1 de enero 2012 al 30 de junio 2014

3.2 Específicos:

- 3.2.1 Cuantificar el número de casos en el período de estudio
- 3.2.2 Determinar la edad y grupo etario más afectado
- 3.2.3 Describir la paridad de la mujer con embarazo molar
- 3.2.4 Describir los síntomas y signos más frecuentes en pacientes con embarazo molar
- 3.2.5 Identificar el medio diagnóstico más utilizado
- 3.2.6 Describir el tipo de tratamiento que se le brindo a los pacientes

IV MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudio

Estudio clínico descriptivo.

4.2 Población

Pacientes ingresados en la unidad de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de embarazo molar del Hospital Regional de Cuilapa

4.3 Selección y tamaño de la muestra

Pacientes ingresados en la unidad de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de embarazo molar del Hospital Regional de Cuilapa durante el periodo comprendido del 1 de Enero de 2012 al 30 de Noviembre del 2013

4.4 Unidad de Análisis

Expedientes de pacientes internadas con diagnóstico de embarazo molar en el Hospital regional de Cuilapa santa Rosa.

4.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios De Inclusión

- Pacientes con diagnóstico confirmado de embarazo molar.
- Contar con expediente completo y ficha clínica registrada en el Hospital Regional de Cuilapa.

Criterios De Exclusión

- Pacientes embarazadas sin el diagnóstico de embarazo molar.
- Pacientes que no estén registrados con expediente clínico en el Hospital Regional de Cuilapa.

4.6 Definición y operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDIDA	Parámetro
INCIDENCIA	Es el número de casos nuevos encontrados cada año en una población determinada	Número de casos nuevos por año	cuantitativa	Escala de Razón	Registro médicos
EDAD	Período que ha transcurrido en la vida de un individuo desde la fecha de su nacimiento a la fecha actual, la cual puede medirse por años, meses y días	Lo referido en registros médicos tomado en años	Cuantitativo	Ordinal	Años
PARIDAD	Clasificación de una mujer con el número de hijos nacidos vivos que ha tenido	Lo referido en registros médicos tomado por número de hijos	Cuantitativa	Nominal	Primigesta Secundigesta trigesta múltipara
CUADRO CLINICO	Conjunto de signos y síntomas que se presentan con alguna enfermedad.	Lo referido por el paciente al ingreso y detallado en el expediente clínico	Cualitativo	Nominal	Signos y síntomas positivos
MÉTODO DIAGNÓSTICO	Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos sus síntomas, su historia clínica, ayudas paraclínicas	Método único o confirmatorio registrado en el expediente clínico	Cualitativo	Nominal	Ultrasonido Sub unidad Beta Clinica
TRATAMIENTO	Sistema, método o procedimiento que se emplea para curar enfermedades	Tratamiento realizado según ficha clínica de registros médicos	cualitativo	Nominal	Legrado Aspiración Radioterapia Quimioterapia

4.7 Instrumentos utilizados para la recolección de información

Para recolectar los datos de la investigación se utilizó una fuente indirecta dada por los expedientes clínicos de las pacientes que presentaron embarazo molar, los cuales se consultó en registros médicos y en los libros de ingreso los cuales se encuentran en el área de maternidad de Ginecología y Obstetricia y registro y estadística del hospital Regional Cuilapa Santa rosa.

4.8 Procesamiento para la recolección de información:

Para el procesamiento de esta información se realizó primero la recolección de datos obtenidos por la boleta de recolección y se procedió a ordenar los datos y tabulación. Tabulado los datos se procedió a la sumatoria de cada una de las frecuencias obtenidas y se utilizaron medidas de tendencia central y medidas de dispersión para el análisis de la información se construyeron cuadros de análisis. Después se procedió a almacenar la información obtenida en Cuadros en Microsoft Excel para la realización de gráficas y cuadros.

4.9 Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación

En el presente estudio la metodología utilizada se basó en la evaluación de la información obtenida a partir de la boleta de recolección de datos. Los datos se analizaron de manera anónima y solo el investigador tuvo acceso a la información para así garantizar la validez y confiabilidad del estudio.

V. RESULTADOS

El presente estudio fue realizado en mujeres con embarazo molar que ingresaron al servicio de maternidad del hospital regional de Cuilapa durante el 1 de enero 2012 al 30 de junio del años 2014, Se obtuvo 42 casos confirmados de 26,563 embarazadas atendidas en el hospital, la edad más frecuente de embarazos molares fue 16 a 20 años con un 52% , seguida de un 12% en el rango de edad de 36 a 40 años, lo cual concuerda con la literatura, según el lugar de origen que tuvo mayor número de casos fue Nueva santa Rosa con un 27% , 95% de los ingresos son pacientes de raza ladina y un 5% de raza indígena que reside en el departamento de Santa Rosa.

El 70% de los pacientes con embarazos molares eran primigestas, que es otra de las características coincidentes con la literatura, la edad gestacional más frecuente al momento del diagnóstico fue entre las 12 y 15 semanas con un 45%, el motivo de consulta en un 62% fue sangrado vaginal la cual está asociado a salida de vesículas en un 5%, el 45% de las pacientes contaba con tipo de sangre O positivo y un 31% de ellas A positivo, el método diagnóstico utilizado con mayor frecuencia en un 57% fue ultrasonido y vemos la importancia de la clínica en el diagnóstico con un 38%.

El tratamiento utilizado en el hospital fue aspiración manual endouterina con 86%, seguido del 11% legrado endouterino y un único caso que representa el 3% fue histerectomía por la complicación coriocarcinoma confirmado por patología, la complicación más frecuente secundaria a la hemorragia fue la anemia con un 11%.

Tabla No.1

Distribución según la edad de mujeres con embarazo molar que ingresaron al servicio de maternidad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
10 – 15 años	4	9%
16 – 20 años	22	52%
21 – 25 años	2	5%
26 – 30 años	4	10%
31 – 35 años	4	9%
36 – 40 años	5	12%
41 – 45 años	1	3%
> 46 años	0	0%
Total	42	100%

Gráfica No.1

Distribución Según la Edad

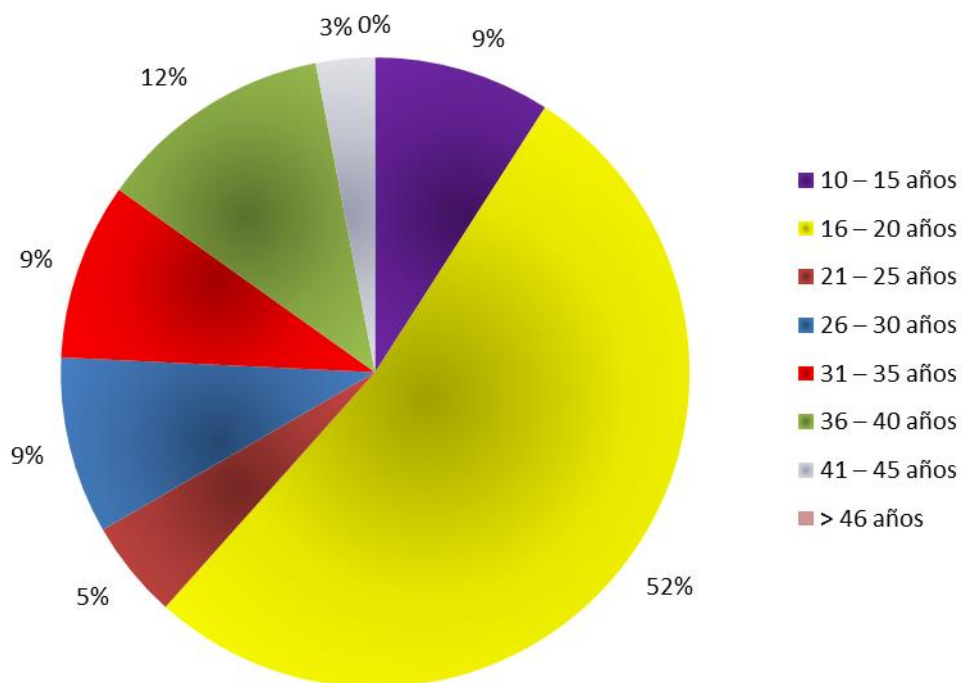


Tabla No.2

Distribución según lugar de origen, de mujeres con embarazo molar que ingresaron al servicio de maternidad.

Lugar de Origen	Frecuencia	Porcentaje (%)
Cuilapa	8	19%
Barberena	7	18%
San Rafael	8	19%
Nueva Santa Rosa	11	27%
Santa Rosa de Lima	4	9%
Ixhuatán	2	4%
Oratorio	2	4%
Total	42	100%

Gráfica No. 2

Distribución Según Lugar de Origen

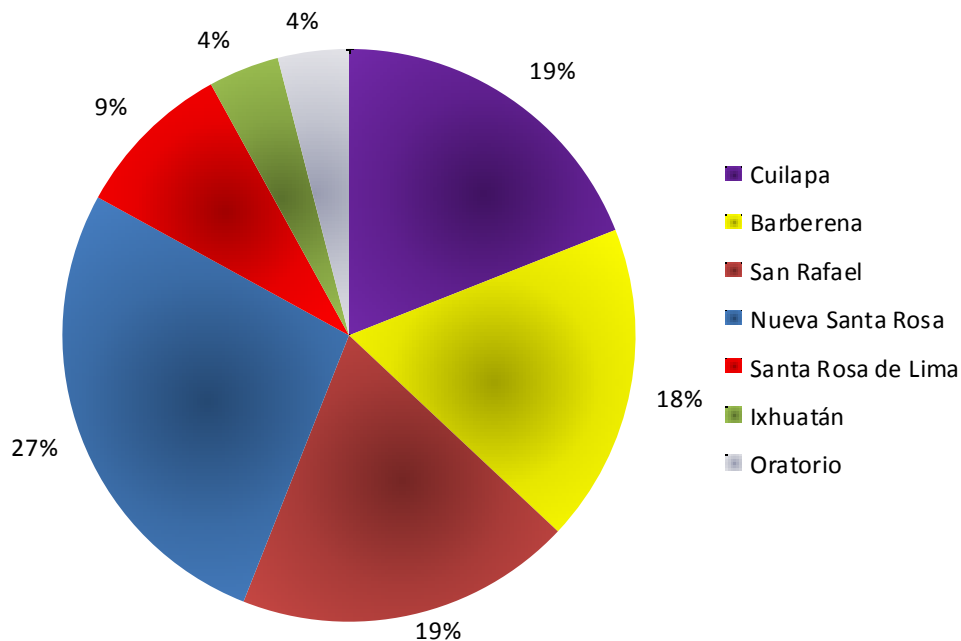


Tabla No.3

Distribución según etnia de mujeres con embarazo molar que ingresaron al servicio de maternidad.

Etnia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ladina	40	95%
Indígena	02	5%
Total	42	100%

Gráfica No.3

Distribución Según La Etnia

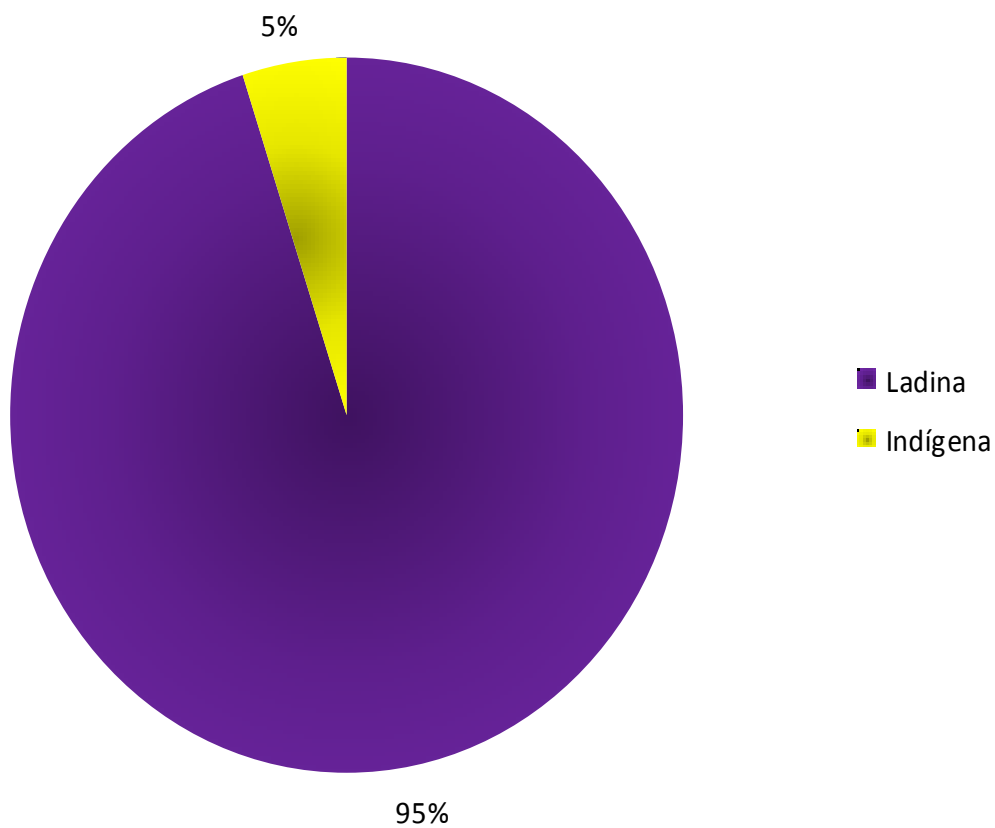


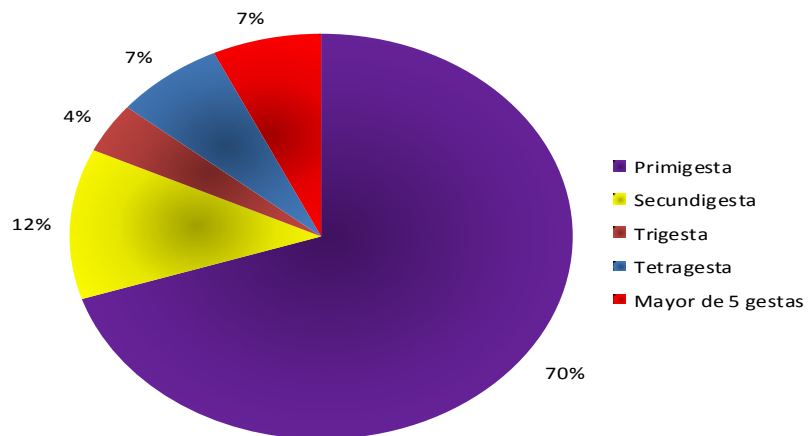
Tabla No.4

Distribución según paridad de mujeres con embarazo molar que ingresaron al servicio de maternidad.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primigesta	29	70%
Secundigesta	5	12%
Trigesta	2	4%
Tetragesta	3	7%
Mayor de 5 gestas	3	7%
Total	42	100%

Gráfica No. 4

Distribución Según Paridad



Gráfica No.5

Distribución según la edad de pacientes primigestas

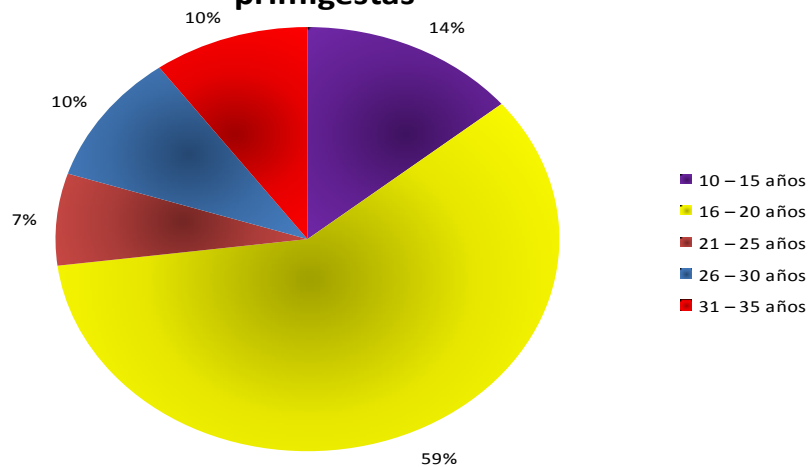


Tabla No.5

Distribución según edad gestacional de mujeres con embarazo molar que ingresaron al servicio de maternidad.

Edad gestacional en semanas	Frecuencia	Porcentaje (%)
<7 semanas	08	19%
12 – 15	19	45%
16 – 19	12	29%
20 – 23	3	7%
24 – 27	0	0%
28 – 31	0	0%
>32 semanas	0	0%
Total	42	100%

Gráfica No. 6

Distribución Según Edad Gestacional

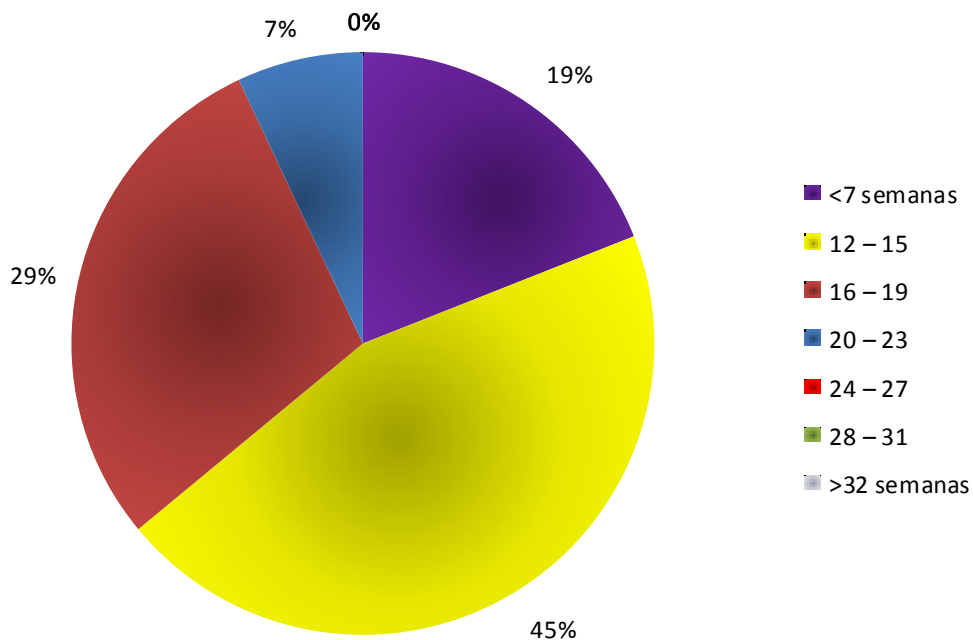


Tabla No.6

Distribución según el motivo de consulta, de las mujeres con embarazo molar que ingresaron al servicio de maternidad.

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sangrado Vaginal	26	62%
Dolor en Hipogastrio	6	14%
Hiperémesis	2	5%
Altura uterina discordante	6	14%
Expulsión de vesículas	2	5%
Total	42	100%

Gráfica No. 7

Distribución Según El Motivo De Consulta

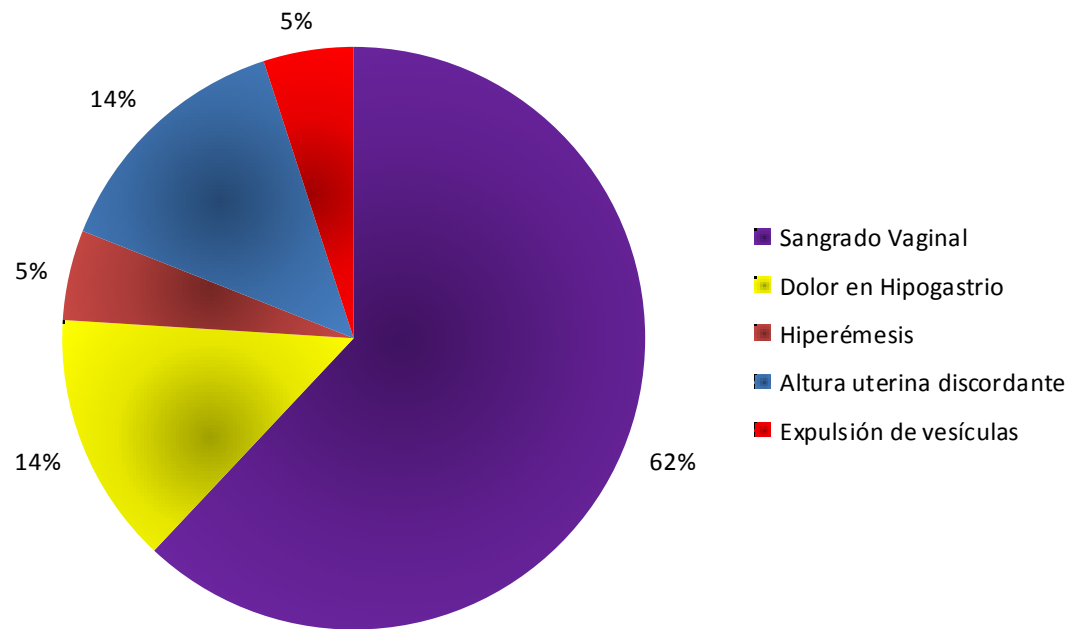


Tabla No.7

Distribución según grupo sanguíneo, de las mujeres con embarazo molar que ingresaron al servicio de maternidad.

Grupo sanguíneo	Frecuencia	Porcentaje (%)
A positivo	13	31%
A negativo	2	5%
B positivo	1	3%
B negativo	2	5%
O positivo	19	45%
O negativo	5	11%
otros	0	0%
Total	42	100%

Gráfica No. 8

Distribución Según Grupo Sanguíneo

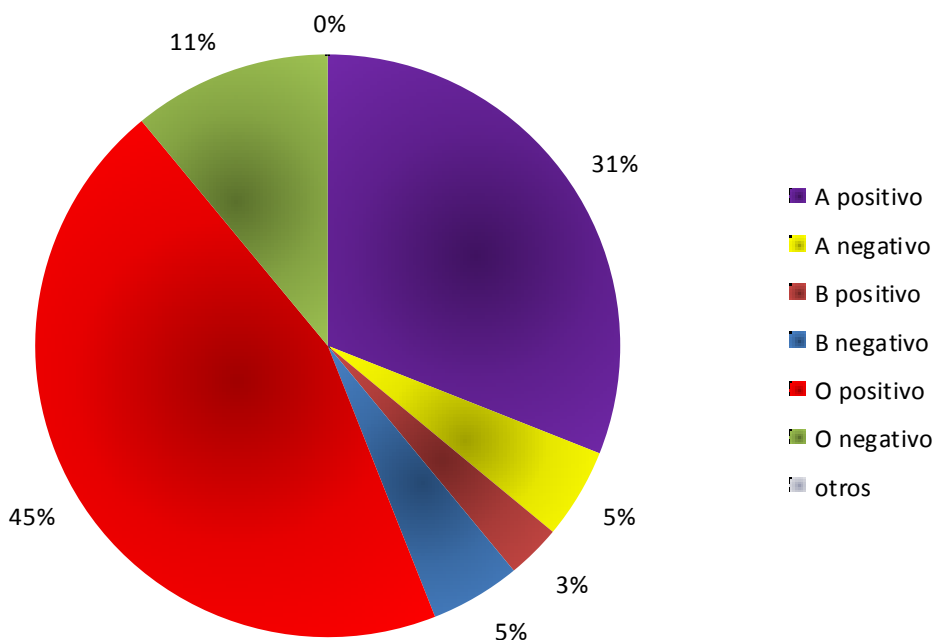


Tabla No.8

Distribución método diagnóstico de ingreso, de las mujeres con embarazo molar que ingresaron al servicio de maternidad.

Método Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Clínica	16	38%
Ultrasonido	24	57%
Sub unidad Beta cuantificada	2	5%
Total	42	100%

Gráfica No. 9

Distribución Método Diagnóstico De Ingreso

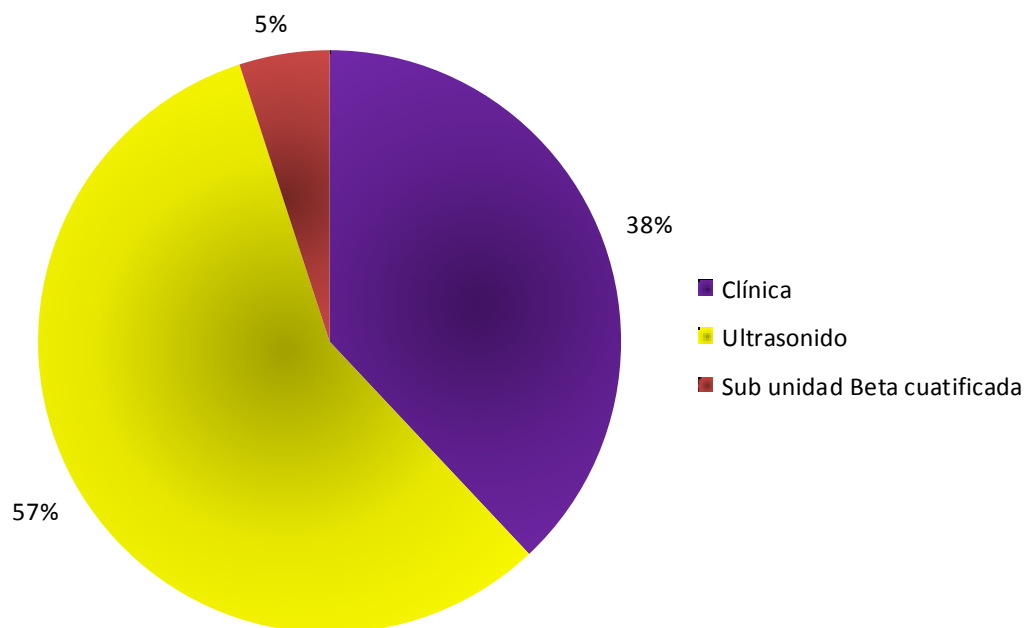


Tabla No. 9

Distribución según tratamiento, de las mujeres con embarazo molar que ingresaron al servicio de maternidad.

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Legrado	5	11%
Aspiración	36	86%
Histerectomía	01	3%
Total	42	100%

Gráfica No.10

Distribución Según Tratamiento

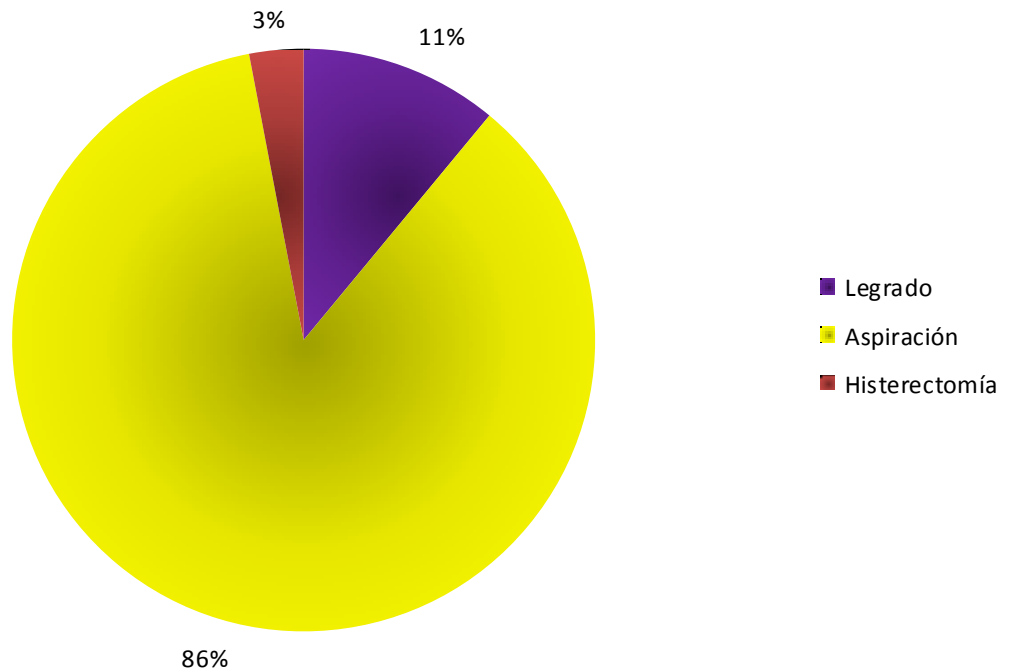


Tabla No. 10

Distribución según complicaciones, de las mujeres con embarazo molar que ingresaron al servicio de maternidad.

Grupo sanguíneo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Anemia	11	26%
Perforación uterina	0	0%
Coriocarcinoma	1	3%
Infección	0	0%
Ninguna	30	71%
Total	42	100%

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

La mola hidatiforme es una patología que no debe sorprender al Gineco-obstetra en el momento de su identificación. Para esto es necesario hacer el diagnóstico clínico y ultrasonográfico, con el propósito de llegar al diagnóstico antes del estudio histopatológico con el fin de evitar complicaciones como el coriocarcinoma encontrado en este estudio que finalizó con tratamiento de histerectomía.

En la revisión, las características del embarazo molar coinciden con las señaladas en la literatura médica en investigaciones realizadas por Berkowitz y Goldstein en el año 2005. Estos estudios exponen que este tipo de patología, se presenta en gestantes mayores de 40 años de edad a la vez también existen reportes frecuentes en mujeres adolescentes de 14 años en adelante. Sin embargo en esta publicación se detalla la presencia de mola hidatiforme en mujeres alrededor de los 16 a 20 años y de 36 a - 40 años aproximadamente.

También se ha evidenciado que la mayoría de pacientes con embarazos molares eran primigestas en un 70%, las cuales un 59% comprendieron la edad entre 16 a 20 años, esta patología sigue siendo una causa de hemorragia en la primera mitad del embarazo ya que el 45% consulto por hemorragia asociada a salida de vesículas en un 5% durante las semanas 12 y 15 de gestación.

Es muy conocido que la enfermedad trofoblástica gestacional constituye una causa muy importante en las hemorragias durante el embarazo, lo cual puede conllevar desde escaso manchado a abundante durante pocos o varios días complicándose con anemia, en este estudio fue del 11% comparado con otros estudios realizados en el continente americano que puede llegarse a presentar hasta un 18%.

Muchas veces el diagnóstico del embarazo molar es incidental con los

avances de ultrasonografía viendo la imagen en copos de nieve o panal de abejas, en este estudio el 57% de diagnóstico fue por ultrasonido realizado en el hospital, sin embargo el 45% fue por clínica al ingreso a la emergencia, entre los síntomas positivos se encontró la hemorragia en un 62%, salida de vesículas en 5%, la altura uterina discordante con la fecha de última regla y dolor en hipogastrio en un 14%.

Durante las últimas décadas, hemos visto que el embarazo molar se resolvía en otros hospitales donde se realizaron estudios con tratamiento de legrado endouterino pero con un aumento en el número de casos de perforación uterina, sin embargo este estudio concuerda con los actuales ya que en el hospital de Cuilapa 86% se dio tratamiento con aspiración manual endouterina sin ninguna complicación, siendo la principal forma actual de evacuar útero en esta patología.

6.1 CONCLUSIONES

De acuerdo al estudio realizado y en base a los resultados presentados se concluye lo siguiente:

6.1.1 La edad más frecuente de embarazos molares fue entre los 16 a 20 años con un 52%.

6.1.2 El inicio de relaciones tempranamente se sigue asociando a la aparición de embarazos molares en primigestas en un 70%, ya que en este estudio del total de primigestas en un 69% comprenden las edades entre 12 y 20 años.

6.1.3 El embarazo molar sigue siendo una de las principales causas de hemorragia en la primera mitad del embarazo con la aparición en un 45% en la semana 12 y 15 de gestación.

6.1.4 La hemorragia de una enfermedad trofoblástica puede conllevar a un estado anémico por pérdidas de sangre en este estudio se encontró en el 11%.

6.1.5 En este estudio el diagnóstico de embarazo molar por ultrasonido fue de un 57%.

6.1.6 La realización de legrados uterinos para el tratamiento de embarazo molar se ha desplazado por la aspiración manual endouterina siendo un método confiable de vaciamiento uterino en este estudio se realizó en un 86%.

6.1.7 La complicación más temida y encontrada en una paciente de este estudio fue el coriocarcinoma que finalizó como único tratamiento en histerectomía realizada en el hospital de Cuilapa con posterior seguimiento en el instituto de cancerología de Guatemala.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Implementar el seguimiento seguro de la paciente con enfermedad trofoblástica en consulta externa, con estudios periódicos de sub unidad beta cuantificada, radiografías y valoraciones ginecológicas después del egreso del Hospital de Cuilapa Santa Rosa con el fin de evitar complicaciones como coriocarcinomas o enfermedad molar recidivante.

6.2.2 Socializar con el equipo de residentes de ginecobstetricia los resultados de este trabajo con el fin de realizar examen histopatológico a todas las pacientes sometidas a aspiración manual o legrado, para desvirtuar posible coriocarcinoma.

6.2.3 Considerar la realización de ultrasonido Obstétrico en toda paciente ingresada a la emergencia del hospital con hemorragia vaginal y altura uterina discordante con fecha de última regla.

6.2.4 Impartir asesoramiento pos – concepcional de planificación familiar por parte del personal Médico y paramédico dentro del servicio de maternidad para evitar un nuevo embarazo con un intervalo intergenésico corto después del diagnóstico y evacuación dela enfermedad trofoblástica.

6.2.1 Este estudio debe establecerse, como base informativa sobre embarazo molar, que sea suficiente y capaz de desarrollar la actualización de contenidos, materiales y estudios subsiguientes a la población en riesgo como la adolescencia, así como la realización de protocolos de manejo de la enfermedad trofoblástica.

VII. Referencias Bibliográficas

1. Arias, Fernando. "Guía Práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo" Mosby/Doyma Libros. Segunda edición. Barcelona, Madrid. 2003.
2. Berek, Jonathans, MD, MMSc. Ginecología de Novak. Trad. F García Roig. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 13 ed. México. 2005. p.571-599.
3. Calvo C, Rafael. "Frecuencia de desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada asociado a preeclampsia". Rev. Méd. Dom 2006. Vol.68 No.2
4. Rodrigo Cifuentes, B – 2007 "Tratado de ginecología y obstetricia" Bogotá – Colombia, editorial Latinoamericana Pág. 318 – 326.
5. Fleischer, Ecografía en obstetricia y Ginecologia , 6ta edición. Madrid España. Editorial Marban.
6. Antonio M. 2009 Ginecología y Obstetricia 3era Edición Barcelona-España- Editorial Panamericana Pág. 455-478
7. Gabbe, Steven. Jennifer Niebyl: "Normalidad y Complicaciones en el embarazo". Obstetricia, Ed. Marbán, 3era ed. Madrid. España, 2.000, Pág: 227 – 231.
8. Gleicher, Norbert, Louis Bultino, "Tratamiento de las complicaciones clínicas del Embarazo", Editorial médica Panamericana, 3era ed. Buenos Aires, Argentina, 2000.
9. Arthur Evans. 2007. Manual de obstetricia 7^a. edición. Madrid – Barcelona, editorial – Lippincott Williams & Wilkins Pag. 166 – 170.
10. Gómez R, Oyarzún E, Vargas JE: Ecografía Transvaginal en el Diagnóstico de Placenta Previa. Rev Chil Obstet Ginecol 1992; 57(1): 44-46.

11. Guy I. benrubi 2003 segunda edición. Urgencias Obstetricias y Ginecológicas. Madrid España, Editorial Marban
12. INE (instituto Nacional de Estadística, GT) 2010. INE: base de datos censo poblacional 2010 (en línea). Guatemala. Disponible en <http://www.ine.org.gt>
13. Jonhs Hopkins. 2005 Ginecología y Obstetricia. 2 ed. Madrid España, Editorial Marban.
14. Jones III. HW; Wentz, AC; Burnett, LS 2004. Ginecología de Novak. Trad F. Garcia Roing. 13 ed. México, Editorial Mc Graw Hill.
15. Martell A. Astorga A. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo. Obstetricia moderna. Tercera edición, Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 1999:251-61.
16. Perez Sánchez, A Danoso Siña, E Obstetricia. 3ed. 1999, Santiago Chile, Editorial Mediterraneo.
17. Rodrigo Cifuentes. 2006 obstetricia de alto riesgo. 6ta edición. Editorial distribuna editorial médica. Colombia Rodrigo Cifuentes. 2006 obstetricia de alto riesgo. 6ta edición. Editorial distribuna editorial médica. Colombia
18. Schwarcz, Lt: Slala RD. Diverges, F 2005. Obstetricia 6 ed. Buenos Aires, AR, editorial Ateneo.
19. Pérez E. et al 2008 – Ginecología Oncología pelviana. Madrid – España, Editorial Masson Pág. 555 – 575.
20. Wolters Kluwer. American College of Obstetric and Gynecology obstetricia y ginecología. 6ta, edición. España. Editorial William y Wilkins
21. Williams. “Hemorragia del tercer trimestre”. Obstetricia. McGraw Hill-Interamericana.México. 2004

22. Netter F. 2008 Ginecología y Obstetricia Madrid – España Editorial Masson Pág. 440 – 454.
23. Smit R. –et al – 2009 – Obstetricia y Ginecología. Barcelona – España Editorial – Masson Pág. 545 – 558.
24. Guerrero D. 2007 – Guía clínico Terapéutico en obstetricia y ginecología. Santiago – Chile, Editorial Manual Moderno Pag. 79 – 85.
25. Finn, L. 2005. Embarazo de alto riesgo. Revista obtetricia y Gynecoly Scandinavia 8(2):435 - 456.

VIII. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INCIDENCIA DE EMBARAZO MOLAR QUE INGRESAN AL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DURANTE EL 1 DE ENERO 2012 AL 30 JUNIO 2014

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Hospital Regional de Cuilapa
Departamento de Ginecología y obstetricia



de registro: _____

Lugar De Origen _____

Residencia: _____

Etnia: _____

EDAD

10 - 15 _____ 16 - 20 _____ 21 - 25 _____ 26 - 30 _____

31 - 35 _____ 36 - 40 _____ 41 - 45 _____ >46 _____

PARIDAD

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ >5 _____

EDAD GESTACIONAL:

<7 SEMANAS _____

8 – 11 _____

12 – 15 _____

16 – 19 _____

20 – 23 _____

24 – 27 _____

28 – 31 _____

>32 SEMANAS _____

MOTIVO DE CONSULTA

SANGRADO VAGINAL _____

DOLOR HIPOGASTRIO _____

HIPEREMESIS _____

FONDO UTERINO DISCORDANTE _____

EXPULSIÓN DE VESICULAS _____

GRUPO Y RH EN SANGRE

Tiene registrado sí _____ no _____

Cuál es

Método diagnóstico

Clínica

Ultrasonido

Sub unidad b cuantificada

TRATAMIENTO

LEGRADO _____

ASPIRACIÓN _____

HISTERECTOMÍA _____

COMPLICACIONES

Anemia _____

Coriocarcinoma _____

Mola Invasiva _____

Hipertensión _____

Perforación uterina _____

Infección _____

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medios la tesis titulada “EMBARAZO MOLAR EN HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA PERÍODO DEL 1 DE ENERO 2012 AL 30 JUNIO 2014” para pronósticos de consulta académica sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.