

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**PREVALENCIA DE EMBARAZO MOLAR**

Estudio descriptivo realizado en pacientes atendidas en el  
Departamento de Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de  
Bethancourt, Antigua Guatemala. Durante el período de Enero de  
1990 a Diciembre de 1995.

TESIS

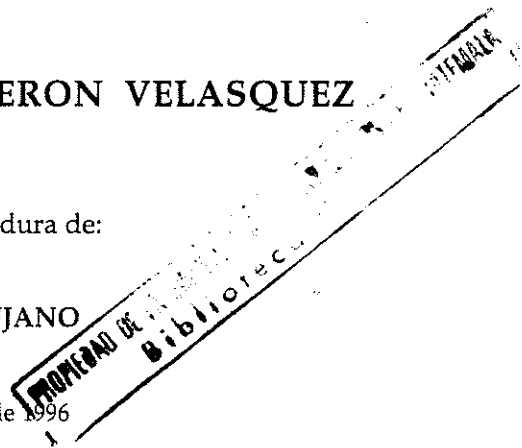
Presentada a la Honorable Junta Directiva de la  
Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
por

**MIRNA CAROLINA CALDERON VELASQUEZ**

En el acto de investidura de:

**MEDICO Y CIRUJANO**

Guatemala, agosto de 1996



5  
7410)  
3

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E   C O N S T A R   Q U E:

(La) PERITO CONTADOR : MIRNA CAROLINA CALDERON VELASQUEZ  
net Universitario No. 88-12810

presentado para su Examen General Pùblico, previo a optar al Título Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:  
PREVALENCIA DE EMBARAZO MOLAR

abajo asesorado por:

ctor RODRIGO PEREZ TERCERO

revisado por:

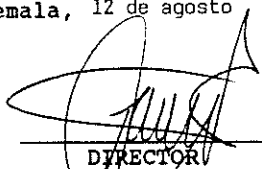
ctor SERGIO CASTAÑEDA CEREZO

ienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman sellan la presente **ORDEN DE IMPRESION.**

Guatemala, 12 de agosto de 1996.


  
UNIDAD DE TESIS



  
DIRECTOR  
CENTRO DE INVESTIGACIONES  
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD



IMPRIMASE:

  
Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez  
DECANO

me

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



Guatemala, 12 de agosto de 1996

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Doctor  
Carlos Humberto Escobar Juárez.  
COORDINADOR  
Unidad de Tesis  
Presente

Se le informa que el PERITO CONTADOR  
MIRNA CAROLINA CALDERON VELASQUEZ


Nombres y Apellidos Completos

Carnet No.: 88-12810 ; ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:


PREVALENCIA DE EMBARAZO MOLAR

Del cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos; así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

  
Firma del Estudiante

  
Asesor  
Nombre Completo y Sello Profesional

apme **DR. RODRIGO PEREZ TERCEIRO**  
Colegiado 4294

  
Revisor  
Nombre Completo y Sello Profesional  
Reg. de Personal: 9506

**DR. SERGIO CASTAÑEDA CEREZO**  
JEFE DE DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA  
Colegiado No. 2713



INSTITUTO DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Of. APR- UT-141-96

Guatemala, 12 de agosto de 1996

AL SEÑOR  
CONTADOR  
CAROLINA CALDERON VELASQUEZ  
INSTITUTO DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Por medio de su conocimiento que su Informe Final de Tesis,  
titulado PREVALENCIA DE EMBARAZO MOLAR

ha sido RECIBIDO, y luego de revisado se ha establecido que cumple con  
requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por  
lo que es autorizado para completar los trámites previos a su  
graduación.

En otro particular me suscribo de usted.

Respetuosamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Carlos Humberto Escobar Juárez  
COORDINADOR



La información y conceptos contenidos en el  
presente trabajo es responsabilidad única del  
autor.

## INDICE DE CONTENIDOS

### TULO Y SUBTITUTO

INTRODUCCION	1
DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
JUSTIFICACION	3
OBJETIVOS	4
REVISION BIBLIOGRAFICA	5
MARCO METODOLOGICO	12
I PRESENTACION DE RESULTADOS	16
II ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	30
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	34
RESUMEN	35
I REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
II ANEXOS ( boleta de recoleccion de datos)	39

## I INTRODUCCION

La mola hidatidiforme se ha conocido desde hace siglos y es una de las neoplasias trofoblásticas gestacionales más frecuentes, la cual es benigna pero si no se le da el tratamiento y seguimiento adecuado se puede convertir en un proceso maligno como lo es el coriocarcinoma. (15)

Siendo Guatemala uno de los países con mayor incidencia de embarazos molares según Aramburú 1 en 670 partos normales. Además por ser un país subdesarrollado en el cual la gran mayoría de su población es de nivel socioeconómico bajo con una dieta inadecuada que no cumple con los requerimientos básicos, además el inicio de su vida sexual activa a temprana edad, las hace ser un grupo de riesgo para este tipo de patología.(8)

El presente trabajo es un estudio retrospectivo descriptivo que tiene como objetivo principal establecer la prevalencia de embarazo molar en el Departamento de Obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala. La investigación se realizó por medio de la revisión de expedientes clínicos de enero de 1990 a diciembre de 1995, utilizando una boleta de recolección de datos, a través de la cual se obtuvieron resultados tales como: la prevalencia de mola hidatidiforme en el Hospital Nacional de Antigua es de 1.73 por cada 1000 partos normales, que el 60% de las mujeres que presentaron mola hidatidiforme están comprendidas entre los 15 y 25 años de edad, el 93.34% de las mujeres con esta patología consultaron por hemorragia vaginal anormal en el primero e inicio del segundo trimestre de gestación, que un 20% de las pacientes cursaron con hipertensión arterial, al 100% de las pacientes se le realizó legrado intrauterino como tratamiento siendo en su mayoría un legrado instrumental y solamente un 33.33% de la población estudiada cuenta con diagnóstico patológico.

## II DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La mola hidatidiforme es la neoplasia trofoblástica gestacional más frecuente, la cual consiste en un embarazo caracterizado macroscópicamente por vesículas múltiples con aspectos de uvas que llenan y distienden el útero con ausencia de feto y amnios.

Siendo su frecuencia desde 1:200 partos en México hasta 1:2500 en Estados Unidos en Guatemala la frecuencia es de 1:670 partos, esto la coloca entre los países con mayor incidencia de esta patología.

Afectando principalmente a mujeres de nivel socio-económico bajo y con dietas bajas en proteínas y ácido fólico. Esta entidad es benigna pero más o menos en un 20% los casos puede convertirse en un proceso maligno como es el coriocarcinoma.

El presente trabajo es un estudio retrospectivo de cinco años que tiene como finalidad establecer la prevalencia de mola hidatidiforme, su diagnóstico y seguimiento en el Departamento de Obstetricia del Hospital de Antigua; lo que nos permitirá hacer análisis para corregir deficiencias y eliminar conductas inadecuadas con el objeto de mejorar su manejo y de esta manera asegurar un mejor pronóstico a la paciente. Para lo cual se revisaron expedientes clínicos de las pacientes que consultaron al Hospital Nacional de Antigua Guatemala por esta patología, basándonos en una boleta de recolección de datos.(1,6,11,16,17)

### III JUSTIFICACION

Las neoplasias trofoblásticas incluyen una variedad de tumores que van desde una hidatidiforme hasta un coriocarcinoma que es un proceso maligno. (1,11).

La mola hidatidiforme es la neoplasia gestacional más frecuente ya que constituye 0 al 85% de estas neoplasias, afectando principalmente a pacientes menores de 20 y mayores de 40 años

Siendo nuestro país un país subdesarrollado con pocos recursos económicos y de cultura en donde la mujer inicia su vida reproductiva a los 15 años y la finaliza a avanzada con un número alto de paridad lo que la predispone a padecer ésta afección, la cual muchas veces pasa desapercibida por presentar sintomatología de una gestación normal o por falta de pruebas diagnósticas como los son la medición de dotropina coriónica y el ultrasonido.

Por ser la mola hidatidiforme una lesión preneoplásica y siendo Guatemala uno de los países con más alta incidencia de ésta, creo que es necesaria su detección temprana y darle un tratamiento adecuado para disminuir la recidiva y la mortalidad en las mujeres antes que estén expuestas a padecer dicha entidad.

Por lo que la realización de un estudio que revele la magnitud y las principales características de éste problema es de vital importancia ya que al darle el enfoque adecuado, nos permite brindar un aporte al bienestar de la mujer en edad reproductiva. (1,6,11,16)



#### IV OBJETIVOS

##### GENERAL:

Determinar la prevalencia de mola hidatidiforme en el Hospital Nacional de Antigua

##### ESPECIFICOS:

1. Identificar que grupo étnico es el más afectado.
2. Identificar que grupo étnico es el más afectado
3. Describir los síntomas y signos más frecuentes en el embarazo molar.
4. Identificar el medio diagnóstico más utilizado.
5. Describir cual es el tipo de tratamiento que se les brindó a las pacientes con hidatidiforme en el Hospital Pedro de Bethancourt.
6. Cuantificar el número de casos que se diagnosticaron por patología

## V REVISION BIBLIOGRAFICA

### STORIA:

La mola hidatidiforme se ha conocido desde hace siglos. Los antiguos griegos la conocían.(15)

Es probable que algunas de las sorprendentes historias de partos múltiples con la carga de decenas y centenares de supuestos huevos o embriones, fueran en realidad molas hidatidiformes. La naturaleza y el origen de estos tumores fue por mucho tiempo debatido; no fue nada difícil ver la relación entre mola hidatidiforme y el corión, porque ambas tienen una disposición vellosa, por consiguiente, el origen fetal de la mola hidatidiforme se admitió pronto.(15)

Reigner y Graaf (1678) admitió que las vesículas eran de huevos no fecundados. Otros autores (Ruysch, Albumus) piensan que se debe a una alteración del huevo.

Boivin, Velpeau, Desormes, demostraron que se debía a una enfermedad de las membranas del huevo. Ch Robin, lo atribuye a una hidropesía de las vellosidades coriales. De estas investigaciones, Virchow, concluye que se deriva de un mixoma de las vellosidades coriales, de una verdadera hiperplasia de tejido mucoso que existe en el estado normal de toda vellosidad.

La mola sería así constituida por una degeneración quística de las vellosidades coriales, resultado de una hipertrofia del tejido mucoso; éste sería un mixoma de la placenta. Esta teoría fue combatida por H. Mueller, quien refiere que la mola resulta de la proliferación del epitelio de las vellosidades coriales; y por Erdam, quien insiste sobre la neoplasia de este epitelio.

Marchand cree que la modificación más importante es aquella de las partes vitelinas y podrían producir alteración hidrónica del tejido celular del corión.(15)

### DEFINICION:

Las neoplasias trofoblásticas gestacionales, constituyen una gama de tumores que tienen su origen en el huevo fecundado y cuyo comportamiento biológico abarca desde lesiones benignas hasta lesiones francamente malignas como lo es el trofoblastoma.(6,9,12,14)

## CLASIFICACION MORFOLOGICA:

La enfermedad del trofoblasto se clasifica en:

### MOLA HIDATIDIFORME:

La cual se caracteriza por alteración de las vellosidades coriónicas consistentes en grados variables de proliferación trofoblástica y edema de la estroma vellosa.(10)

### MOLA INVASORA:

También conocida como Corioadenoma Destruens, la cual se define como la mola hidatidiforme que invade el miometrio o las estructuras adyacentes.(1,11)

### CORIOCARCINOMA:

Es un tumor epitelial maligno de las células trofoblásticas que se derivan de cualquier forma de gestación previa normal o anormal, éste tumor tiene la característica de ser muy metastásico.(12)

### MOLA HIDATIDIFORME:

La mola hidatidiforme es un trastorno en el que las vellosidades coriónicas sobredistinguen mucho con líquido y aparecen como vesículas translúcidas que semejan racimos de uvas, éstas suelen ocupar la cavidad uterina pero raras veces pueden comportarse como un embarazo ectópico.

Histológicamente se caracteriza por tres elementos fundamentales que son:

1. La proliferación del trofoblasto
2. Marcado edema y tumefacción de las vellosidades coriónicas
3. Ausencia de vasos sanguíneos

El aspecto macroscópico clásico de la mola hidatidiforme es el de un racimo de uvas como el resultado de enorme edema de las vellosidades.(9)

Se le llama mola hidatidiforme COMPLETA o ANEMBRIONICA a aquella que resulta de degeneración hidrópica de las vellosidades sin feto ni amnios.

Mola hidatidiforme PARCIAL cuando las estructuras hidatidiformes son locales y existe un feto o al menos un saco amniótico.

#### DENCIA:

La mola hidatidiforme es la neoplasia trofoblástica gestacional más frecuente, ya que ituye del 80 al 85% de los tumores del trofoblasto.

Por razones poco claras la frecuencia varia considerablemente en diferentes regiones nundo desde 1:125 partos en México hasta 1:2500 en Estados Unidos de Norte ica. Según Aramburú en Guatemala la frecuencia de Mola Hidatidiforme es de partos normales lo que la hace ocupar uno de los primeros lugares de incidencia de razo molar.(10,11,12,13,14,15,18)

#### D:

La edad tiene una relación importante con la incidencia de mola hidatidiforme, el o más evidente de la edad se observa en mujeres mayores de 40 años pero también se erversado con bastante frecuencia en mujeres menores de 20 años.(10,11,12,15,18)

#### DGENIA:

Se han implicado muchos factores en la etiología de la mola hidatidiforme como lo la distribución geográfica, componentes dietéticos, nivel socio-económico bajo y onente genético.(1,4,9,10,11,12)

#### SO CLINICO:

La mola hidatidiforme en su inicio presenta la sintomatología y signología que paña a una gestación normal, sin embargo, en un tiempo variable aparecen entes manifestaciones clinicas que hacen sospechar que se está ante una gestación lógica.

El síntoma más frecuente es la hemorragia uterina anormal generalmente en el er trimestre de la gestación que se presenta en un 90% de las pacientes con embarazo r, debido a esta hemorragia las pacientes presentan anemia.

Otro síntoma es la hiperemesis gravídica en un 40% de los casos, hipertensión ial precoz en un 20%, síntomas y signos de hipertiroidismo en un 7% de los casos do a una tirotropina producida por el trofoblasto.

En el examen físico se encuentra generalmente a una paciente pálida con el útero de tamaño mayor al correspondiente a la amenorrea acompañado de ausencia de ruidos fetales a la palpación y de ruidos cardiacos fetales a la auscultación.

En más del 80% de los casos la primera prueba de mola hidatidiforme es la expt de tejido vesicular.(1,4,5,6,10,11,12,13)

#### DIAGNOSTICO:

Ante la sospecha clínica de mola hidatidiforme es primordial la realización de un estudio ultrasonográfico el cual demuestra una imagen endouterina típica de mola hidatidiforme la cual se caracteriza por aspecto de copos de nieve o panal de abeja. La seguridad y precisión de la ultrasonografía la hace ser la técnica diagnóstica de elección.(1,6,8,10,11,13)

#### MEDICIONES DE GONADOTROPINA CORIONICA:

Es un método diagnóstico de importancia ya que la mola hidatidiforme al igual que las otras enfermedades del trofoblasto elabora un marcador tumoral único y característico como lo es la gonadotropina coriónica, hormona que puede detectarse en suero u orina. En casi todas las pacientes con ésta patología Los niveles de ésta hormona se encuentran sumamente elevados, mucho más de lo que se encuentran en una gestación normal.(4,6,9,11,12,13)

#### AMNIOGRAMA:

Este método consiste en la instilación intrauterina transabdominal de una sustancia radiopaca, la cual se dispone alrededor de las vesículas coriónicas que produce una imagen radiográfica en panal, ésta técnica no se usa mucho por el riesgo de iniciar un trabajo de parto prematuro por la hiperosmolaridad del medio de contraste.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se debe hacer una diferenciación cuidadosa con embarazo normal, embarazo múltiple y embarazo ectópico, esto se logra por medio de ultrasonografía y mediciones de gonadotropina coriónica.(1,4,11,17)

## TRATAMIENTO:

Una vez confirmado el diagnóstico de embarazo molar este debe de interrumpirse mediatamente. El método de elección es el legrado por aspiración y administración de oxitocina, el cual va seguido por un raspado con cuchilla cortante.

Por lo general la pérdida hemática es moderada; pero se deben tomar precauciones para transfusiones masivas. Cuando se evacúa una mola hidatidiforme mayor de 12 semanas por aspirado debe tenerse todo preparado para una laparotomía de emergencia, la que puede requerirse histerectomía o ligadura bilateral de las arterias iliacas internas en caso de perforación o hemorragia profusa.(1,7,11)

## HISTEROTOMIA:

Esta se usa en los casos que no se puede usar el método de legrado por succión para evacuar la mola y se desea conservar el útero. Se infunde oxitocina y luego de la extracción de la mola se realiza el legrado a través de la incisión.(10)

## HISTERECTOMIA:

Debe considerarse este tratamiento en pacientes multiparas de 40 años y más, y en aquellas pacientes con 3 niños independientemente de la edad.

Existen datos que nos indican que las pacientes con tratamiento de histerectomía tienen 5 veces menor posibilidad de requerir en el futuro tratamiento con quimioterapia.(1,7,10,11)

## SEGUIMIENTO POST EVACUACION:

El objetivo principal del seguimiento es la detección inmediata de cualquier alteración que sugiera la existencia de degeneración maligna. Por este motivo toda paciente debe ser controlada con determinaciones cuantitativas de gonadotropina coriónica, ya que la mayoría de las pacientes negativizan sus títulos antes de las 12 semanas después del vaciamiento.(16,19)

Para llevar este control se deben tomar muestras seriadas de subunidad beta de gonadotropina coriónica a intervalos semanales hasta que esta disminuya en 3 estudios consecutivos, si no se presenta regresión espontánea de la titulación en 14 semanas o si una estabilización de esta última, deberá entonces repetir la titulación de subunidad beta mensualmente durante 1 año.

Las indicaciones para realizar quimioterapia durante el período de vigilancia post evacuación molar son:

1. Concentraciones de subunidad beta de gonadotropina coriónica crecientes de semanas consecutivas o dudosas en 3 semanas.
2. Valores de subunidad beta de gonadotropina coriónica en 15 semanas post evacuación.
3. Titulación creciente de subunidad beta después de haber alcanzado cifras normales.
4. Hemorragia post evacuación, así mismo debe iniciarse tratamiento cuando hay diagnóstico tisular de coriocarcinoma.(1,6,10,11,17)

#### TRATAMIENTO DE MOLAS NO METASTATIZANTE:

El tratamiento de elección es la quimioterapia con monodroga con la cual se logra remisión en más de un 80% de los casos, este tratamiento habitualmente se realiza con Metrotexate a 0.4 mg/kg/día por 5 días IM se repite cada dos a tres semanas si no se logra remisión cambiamos a Actinomicina a 0.5 mg/día por 5 días IV y repetir cada dos a tres semanas según los valores de leucocitos y plaquetas. Este tratamiento se debe mantener hasta lograr la negativización de los títulos de gonadotropina coriónica o sea cuando tienen tres títulos seriados semanales negativos.

La histerectomía está indicada en pacientes con hemorragia extrema incoercible con grave riesgo vital o con hemoperitoneo.(3,4,5,10)

#### TRATAMIENTO DE MOLA METASTATIZANTE:

Los sitios más frecuentes de metástasis por mola hidatidiforme son: Los pulmones, la vagina, la pelvis, el hígado y el cerebro otros menos frecuentes son: El riñón y el bazo.

El tratamiento de estas se divide en 2 grupos: De buen pronóstico y de mal pronóstico.(3,7,19)

#### AMIENTO DE BUEN PRONOSTICO;

El tratamiento quimioterápico es con monoterapia utilizándose el Metrotexate o actinomicina. Con las mismas dosis que la mola no metastatizante.

#### AMIENTO DE MAL PRONOSTICO:

Se inicia el tratamiento con una triple asociación de droga utilizándose Metrotexate a 15 mg diarios IM, Actinomicina 0.5 mg/día IV y Ciclofosfamida 5 mg/kg/día IV, los de cinco días repetidos a intervalos de dos a tres semanas.

En las metástasis cerebrales y hepáticas es fundamental asociar a la quimioterapia con (4,5,10)



## VI MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO: Estudio Retrospectivo Descriptivo.

Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes que consultaron al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala con diagnóstico de Mola Hidatidiforme entre Enero de 1990 a Diciembre de 1995.

### CRITERIOS DE INCLUSION:

- Mujeres
- Edad Reproductiva
- Embarazadas que consultan por hemorragia vaginal
- Hipertensión durante el primer trimestre de embarazo

### CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Post parto
- Menopáusicas
- Premenárrquicas
- Mujeres no embarazadas
- Embarazadas sin hemorragia vaginal

### VARIABLES ESTUDIADAS:

ARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CLASE DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
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	Años	Cuantitativa	Escala de razón
prevalencia	Número de casos de una enfermedad que se dieron en un tiempo determinado	Número de casos	Cuantitativa	Escala de razón
tratamiento	Sistema, método o procedimiento que se emplea para curar enfermedades	Sí utilizado No utilizado	Cualitativa	Escala nominal
paridad	Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos que ha tenido	Ladina Indígena	Cualitativa	Escala nominal
método diagnóstico	Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos sus síntomas, su historia clínica y los resultados de pruebas analíticas y de laboratorio	Sí utilizado No utilizado	Cualitativa	Escala nominal
paridad	Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos que ha tenido	Primigesta Multípara	Cuantitativa	Escala nominal
diagnóstico histológico	Diagnóstico al que se llega mediante el examen de la sustancia y función de los tejidos del organismo, especialmente de sus alteraciones, por medio de técnicas histológicas	Sí utilizado No utilizado	Cualitativa	Escala nominal
síntoma	Índice subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado tal como lo percibe el paciente	Frecuente No frecuente	Cualitativa	Escala nominal

## RECURSOS:

### 1. FISICOS:

Hospital Nacional Pedro de Bethancourt Antigua Guatemala  
Departamento de Archivo Hospital Nacional de Antigua Guatemala  
Expedientes Clínicos  
Boleta diseñada para la recolección de datos  
Equipo de oficina  
Material Bibliográfico  
Bibliotecas: USAC, Hospital Roosevelt, Hospital General San Juan de Dios, I  
INCAN, INCAP, APROFAM.

### 2. HUMANOS:

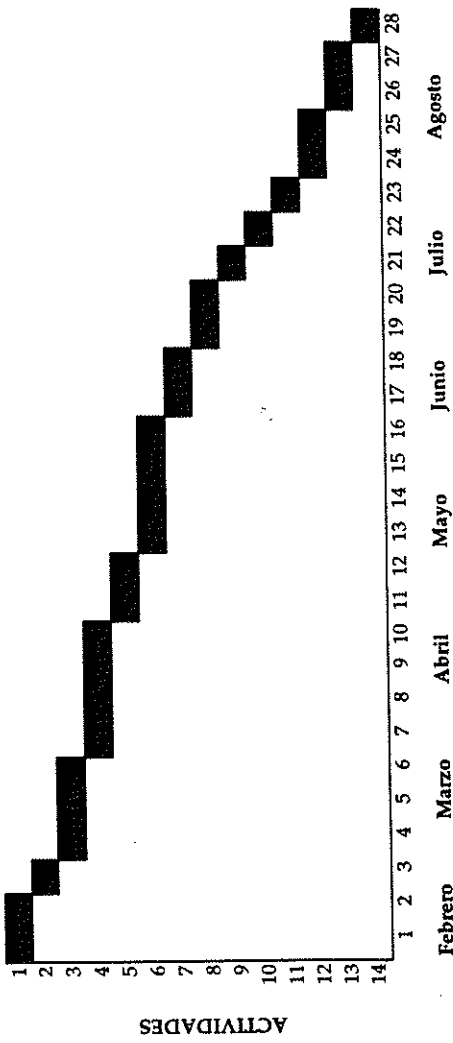
Personal del Departamento de Archivo del Hospital Nacional de Antigua  
Personal de las diferentes bibliotecas consultadas.

## TRATAMIENTO ESTADISTICO:

La información se obtuvo por medio de una boleta de recolección de datos; siendo fuente documental los expedientes clínicos que se encuentran en el departamento de archivo del Hospital Nacional de Antigua Guatemala.

Los datos obtenidos se tabularon y se presentan por medio de cuadros y gráficos (diagrama de barras), luego se procedió al análisis porcentual de los resultados, los cuales se utilizaron para la realización de conclusiones y recomendaciones.

GRAFICA DE GANTT



**ACTIVIDADES**

- 01 Selección del tema del proyecto de investigación
- 02 Elección del Asesor y Revisor
- 03 Recopilación del material bibliográfico
- 04 Elaboración del proyecto conjuntamente con Asesor y Revisor
- 05 Aprobación del proyecto por el Comité de Investigación del Hospital o Institución donde efectuará el estudio
- 06 Aprobación del proyecto por la Unidad de Tesis
- 07 Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información
- 08 Procesamiento de resultados, elaboración de tablas y gráficas
- 09 Análisis y discusión de resultados
- 10 Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen
- 11 Presentación del informe final para correcciones
- 12 Aprobación del informe final
- 13 Impresión del informe final y trámites administrativos
- 14 Examen público de defensa de la tesis.

**CUADRO No. 1**  
**PREVALENCIA DE EMBARAZO MOLAR EN EL**  
**DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL**  
**PEDRO DE BETHANCOURT**  
**DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995**

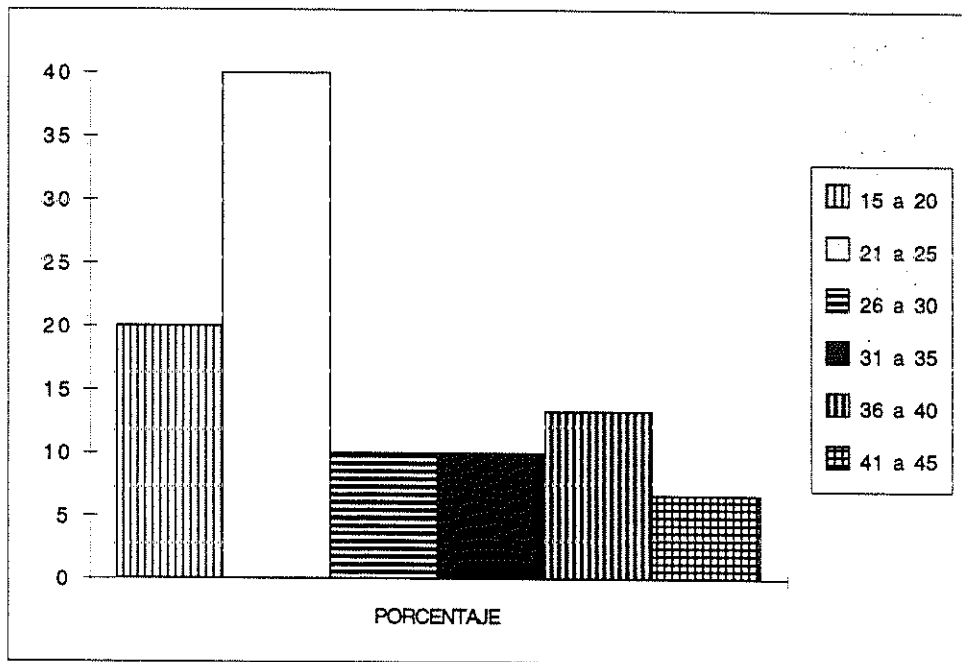
<b>POBLACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PREVALENCIA</b>
Partos Normales en 5 años	17330	0
Embarazo Molar	30	0
<b>TOTAL</b>	<b>17360</b>	<b>1.73 * 1000</b>

fuente: Boletas de Recolección de Datos  
Estadística del Depto. de Archivo.

**CUADRO No. 2**  
**EMBARAZO MOLAR SEGUN GRUPO ETAREO**  
**DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO**  
**DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL**  
**PEDRO DE BETHANCOURT**  
**DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 a 20	6	20
21 a 25	12	40
26 a 30	3	10
31 a 35	3	10
36 a 40	4	13.33
41 a 45	2	6.67
TOTAL	30	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

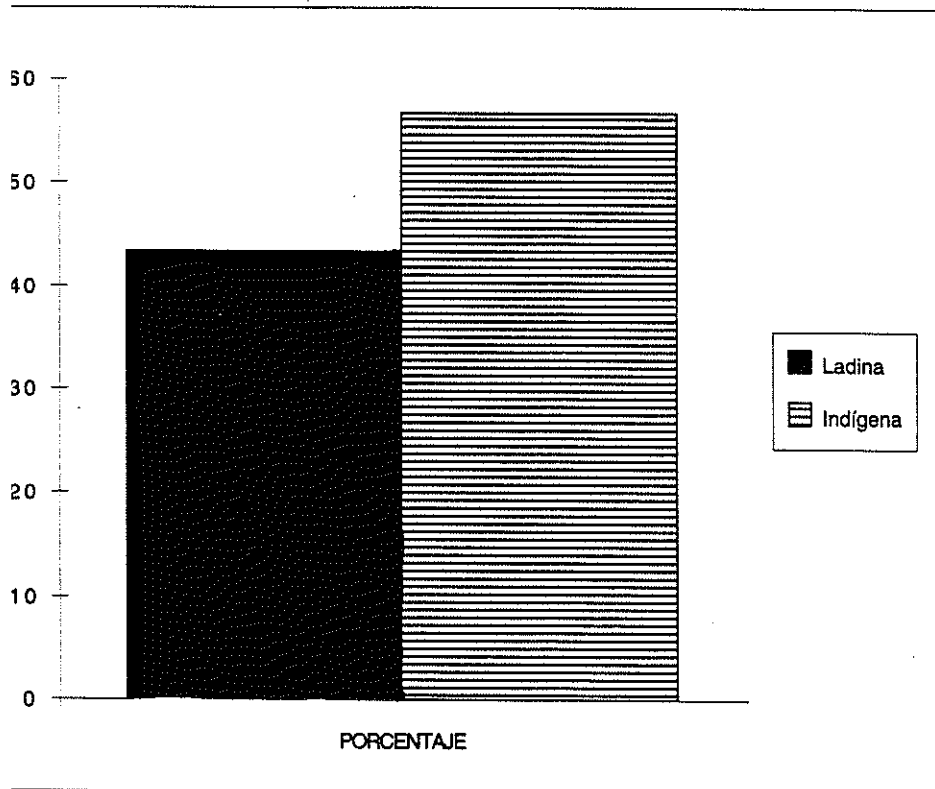


Fuente: Cuadro No. 2

**CUADRO No. 3**  
**EMBARAZO MOLAR SEGUN GRUPO ETNICO**  
**DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO**  
**DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL**  
**PEDRO DE BETHANCOURT**  
**DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995**

ETNIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ladina	13	43.33
Indígena	17	56.67
TOTAL	30	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

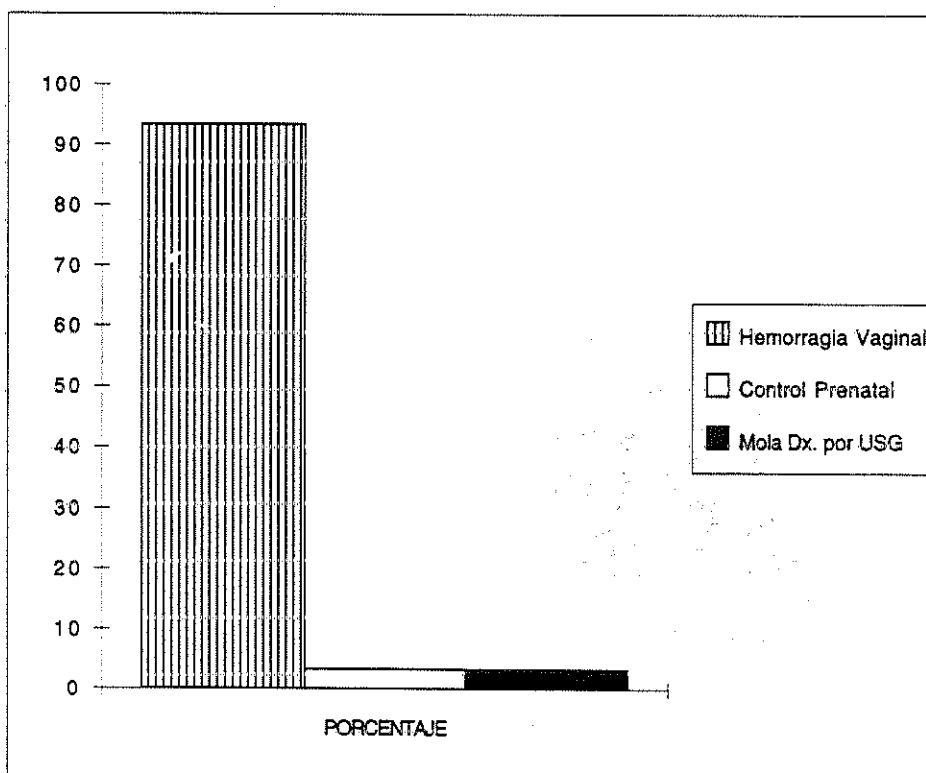


Fuente: Cuadro No. 3

**CUADRO No. 4**  
**EMBARAZO MOLAR SEGUN MOTIVO DE CONSULTA**  
**DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO**  
**DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL**  
**PEDRO DE BETHANCOURT**  
**DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995**

MOTIVO DE CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hemorragia Vaginal	28	93.34
Control Prenatal	1	3.33
Mola Dx. por USG	1	3.33
TOTAL	30	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.



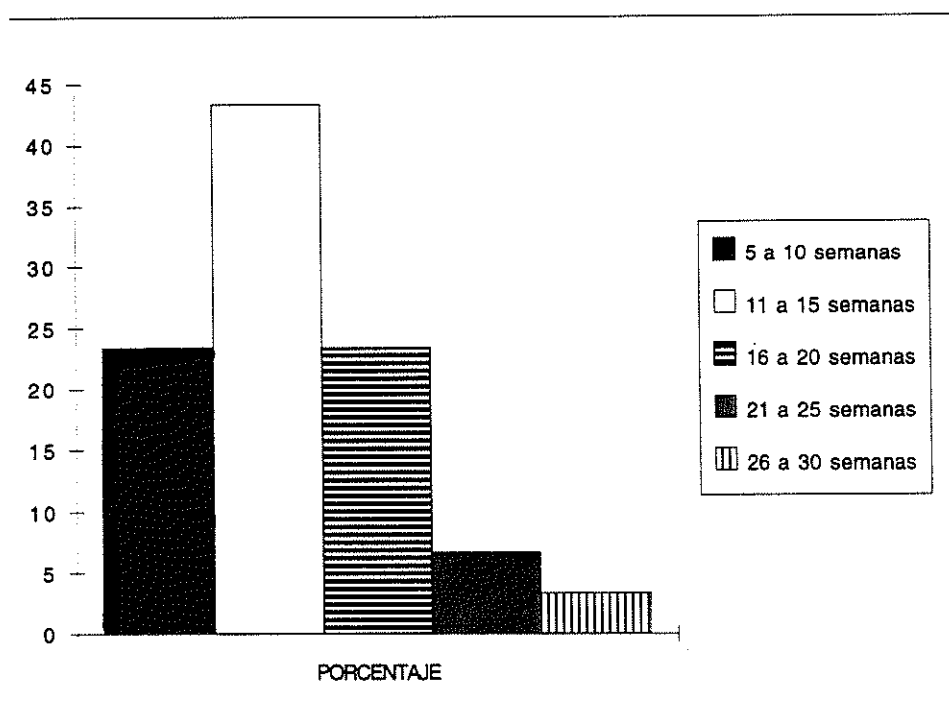
Fuente: Cuadro No. 4



**CUADRO No. 5**  
**EMBARAZO MOLAR SEGUN FECHA DE INICIO DE LOS**  
**SINTOMAS DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL**  
**DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL**  
**NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT**  
**DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995**

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5 a 10 semanas	7	23.33
11 a 15 semanas	13	43.33
16 a 20 semanas	7	23.33
21 a 25 semanas	2	6.67
26 a 30 semanas	1	3.33
TOTAL	30	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

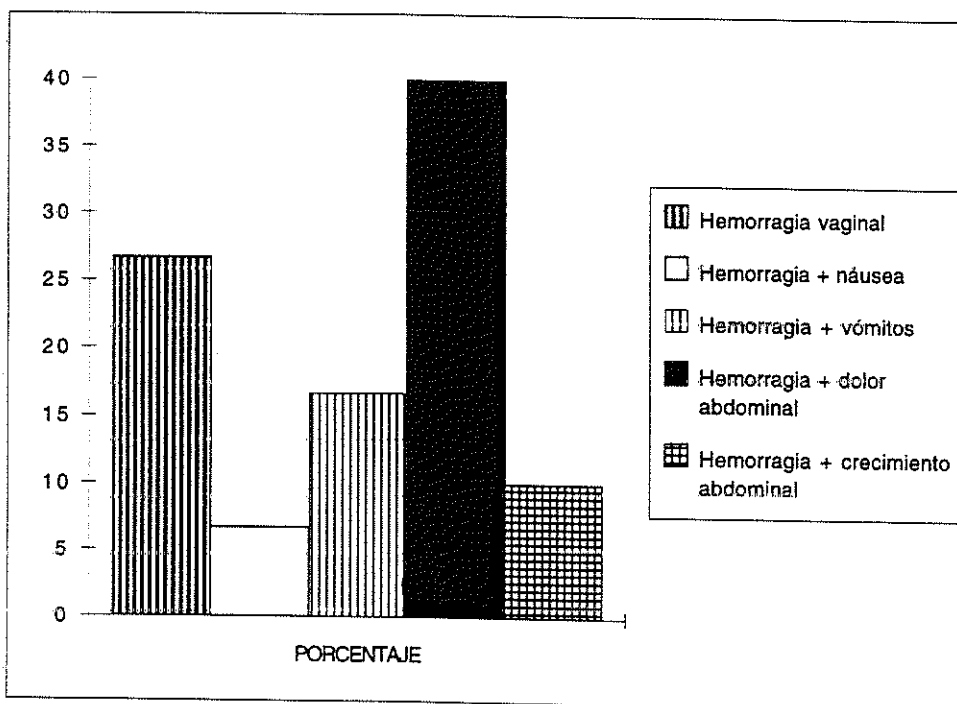


Fuente: Cuadro No. 5

**CUADRO No. 6**  
**EMBARAZO MOLAR SEGUN LOS SINTOMAS MAS**  
**FRECUENTES REFERIDOS POR LAS PACIENTES ATENDIDAS**  
**EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL**  
**NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT**  
**DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995**

SINTOMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hemorragia vaginal	8	26.67
Hemorragia + náusea	2	6.66
Hemorragia + vómitos	5	16.67
Hemorragia + dolor abdominal	12	40
Hemorragia + crecimiento abdominal	3	10
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

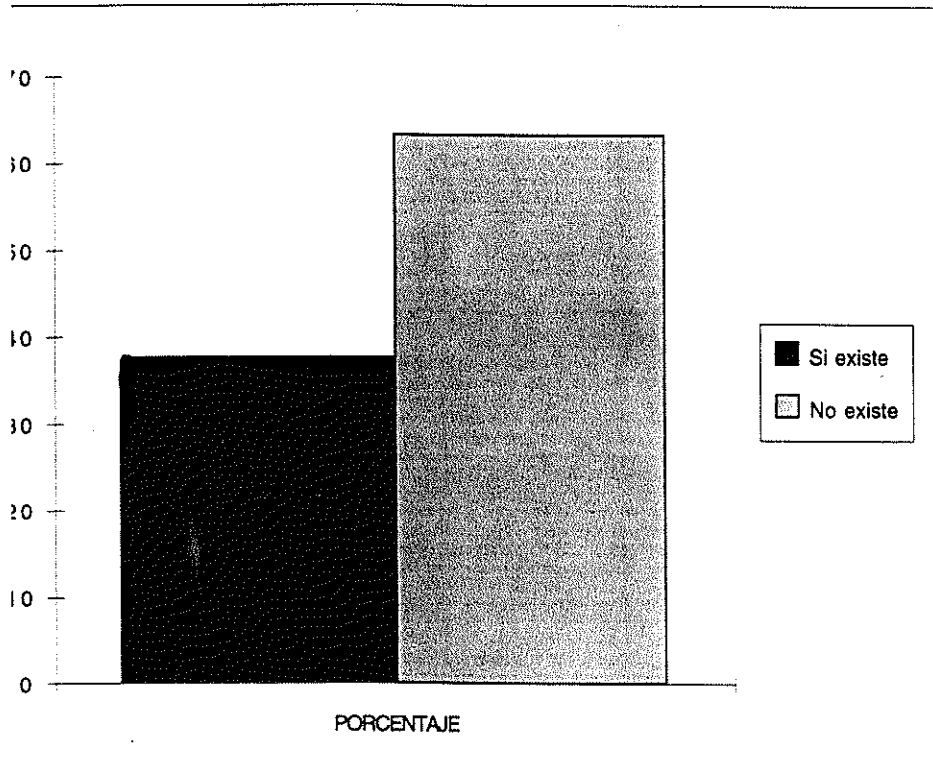


Fuente: Cuadro No. 6

**CUADRO No. 7**  
**EMBARAZO MOLAR SEGUN CORRELACION ENTRE**  
**ALTURA UTERINA Y FECHA DE ULTIMA REGLA**  
**DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE**  
**OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL**  
**PEDRO DE BETHANCOURT**  
**DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995**

CORRELACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si existe	11	37.67
No existe	19	63.33
TOTAL	30	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

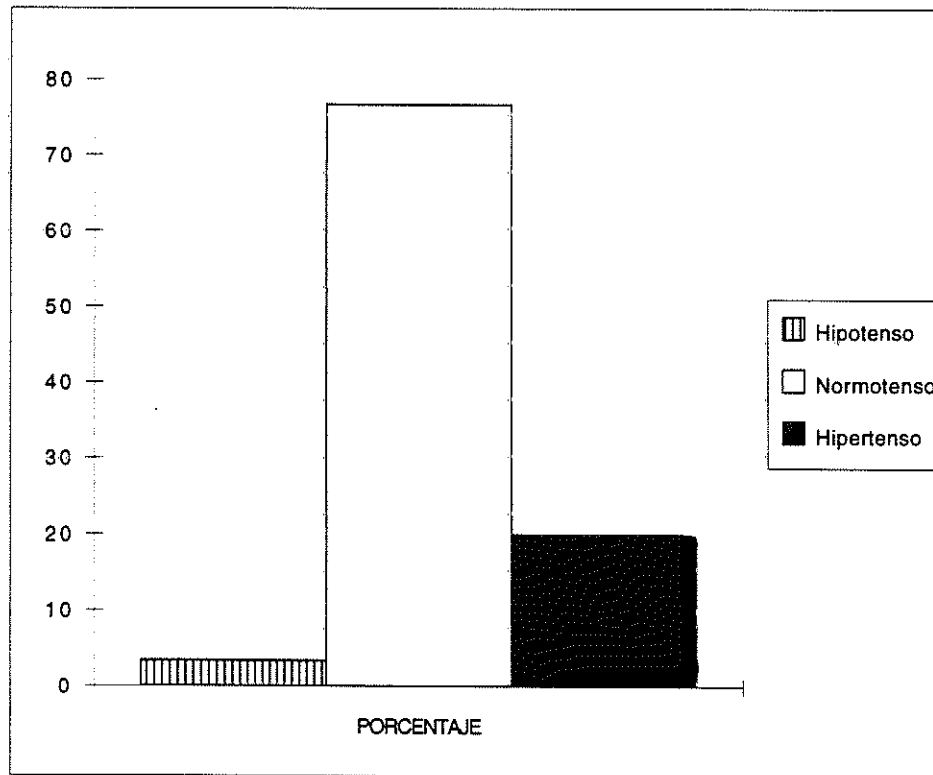


Fuente: Cuadro No. 7

**CUADRO No. 8**  
**EMBARAZO MOLAR SEGUN NIVEL DE PRESION ARTERIA**  
**DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE**  
**OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL**  
**PEDRO DE BETHANCOURT**  
**DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995**

P/A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipotenso	1	3.33
Normotenso	23	76.67
Hipertenso	6	20
TOTAL	30	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

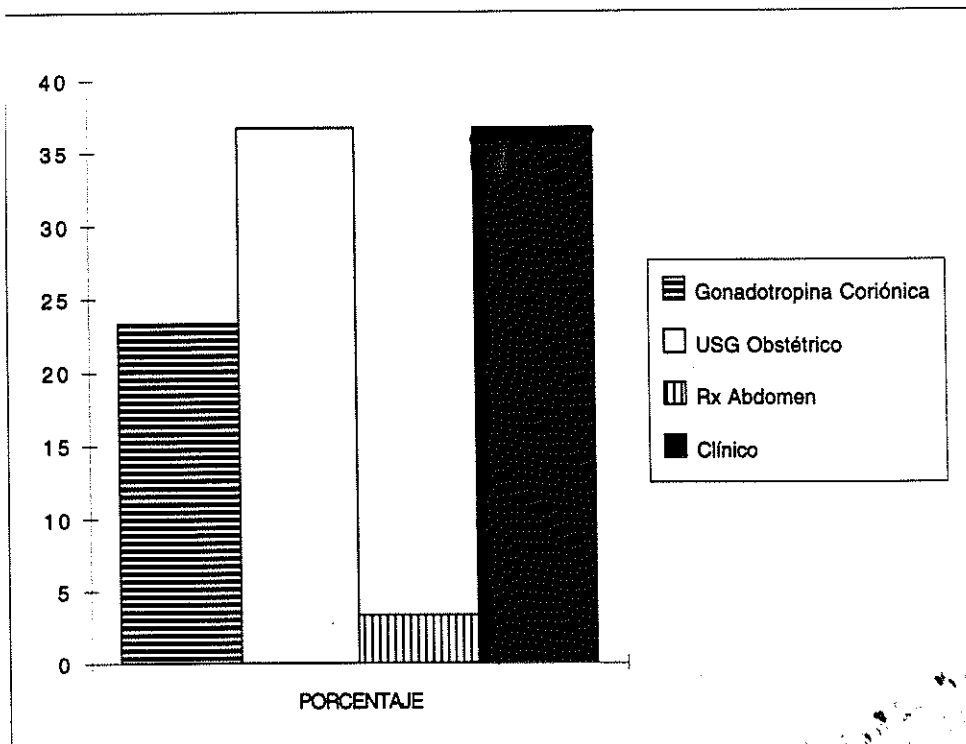


Fuente: Cuadro No. 8

**CUADRO No. 9**  
**EMBARAZO MOLAR SEGUN METODO DIAGNOSTICO**  
**UTILIZADO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL**  
**DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL**  
**NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT**  
**DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995**

METODO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Gonadotropina Coriónica	7	23.33
USG Obstétrico	11	36.67
Rx Abdomen	1	3.33
Clínico	11	36.67
TOTAL	30	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

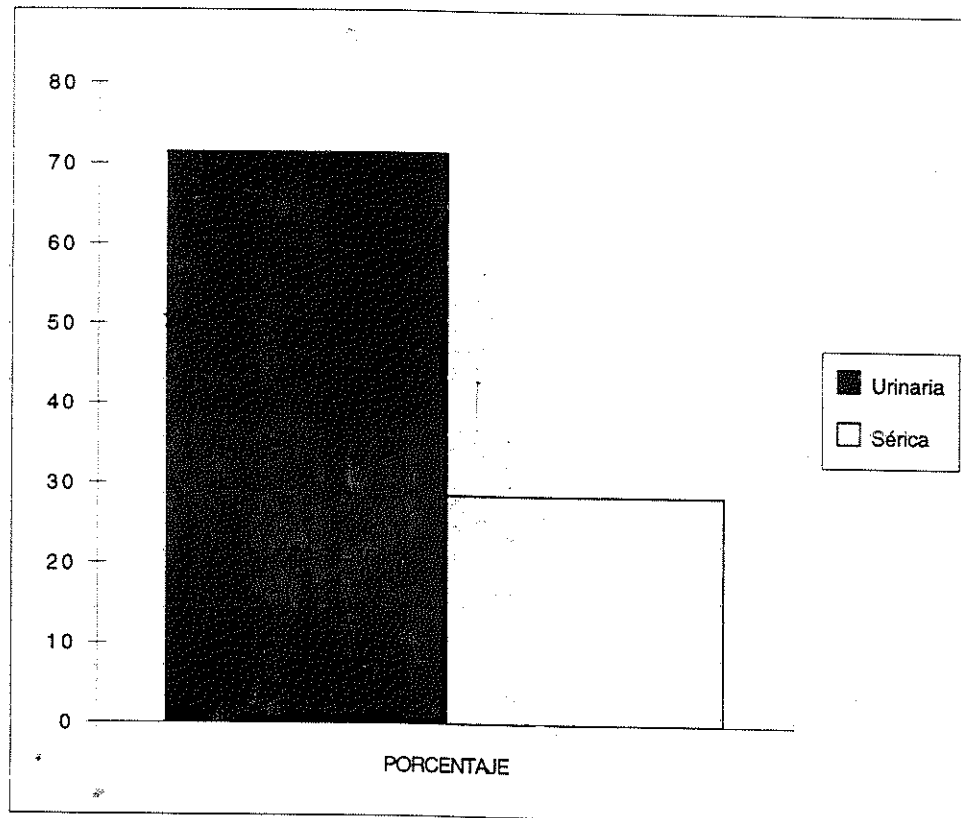


Fuente: Cuadro No. 9

**CUADRO No. 9 A**  
**EMBARAZO MOLAR SEGUN USO DE GONADOTROPINA**  
**CORIONICA, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL**  
**DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL**  
**NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT**  
**DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995**

GONADOTROPINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urinaria	5	71.43
Sérica	2	28.57
TOTAL	7	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

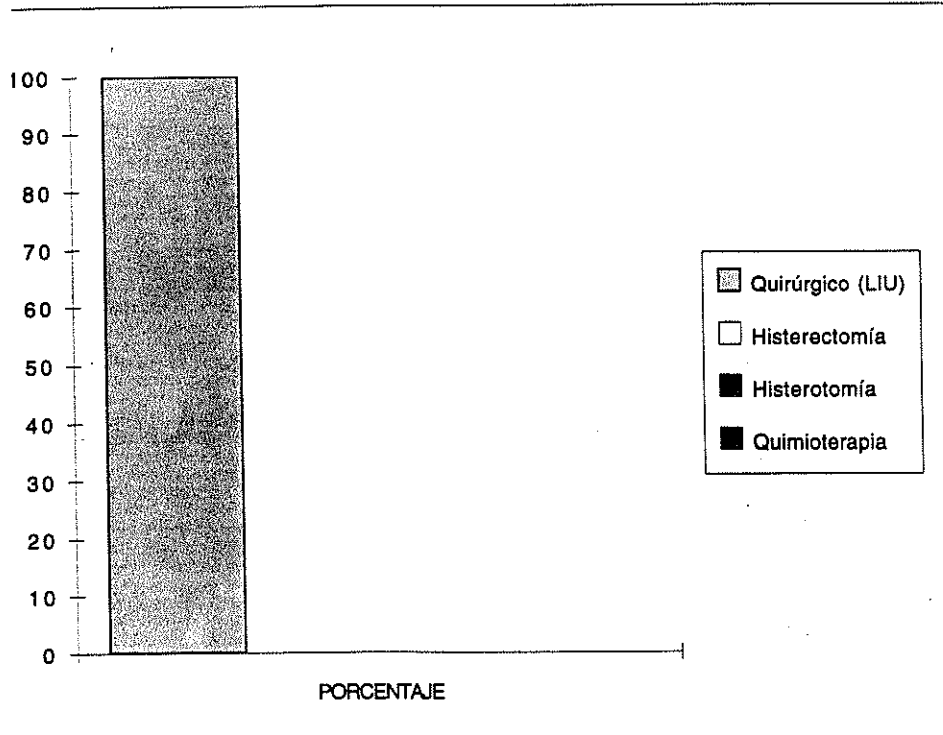


Fuente: Cuadro No. 9 A

**CUADRO No. 10**  
**EMBARAZO MOLAR SEGUN TIPO DE TRATAMIENTO**  
**UTILIZADO EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL**  
**DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL**  
**NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT**  
**DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995**

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Quirúrgico (LIU)	30	100
Histerectomía	0	0
Histerotomía	0	0
Quimioterapia	0	0
TOTAL	30	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

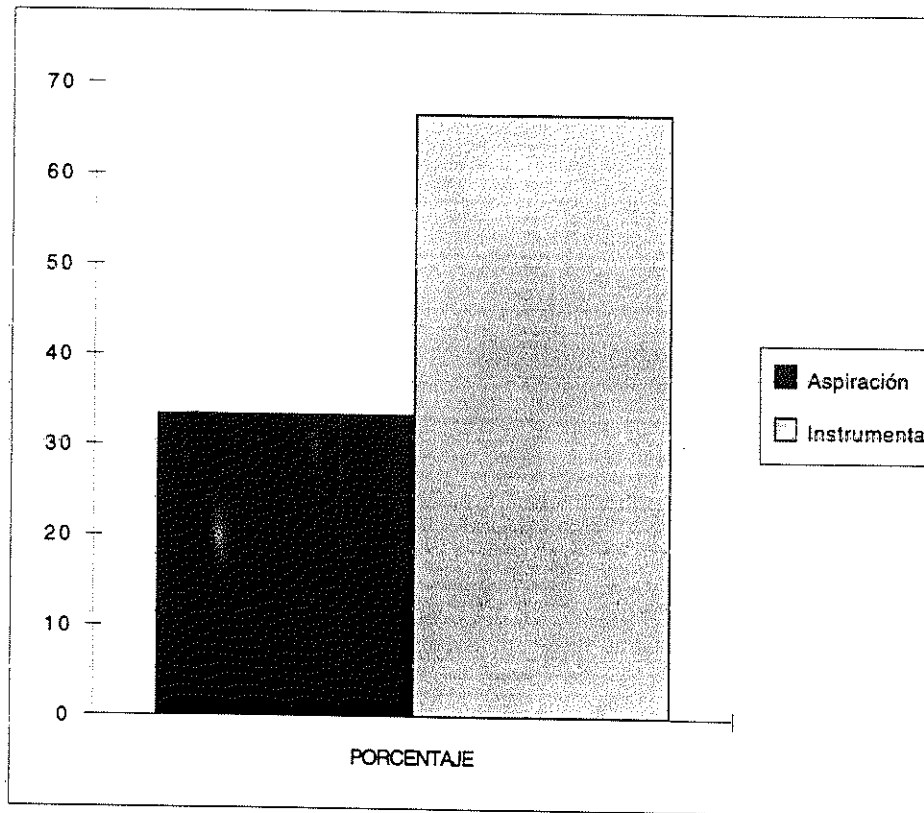


Fuente: Cuadro No. 10

**CUADRO No. 10 A**  
**EMBARAZO MOLAR SEGUN TIPO DE LEGRADO UTILIZADO**  
**EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE**  
**OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL**  
**PEDRO DE BETHANCOURT**  
**DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995**

LEGRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aspiración	10	33.33
Instrumental	20	66.67
TOTAL	30	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.



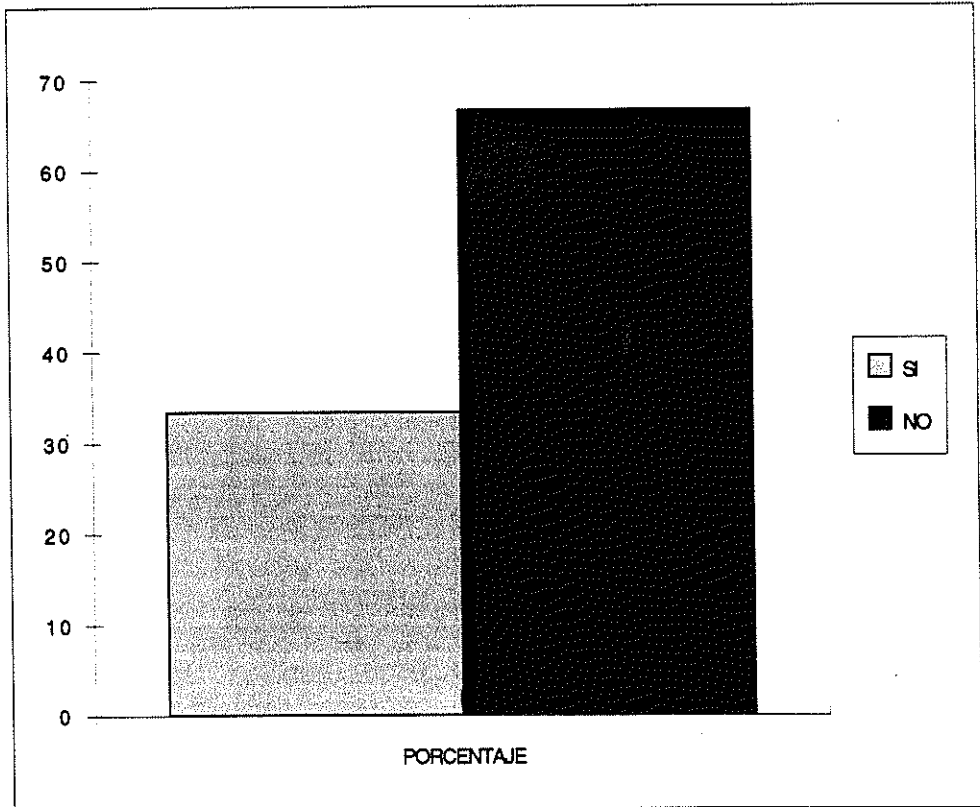
Fuente: Cuadro No. 10 A



**CUADRO No. 11**  
**EMBARAZO MOLAR SEGUN DIAGNOSTICO PATOLOGICO**  
**DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE**  
**OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL**  
**PEDRO DE BETHANCOURT**  
**DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995**

DX. PATOLOGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	33.33
NO	20	66.67
TOTAL	30	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.



Fuente: Cuadro No. 11

## VIII ANALISIS E INTERPRETACION DE CUADROS Y GRAFICAS

### CUADRO No. 1: (Prevalencia de mola hidatidiforme)

Podemos observar que la prevalencia de mola hidatidiforme en el Hospital Nacion de Antigua Guatemala es de 1.73 por cada 1000 partos normales, lo que nos indica que igual a la referida en la bibliografía, sin embargo no está de acuerdo con lo referido p Aramburú, quien refiere que la incidencia de mola hidatidiforme en Guatemala es de por 670 partos normales.

Pero es necesario tomar medidas congruentes para contrarrestar la aparición nuevos casos y complicaciones de los ya existentes.

### CUADRO Y GRAFICA No. 2: (Embarazo molar según grupo étnico)

Podemos observar que el 40 % de las pacientes que consultaron se encuentran en los 21 y 25 años de edad, lo cual nos indica que la población afectada es joven y encuentra en su época de mayor fertilidad. Aunque la causa del apareamiento de es tipo de patología en este grupo étnico aún se desconoce.

### CUADRO Y GRAFICA No. 3: (Embarazo molar según grupo étnico)

La población indígena cuenta con el mayor número de casos de embarazo molar el Hospital Nacional de Antigua Guatemala, (57%).

La causa de los problemas de salud en Guatemala están relacionados con el nivel pobreza, bajo nivel de alfabetismo y la insuficiente atención sanitaria que se le brinda a población, especialmente a la población del área rural; en donde la mayor parte de es población es indígena, la cual debido a su situación socioeconómica baja lo que la ha presa fácil de la desnutrición ya que la escasa cantidad de proteínas que consumen l gastan en la actividad física, no quedando de esta manera reserva para el producto gestación, aunado a esto el nivel cultural que posee esta población, algunas mujeres h presentado aborto en su domicilio sin consultar a ningún centro asistencial en busca atención médica por lo cual consideramos que algunas de estas mujeres presentan abor molar sin ser documentados.

**CUADRO Y GRAFICA No. 4: (Embarazo molar según motivo de consulta)**

Es evidente que la mayor parte de las pacientes que cursaron con mola hidatidiforme presentaron como síntoma principal hemorragia uterina anormal en el primer trimestre del embarazo (93.34%). Esto debido a que la hemorragia uterina constituye el signo principal en mola hidatidiforme, la cual puede variar desde manchas hasta hemorragias profusas; que pueden aparecer inmediatamente después del aborto o de forma intermitente durante semanas e incluso meses.

**CUADRO Y GRAFICA No. 5: (Embarazo molar según fecha de inicio de los síntomas)**

Podemos observar que el inicio de los síntomas de embarazo molar se presentó en el 66.66% de las mujeres con esta patología entre el primero y segundo trimestre de gestación, puesto que el embarazo molar inicia como una gestación normal, la mayoría de las pacientes inician con sintomatología como la hemorragia vaginal y un útero mayor de lo normal para la edad gestacional en el cuarto o quinto mes del embarazo lo que hace sospechar de un embarazo patológico.

**CUADRO Y GRAFICA No. 6: (Embarazo molar según los síntomas más frecuentes)**

Los principales síntomas por los que consultaron las pacientes son la hemorragia vaginal más dolor abdominal y hemorragia vaginal en el primer y segundo trimestre de gestación que constituyen un 40 y 26.67% respectivamente. Lo cual hace notar que la enfermedad trofoblástica gestacional suele presentarse con hemorragia vaginal y cólicos uterinos en el primer trimestre o a principios del segundo y a menudo estos síntomas son los que contribuyen a encontrar el diagnóstico de esta patología.

**CUADRO Y GRAFICA No. 7: (Embarazo molar según correlación entre altura uterina y fecha de última regla)**

En los resultados obtenidos del grupo estudiado podemos observar que en el 63.33% no existe correlación altura uterina y fecha de última regla.

El útero en crecimiento en el embarazo molar a menudo se agranda más rápidamente de lo habitual y su tamaño supera al que sería de esperar dada la fase de gestación del mismo el cual se evidencia con la palpación bimanual del útero.

**CUADRO Y GRAFICA No. 8: (Embarazo molar según nivel de presión arterial)**

De las pacientes que presentaron embarazo molar solamente un 20% curso con hipertensión arterial y el resto de la población presentaron una presión arterial dentro de límites normales. Es de especial importancia la asociación de hipertensión inducida por el embarazo con mola hidatidiforme, puesto que este síndrome rara vez se observa antes de las 24 semanas de gestación, excepto en estas circunstancias; su aparición en dicho período sugiere la existencia de una mola hidatidiforme.

**CUADRO Y GRAFICA No. 9 y 9 A: (Embarazo molar según método diagnóstico y uso de gonadotropina coriónica)**

El método más utilizado para diagnosticar mola hidatidiforme, en el grupo estudiado ha sido el ultrasonido obstétrico, esto debido a la seguridad que confiere. En los resultados obtenidos observamos que el 36.67% corresponde también a diagnóstico clínico, ya que muchas de las mujeres que padecieron mola hidatidiforme, se diagnosticaron al momento de ser legradas o por la expulsión de vesículas. Un número pequeño de las pacientes fue diagnosticado por medio de la medición de gonadotropina coriónica, lo cual nos indica que no se utiliza este método como lo refiere la bibliografía ya que es importante para el seguimiento post evacuación de dicha entidad clínica.

**CUADRO Y GRAFICA No. 10 Y 10 A: (Embarazo molar según tipo de tratamiento y tipo de legrado)**

Después de analizar los datos obtenidos relacionados con el tipo de tratamiento utilizado en las pacientes que presentaron la patología en cuestión, es evidente que en el 100% de las pacientes se utilizó tratamiento quirúrgico entre este se encuentra el legrado instrumental que representa el 66.67%, en esta institución no se ha empleado en mayor porcentaje el método de elección, el cual corresponde al legrado por aspiración con administración de oxitocina; sin embargo se obtuvieron los resultados deseados por el médico tratante.

**CUADRO Y GRAFICA No. 11: (Embarazo molar según diagnóstico patológico)**

En las pacientes estudiadas se confirmó por diagnóstico patológico en un 33.33% obteniendo el mayor porcentaje (66.67%) de pacientes en quienes no se utilizó este método, las cuales corren el riesgo de presentar posteriormente un coriocarcinoma "tumor epitelial maligno de las células trofoblásticas con características de ser metastásico" el cual es diagnosticado principalmente por patología.

## ix CONCLUSIONES

Después de haber realizado el estudio de prevalencia de embarazo molar en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala, se llegó a las siguientes conclusiones:

La prevalencia de embarazo molar en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala es de 1.73 por cada 1000 partos normales.

El grupo étnico más afectado está comprendido entre los 15 y 25 años de edad.

El grupo étnico más afectado es el indígena.

Que un 93.34% de las pacientes consultó por hemorragia vaginal en el primero y segundo trimestre de gestación.

Que a un 36.67% de las mujeres que presentaron mola hidatidiforme, esta se les diagnosticó hasta el momento de presentar un aborto (expulsión de vesículas) y en el momento de legarlas. Debido a que no llevan un control prenatal.

Que a la mayoría de las pacientes no se les realizó medición de gonadotropina coriónica.

Que a la mayoría de pacientes se les realizó legrado instrumental como tratamiento.

Que la mayoría de las papeletas revisadas carecen de informe patológico.

No se lleva un control post evacuación de mola hidatidiforme.

No existe protocolo para manejo de embarazo molar.

## X RECOMENDACIONES

1. A las mujeres en edad reproductiva, que tomen consciencia de la importancia de llevar un control prenatal adecuado, para el bienestar tanto de ellas como del producto de su gestación.
2. Al personal de Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, implementar programas de información y orientación sobre los riesgos y diferentes patologías a las que pueden enfrentar las mujeres gestantes.
3. Al personal médico que hagan consciencia de los riesgos que conlleva a largo plazo un embarazo molar al cual no se le da un seguimiento adecuado.
4. Hacer uso del material y equipo existentes en el hospital.
5. Hacer énfasis en la importancia que tiene la medición de gonadotropina coriónica en estas pacientes.
6. Al Trabajo Social que colabore con las pacientes con diagnóstico de hidatidiforme para la realización de estas pruebas diagnósticas.
7. La realización de un protocolo de manejo de embarazo molar, para beneficio de las pacientes.

## XI RESUMEN

Estudio retrospectivo descriptivo titulado "PREVALENCIA DE EMBARAZO MOLAR", efectuado en el Hospital Pedro Bethancourt Antigua Guatemala.

Para dicho estudio se revisaron las papeletas de enero de 1990 a diciembre de 1995, por medio de una boleta de recolección de datos con lo cual se obtuvieron 30 casos de la patología en estudio.

Entre los resultados obtenidos podemos observar que: La prevalencia de embarazo molar en este hospital es de 1.73 por cada 1000 partos normales.

El grupo étnico más afectado está comprendido entre los 15 y 25 años de edad (60%).

El grupo étnico más frecuente es el indígena (56.67%).

El 93.34% consultaron por hemorragia vaginal en el primer y segundo trimestre de gestación.

Entre los síntomas más frecuentes referidos por las pacientes encontramos hemorragia más dolor abdominal y hemorragia vaginal (40 y 26.67%) respectivamente.

En el 63.33% de las pacientes no existe correlación entre altura uterina y fecha de última regla.

El tipo de tratamiento utilizado en el 100% de las pacientes fue quirúrgico.

En el 66.66% de las pacientes no existe diagnóstico patológico.

## XII BIBLIOGRAFIA

1. Asociación de Ginecología y Obstetricia  
XI Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia  
Enfermedad Trofoblástica Gestacional  
Incidencia de Mola Hidatidiforme en el Hospital de la Mujer en 1994  
Neoplasia Trofoblástica Gestacional experiencia de cinco años  
Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 63, oct.-nov. 1995  
Pags. 33-34
2. Asociación de Ginecología y Obstetricia  
Enfermedad Trofoblástica Gestacional Estudio de 6 años en el Instituto Nacional  
Perinatología  
Ginecología y Obstetricia de México, Vol 63, nov 1995  
Pags. 478-482
3. Asociación de Ginecología y Obstetricia  
Tumor Trofoblástico Persistente, Informe de 15 casos en el Instituto Nacional  
Perinatología  
Ginecología y Obstetricia de México, Vol 63, oct. 1995  
Pags. 417-420
4. Asociación de Ginecología y Obstetricia  
Mola Hidatidiforme en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara  
Ginecología y Obstetricia de México, Vol 62, Jul. 1994  
Pags. 197-200
5. Bagshame, J. Demt, I.S. New Lan D. S.  
The Role of Low-Dose methotrexate and Folinic Acid in Gestational Trophoblastic  
Tumours.  
Obstetrical and Gynecological Survey  
Vol 45 No. 3 march 1990  
Pags. 200-201
6. Baum Morrow Mishell Kirsch  
Year Book Obstetrics and Gynecology  
Year Book Medical Inc. Chicago Boca Raton 1989  
Pags. 292-295



Benson Ralph  
Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétrico.  
5ta. Edición, México D.F.  
Editorial Manual Moderno S.A. de C.V. 1989  
Pags. 904-914

Douglas-Stromme, Edward J. Quilligan Frederick P. Zuspan  
Biblioteca Internacional de Ginecología y Obstetricia Operatoria 1991-1992

Hunter, E. Raymond C. Chrisfesen  
Efficacy of The Metastatic Survey in the Staging of Gestational Trophoblastic disease .  
Obstetrical and Gynecological Survey Vol 45, No. 9 Sept. 1990  
Pags. 617-618.

Instituto Nacional de Perinatología  
Enfermedad Trofoblástica Gestacional en: Normas y Procedimientos de Obstetricia y  
Ginecología  
México 1994  
Pags. 18-20

Margili G. Spáynolo D. Kral ecchil, Maggi T.  
More on the importance of transvaginal ultrasonography follow-up in the treatment  
of persistent hidatidiform mole  
American Journal of Obstetrics and Gynecology Vol 171 # 6 Dec. 1994  
Pags. 1675-1679

Mishell Daniel R.  
Obstetrics & Gynecology  
Edited by J.R.M.D. 1990  
Pags. 449-454

Mosby  
Enciclopedia de Medicina y Enfermeria  
España, Grupo Editorial Océano 1990

Novak  
Tratado de Ginecología  
Décimo primera edición  
Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V.1991  
Pags. 767-791

15. Pérez Sánchez Alfredo  
Obstetricia  
2a. Edición, Santiago de Chile.  
Publicaciones Técnicas Mediterraneo 1992.  
Pags. 490-495
16. Pernoll Martin L.  
Diagnóstico Gineco-Obstétrico  
6a. edición traducida de la 7a. en inglés  
Editado en México D.F, Sta. Fe Bogotá  
Editorial Manual Moderno.S.A. de C.V. 1992  
Pags. 904-914
17. Robbins y Cotran  
Patología Estructural y Funcional  
4a. Edición.  
Editorial Interamericana, Mc. Graw-Hill 1990  
Pags. 1139-1142.
18. Schwarcz  
Obstetricia  
4a. Edición, Buenos Aires Argentina.  
Segunda Impresión 1988.
19. Williams  
Obstetricia  
3a. Edición México D.F.  
Salvat Editores S.A. 1993  
Pags. 431-440
20. Zarain JA.  
Frecuencia y control terapéutico de la enfermedad Trofoblástica Gestacional  
Ginecología y Obstetricia de México Vol 54 Agosto 1989  
Pags. 8-11

**xiii ANEXOS**

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha:

No. de Registro

\_\_\_\_\_ Grupo Etnico \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta: \_\_\_\_\_

Edad Gestacional: \_\_\_\_\_

Síntomas presentados por la paciente:

Hemorragia Vaginal \_\_\_\_\_

Náuseas \_\_\_\_\_

Vómitos \_\_\_\_\_

Dolor Abdominal \_\_\_\_\_

Crecimiento abdominal \_\_\_\_\_

EXAMEN FISICO:

Altura Uterina: \_\_\_\_\_

P/A: \_\_\_\_\_

Existe correlación altura uterina y fecha de última regla:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO:

Método Diagnóstico utilizado; Medición de Gonadotropina Coriónica:

a) Urinaria \_\_\_\_\_

b). Sérica \_\_\_\_\_

c) Ultrasonido Obstétrico \_\_\_\_\_

d) Rayos X de Abdomen \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO:

Quirúrgico: Legrado: a) Aspiración \_\_\_\_\_ b). Instrumental \_\_\_\_\_

Histerectomía \_\_\_\_\_ Histerotomía \_\_\_\_\_ Quimioterapia \_\_\_\_\_

LABORATORIOS:

Gonadotropina Coriónica SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Se realizó diagnóstico patológico? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_