

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS.**

TITULO

**ASPECTOS MÉDICOS DEL EMBARAZO MOLAR, DESDE 2005 HASTA
EL 2015 EN EL ÁREA GINECOLÓGICA DEL HOSPITAL RODRIGUEZ
ZAMBRANO: PROPUESTA.PLAN DE CAPACITACIÓN SOBRE
MANEJO DEL EMBARAZO MOLAR”**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL
GRADO ACADEMICO DE MAGISTER EN EMERGENCIA MÉDICAS.**

AUTOR

Dra. GLADYS ALEXANDRA VELEZ LEMA

TUTOR

Dra. JOHANA GABRIELA ALCIVAR.

AÑO 2016

GUAYAQUIL- ECUADOR.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TITULO Y SUBTITULO: “ASPECTOS MÉDICOS DEL EMBARAZO MOLAR, DESDE 2005 HASTA EL 2015 EN EL ÁREA GINECOLÓGICA DEL HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO: PROPUESTA.PLAN DE CAPACITACIÓN COMUNITARIA”

AUTOR/ES: DRA. GLADYS ALEXANDRA VELEZ LEMA

REVISORES: Dra. JOHANA GABRIELA ALCIVAR
Obstetriz. CARMEN MARIN.

INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS

PROGRAMA: POSTGRADO

FECHA DE PULICACIÓN:

NO. DE PÁGS: 30

ÁREA TEMÁTICA: Emergencias Médicas.

PALABRAS CLAVES: embarazo adolescente, parto prematuro, complicaciones, propuesta educativa

RESUMEN: El embarazo molar es una patología de alto riesgo en pacientes gestantes que se relaciona a múltiples factores, cuya prevalencia varía entre las distintas regiones a nivel mundial y Ecuador no es la excepción de la incidencia del embarazo molar y sus complicaciones. El objetivo es determinar los aspectos médicos en el embarazo molar desde el 2005 hasta el 2015 en el área de ginecología del Hospital Rodríguez Zambrano; la metodología que se utilizó es de enfoque cuantitativo, el método es analítico y retrospectivo, cuyo universo estuvo constituido por 60 historias clínicas atendidas en el servicio de Ginecología del HRZ. La muestra fue 31 casos que presentaron embarazo molar durante el estudio, los datos fueron recolectados en un formulario previamente diseñado, la tabulación y análisis se realizó en el programa Microsoft excel y software SPSS versión 21, los resultados se observó alta prevalencia de la enfermedad entre el rango de 15 a 20 años con el 41,9%, la preeclampsia se constituyó en el factor de riesgo más asociado a la patología en estudio con el 48%. Se concluye que el embarazo molar es de presentación frecuente en las gestantes, ante ello se debe tener un control para su detección temprana tiempo y prevenir las futuras complicaciones. Por ello se propone un plan de capacitación comunitaria.

N° DE REGISTRO(en base de datos):

N° DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web)

ADJUNTO URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI

NO

CONTACTO CON AUTORES/ES:

Teléfono: 0998448268

E-mail:
alexavelez05@gmail.com

CONTACTO EN LA INSTITUCION:

Nombre: Escuela de Graduados

Teléfono: 2288086

Email. egraduadosug@hotmail.com

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del estudiante. Dra. GLADYS ALEXANDRA VELEZ LEMA del Programa de Maestría en Nutrición, nombrado por el Director(a) de Unidad de Postgrado Investigación y Desarrollo CERTIFICO: “ASPECTOS MÉDICOS DEL EMBARAZO MOLAR, DESDE 2005 HASTA EL 2015 EN EL ÁREA GINECOLÓGICA DEL HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO: PROPUESTA.PLAN DE CAPACITACIÓN COMUNITARIA”, que el estudio de caso del examen complejo titulado, en opción al grado académico de Magíster (Especialista) en Docencia y Gerencia en Educación Superior, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente

Dra. JOHANA GABRIELA ALCIVAR

TUTOR

Guayaquil, diciembre de 2016

AGRADECIMIENTO

A mis padres.

DEDICATORIA

A Dios.

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de este trabajo de titulación especial, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL”

Dra. GLADYS ALEXANDRA VELEZ LEMA

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	13
DELIMITACIÓN DEL TEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETO DE ESTUDIO Y CAMPO DE INVESTIGACIÓN.....	14
OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS.....	14
1. MARCO TEÓRICO.....	16
1.1. Teorías generales.....	46
1.2 Teorías sustantivas	18
1.3 Teorías empíricas	20
2. MARCO METODOLÓGICO	22
2.1 Metodología	22
2.2 Método	22
2.3 Hipótesis	22
2.4 Universo y muestra.....	22
2.5 Operacionalización de las variables	22
2.5.1 Gestión de datos	22
2.5.2 Criterios éticos de la investigación	23
3. RESULTADOS	24
4. DISCUSIÓN	26
5. PROPUESTA.....	28
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	31
ANEXOS	35

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Incidencia de embarazo molar	38
Tabla 2.- Incidencia de embarazo molar en relación a la edad.....	38
Tabla 3.- Variables cualitativas del estudio	38
Tabla 4.- Complicaciones embarazo molar relación a la edad gestacional.....	38
Tabla 5.- Complicaciones embarazo molar en relación a la paridad.....	38
Tabla 6.- Complicaciones embarazo molar en relación a los métodos de diagnóstico.....	39
Tabla 7.- Complicaciones embarazo molar en relación a tratamiento	39
Tabla 8.- Complicaciones embarazo molar en relación al rol médico	39

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.- Árbol de problemas.....	35
Gráfico 1. Complicaciones del embarazo molar.....,	40

RESUMEN

El embarazo molar es una patología de alto riesgo en pacientes gestantes que se relaciona a múltiples factores, cuya prevalencia varía entre las distintas regiones a nivel mundial y Ecuador no es la excepción de la incidencia del embarazo molar y sus complicaciones. El objetivo es determinar los aspectos médicos en el embarazo molar desde el 2005 hasta el 2015 en el área de ginecología del Hospital Rodríguez Zambrano; la metodología que se utilizó es de enfoque cuantitativo, el método es analítico y retrospectivo, cuyo universo estuvo constituido por 60 historias clínicas atendidas en el servicio de Ginecología del HRZ. La muestra fue 31 casos que presentaron embarazo molar durante el estudio, los datos fueron recolectados en un formulario previamente diseñado, la tabulación y análisis se realizó en el programa Microsoft Excel y software SPSS versión 21, los resultados se observó alta prevalencia de la enfermedad entre el rango de 15 a 20 años con el 41,9%, la preeclampsia se constituyó en el factor de riesgo más asociado a la patología en estudio con el 48%. Se concluye que el embarazo molar es de presentación frecuente en las gestantes, ante ello se debe tener un control para su detección temprana tiempo y prevenir las futuras complicaciones. Por ello se propone un plan de capacitación comunitaria.

Palabras Clave: embarazo molar, preeclampsia, ginecología.

ABSTRACT

Molar pregnancy is a high-risk pathology in pregnant patients that is related to multiple factors, whose prevalence varies between different regions worldwide and Ecuador is no exception to the incidence of molar pregnancy and its complications. The objective is to determine the medical aspects in the molar pregnancy from 2005 to 2015 in the gynecology area of the Hospital Rodríguez Zambrano; the methodology used is a quantitative approach, the method is analytical and retrospective, whose universe was constituted by 60 clinical histories attended at the Gynecology service of the HRZ. The sample was 31 cases that presented molar pregnancy during the study, data were collected on a previously designed form, tabulation and analysis was performed in the Microsoft Excel program and SPSS version 21 software, results were observed high prevalence of disease among The range of 15 to 20 years with 41.9%, preeclampsia was the risk factor most associated with the pathology under study with 48%. It is concluded that molar pregnancy is frequently present in pregnant women, before it should have a control for their early detection and prevent future complications. Therefore, a community training plan is proposed.

Keywords: molar pregnancy, preeclampsia, gynecology.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la sociedad ecuatoriana está pasando por procesos de cambios en salud, por ello se hace énfasis en los aspectos referentes al embarazo molar que se presenta en la población, a nivel mundial se está presentando con mayor incidencia en mujeres en etapa o procesos de embarazo que conlleva a tener complicaciones para la salud de la madre y fetal, pero Ecuador no se escapa de esta realidad. En este proceso se pudo notar que existen estudios que permiten tener una idea un poco más clara en este aspecto, anteriormente no existían estudios referentes a esta patología pero en base a investigaciones recientes, se pretende realizar una serie de actualizaciones informativas comunitarias, porque la sociedad tenga conciencia de que se trata de una afección cada vez más común que lo que parece.

Delimitación del problema:

El incremento de las complicaciones del embarazo molar está dado por mayor susceptibilidad a embarazos de alto riesgo, problemas psicosociales, poca cobertura y limitado acceso a los servicios de atención primaria, falta de capacitación a las adolescentes sobre el embarazo molar, debido al incremento de la incidencia y prevalencia de casos de embarazo molar y sus complicaciones, es fundamental la importancia de los aspectos médicos para la prevención y manejo de las complicaciones por esta patología.

La formulación del problema se construye: ¿Cómo influyen los aspectos médicos en el manejo del embarazo molar?

El presente estudio se justifica porque el embarazo molar al ser una patología poco frecuente y relacionado a múltiples factores de riesgo que varían según las poblaciones y las características de la población, no se evidencian datos confiables en nuestro país que nos

orienten sobre las condiciones en la que esta patología puede variar e influir a la hora de tomar una correcta decisión en el manejo y así evitar futuras complicaciones, por lo antes mencionado se hace necesario realizar este estudio para determinar si los aspectos médicos se relacionan o no con los factores mencionados en la literatura a nivel mundial y de esta manera en lo posterior poder tener un punto de vista más objetivo sobre la presentación del embarazo molar en nuestro país.

El objeto del estudio.

Embarazo Molar.

Campo de acción:

Aspectos médicos del Embarazo Molar

Objetivos

Objetivos Generales

Establecer la relación entre los aspectos médicos y las complicaciones del embarazo molar en el área de ginecología del Hospital Rodríguez Zambrano.

Para dar cumplimiento al objetivo general se planteó los siguientes objetivos específicos:

- Caracterizar las condiciones más comunes que se relacionan con embarazo molar tales como: edad, paridad, enfermedad trofoblástica gestacional previa, antecedentes de aborto, número de abortos, método anticonceptivos orales previos, factores de riesgo y complicaciones.
- Establecer el tipo de embarazo molar que se presenta con mayor frecuencia.

- Determinar el tipo de tratamiento y el método diagnóstico para embarazo molar
- Diseñar un plan de capacitación comunitaria

Novedad científica

Mejorar el manejo desde la perspectiva medica en relación al embarazo molar con lo últimos avances científicos a nivel mundial que tiene como finalidad la preservación de la fertilidad en las pacientes gestantes y poder establecer una mejor calidad de vida. Con la ayuda de planes de capacitaciones comunitarias para mejorar las medidas preventivas de la enfermedad.

Variable independiente: Aspectos médicos clínicos

Variable dependiente: Complicaciones del embarazo molar

Capítulo 1

Marco teórico

1.1 Teorías generales

La enfermedad trofoblástica gestacional o embarazo molar es un grupo de trastornos que afecta a la mujer en la edad fértil, las mismas pueden ir desde lesiones benignas hasta malignas según su diferenciación y que tienen en común la proliferación anormal del trofoblasto de la placenta humana. Este grupo de enfermedades tienen como denominador común la hipersecreción de la subunidad Beta, de la gonadotropina coriónica humana, (β hCG) por lo que el seguimiento se realiza de acuerdo a los hallazgos clínicos y las determinaciones seriadas de los niveles de β hCG. (Acosta-Hurtado, González-Moreno, & Arana-Murillo, 2013)(V. M. García, Gómez, Santiago, & Pérez, 2012)

Las estimaciones de la incidencia de ETG varían de manera impresionante en las diversas regiones del mundo. Por ejemplo, la incidencia de embarazo molar en Japón (2.0 por 1000 embarazos) se considera cerca de tres veces mayor que la que ocurre en Europa o América (entre 0,6 y 1,1 por 1000 embarazos). Las variaciones en las tasas de incidencia de embarazo molar pueden deberse en parte a diferencias entre la notificación de los datos basados en la población y aquellos basados en los hospitales.(Protocolos, 2012)

La mola hidatiforme constituye aproximadamente el 80% de las patologías de la enfermedad trofoblástica gestacional por lo que algunos investigadores consideran que hablar sobre mola hidatidiforme es igual que hablar sobre la enfermedad trofoblástica gestacional, se caracteriza por degeneración hidrópica de las vellosidades coriales, proliferación del cito y sinciciotrofoblasto, ausencia de vascularización y de elementos fetales. Entre el 15-20% de

los pacientes con mola completa presentan neoplasia trofoblástica gestacional. Del total de neoplasia trofoblástica gestacional el 15% se va a presentar como enfermedad localizada y el 4% como metastásica. (Ngan et al., 2012) (V. S. García, Pérez, Rodelgo, Calvo, & Prieto, 2012)

El embarazo molar comprende dos entidades distintas: mola total o completa, mola parcial y embarazo molar gemelar, el embarazo molar completo no presenta tejido embrionario o fetal, se caracteriza por hiperplasia trofoblástica difusa de las vellosidades coriales con una marcada atipia del trofoblasto del sitio de implantación, la parcial presenta ciertos elementos de tejido fetal y cambios hidatiformes que son focales o menos. Los casos de embarazos gemelares con presencia de enfermedad trofoblástica gestacional son muy poco frecuentes, con una incidencia de 1 en cada 100.000 casos, por lo tanto es una circunstancia obstétrica poco conocida y hay que tener en cuenta tales casos ya que conlleva a complicaciones maternas y fetales. (Sandra, Luis Norberto, & Yoliaris, 2012) (Soto, 2013)

La mola invasora se caracteriza por la presencia de vellosidades coriónicas agrandadas que penetran profundamente en el miometrio a veces con daño del peritoneo, el parametrio o la cúpula vaginal. Histopatológicamente la mola invasora es similar al coriocarcinoma con la producción de metástasis secundaria especialmente en la vagina y los pulmones, pero a diferencia del coriocarcinoma, una mola invasora puede desaparecer espontáneamente. Morfológicamente una mola invasiva es distinguible del coriocarcinoma por la presencia de las vellosidades que en el coriocarcinoma van a estar ausentes. (Flores Acosta, Barboza Quintana, Vidal Gutiérrez, & Morales Martínez, 2010)

El coriocarcinoma es un tumor maligno invasivo del epitelio trofoblástico de la placenta que se caracteriza por hiperplasia trofoblástica, ausencia de vellosidades, hemorragia y necrosis. El 50% de los coriocarcinoma provienen de mola hidatiforme y el

otro 50% de cualquier otro tipo. Gracias a su gran capacidad de angioinvasión facilita su diseminación y propicia el desarrollo de las metástasis de manera temprana hacia el pulmón (75%) y la vagina (50%). Su incidencia es 1/20 000 gestaciones y cuanto más anómalo sea el embarazo mayor es el riesgo de que presente metástasis con una mortalidad de 10% a 15% (Guerrero-Hernández, Jennings-Aguilar, López-Zúñiga, Ochoa-Carrillo, & Briones-Garduño, 2012)

Tumor trofoblástico del sitio placentario es un tumor poco común representando el 0,23 a 3% de las enfermedades trofoblásticas gestacionales que surge del sitio de implantación de la placenta después de un embarazo a término, aborto espontáneo o inducido, embarazo ectópico o embarazo molar. Tumor trofoblástico epitelioide es poco frecuente que se desarrolla a partir del trofoblasto intermedio de tipo coriónico. El patrón de crecimiento de este tipo de tumor es nodular y se asemeja al tumor trofoblástico del sitio placentario, pero las células son más pequeñas y presentan menor pleomorfismo. (Soto, 2013)

Las molas completas suponen el potencial de invasión local y diseminación después de la evacuación molar, ocurre invasión uterina local en 15% de las pacientes y metástasis en 4% de ellas. La revisión de 858 pacientes con mola hidatidiforme completa reveló que 2/5 partes de los pacientes tenían los signos de proliferación trofoblástica notable que siguen en el momento de la presentación.(Cevallos Mendoza, 2015)

1. Concentración de HCG > 100000 mui/ml
2. Aumento excesivo del tamaño del útero.
3. Quistes de teca luteínica > 6 cm de diámetro(Cevallos Mendoza, 2015)

Entre los factores de riesgo para la progresión de embarazo molar son tener antecedente de embarazo molar, edad materna menor de 20 y mayor de 40 años, uso de

anticonceptivos, grupo sanguíneo grupo A o AB, antecedentes de aborto continuos, nuliparidad entre otros factores. (Guamán Mizhirumbay & Lazo Alvarez, 2016)

1.2. Teorías sustantivas

Los aspectos médicos de problemas de salud ambiental en mola hidatiforme implican el cuidado de las personas afectadas. A menudo, se requiere un conocimiento muy específico sobre el diagnóstico y tratamiento de los efectos de las complicaciones en las gestantes. Los aspectos médicos a largo plazo se considera cuando se ha superado la fase aguda, también puede haber problemas a largo plazo que necesitan ser abordados. Estos incluyen la identificación y gestión de los problemas de salud derivados de hemorragias, signos hipertensivos, daños en órganos internos o cambios cancerígenos, y también el impacto psicosocial de la emergencia.(WHO, 2013)

Entre los aspectos médicos que se deben seguir paso a paso se enfoca en el diagnóstico oportuno en presencia de sangrado transvaginal que ocurre con embarazos entre la sexta y decima sexta semana de gestación, además dolor abdominal, hiperémesis gravídica, anemia, preeclampsia. En relación al diagnóstico imagenológico y laboratorio es por altos niveles de BhCG son reflejo de proliferación trofoblastica, en la actualidad es preponderante la realización de ecografía en edades tempranas con edad promedio a las 8,5 semanas.(Jiménez, 2016) (Cevallos Mendoza, 2015) (Guamán Mizhirumbay & Lazo Alvarez, 2016)

El tratamiento se enfoca a la eliminación el organismo materno el tejido trofoblástico anormal, puede ser extraído mediante la evacuación de los productos de concepción considerándose el primer tratamiento para esta patología. En la actualidad según investigaciones se evita el legrado instrumental por altos índices de perforación uterina y

posibles metástasis, sino desea la fertilidad se opta por la histerectomía con preservación de los ovarios, aunque también se encuentra el uso de metotrexate un quimioterápico, después de la evacuación se debe realizar determinaciones seriadas consiste en tres determinaciones una por semana, luego mensualmente durante 6 meses, es necesario el uso de anticonceptivos hasta que la gonadotrofina coriónica humana haya regresado a valores normales.(Jiménez, 2016) (Guamán Mizhirumbay & Lazo Alvarez, 2016)

1.3 Teorías empíricas

La relación del médico frente al embarazo molar son importantes para la toma de decisiones y el adecuado manejo de esta patología, llegados a este punto, una vez realizado el diagnóstico oportuno de la enfermedad, el tratamiento específico tiene como finalidad la remoción de los tejidos de la mola para evitar la progresión de futuras complicaciones cancerígenas, debido a las condiciones patológicas y de materia bacteriana en la cual aumenta su tamaño y con la rapidez, velocidad en que se desarrolla, en los centros de atención hospitalarias el tratamiento es de forma inmediata.(Banerjee, Barsode, & Basu, 2015)

Entre las competencias del profesional de ginecología, el diagnóstico temprano es muy importante, sobre todo tener las destrezas suficientes para reconocer, diagnosticar y el tratamiento oportuno y necesario, mantener una recuperación total de la paciente y no perjudicar el estilo y calidad de vida de la paciente. Se debe realizar estudios en la neoplasia trofoblástica, presencia de metástasis no significa mal pronóstico, si se trata de una mola en lugar de un coriocarcinoma, el pronóstico es mejor aún. La ecografía de pelvis valora presencia de mola invasiva en útero y anexos y la hepática para detectar metástasis. Además radiografía de tórax y TAC craneal. No toma de biopsias en sospecha coriocarcinoma porque la presencia de hemorragia masiva.(PDQ Adult Treatment Editorial Board, 2015)(Bolze et al., 2015)

En el encuentro 2012 de FIGO se definieron los criterios para el diagnóstico de neoplasia trofoblástica gestacional: la presencia de 4 determinaciones de gonadotrofina coriónica humana elevada, la persistencia de este marcador durante 6 o más meses, o cuando hay un diagnóstico histológico de coriocarcinoma. La quimioterapia es el tratamiento adecuado y la tasa de curación es alta. Los siguientes factores se asocian con un riesgo aumentado de neoplasia trofoblástica gestacional:(Cisneros & Estefanía, 2016)

- Tamaño grande del útero.
- Edad > 35 años.
- Quistes lúteos bilaterales.
- Síntomas de preeclampsia.
- Hipertiroidismo.
- Antecedentes de embarazo molar. (Cisneros & Estefanía, 2016)

En la actualidad se está demostrando que el avance tecnológico entorno al enfoque del embarazo molar, según los consensos internacionales tiene la finalidad de preservar la fertilidad en las pacientes, antes de ser radicales en la decisión del manejo de la enfermedad. Es así que el 100% de las mujeres con las molas completas o parciales y de bajo riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional puede ser curada de su enfermedad con un tratamiento adecuado. Tumor trofoblástico tiene altas tasas de curación, pero el panorama no es tan bueno si la enfermedad se extiende fuera del útero. Incluso para la mola de alto riesgo, las tasas de curación son tan altos como 80% a 90%, pero es probable que requiera quimioterapia de combinación, radiación y / o cirugía.(Zhao et al., 2016) (Seckl, Sebire, & Berkowitz, 2015)

Capítulo 2

Marco metodológico

2.1 Metodología

Estudio cuantitativo, analítico y descriptivo

2.2 Métodos

Se realizó un estudio censal analítico observacional retrospectivo y la información se la obtendrá de las historias clínicas mediante el uso de una lista de cotejo. **(Ver anexo 3)**

2.3 Hipótesis

Los aspectos medico clínicos influyen en la disminución de las complicaciones del embarazo molar.

2.4 Universo y muestra

El universo está dado por todas las pacientes gestantes ingresadas en el area de Ginecologia del Hospital Rodriguez Zambrano durante enero 2005 a diciembre 2015, se constituyó una muestra de 31 historias clínicas con diagnóstico de embarazo molar.

2.5 Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Naturaleza de la variable	Categorías	Indicador
EMBARAZO MOLAR				
Edad	Periodo de tiempo comprendido entre el nacimiento y la fecha del estudio	Cuantitativa discreta	Edad en Años	Medidas de tendencia central
Enfermedad trofoblástica gestacional previa	Grupo de condiciones relacionadas con el embarazo, que se derivan del tejido trofoblástico placentario.	Cualitativa nominal	1= SI 2= NO	Porcentaje y razón
Antecedentes de aborto	Interrupción o finalización prematura del embarazo	Cualitativa nominal	1= SI 2= NO	Porcentaje y razón
Paridad	Se define como el número de embarazos que alcanza la viabilidad.	Cualitativa nominal	1= Nulípara 2= Primípara 3= Secundípara 4= Multípara	Porcentaje y razón
Edad Gestacional	Es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento.	Cualitativa ordinal	< 9 9-13 > 13	Porcentaje y razón
Sangrado transvaginal	Sangrado vaginal anormal, distinto al del período menstrual.	Cualitativa nominal	1= SI 2= NO	Porcentaje y razón
Método anticonceptivo oral previo.	Método que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación, usado previamente a la presentación de la patología.	Cualitativa nominal	1= SI 2= NO	Porcentaje y razón
ASPECTOS MÉDICOS				
Método Diagnóstico	Procedimiento por el cual se identifica cualquier estado de salud o enfermedad.	Cualitativa nominal	Historia clínica Ecografía β hCG Tomografía	Porcentaje y razón
Tipo tratamiento	Es el conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.	Cualitativa nominal	Aspiración manual endouterina (AMEU) Legrado Uterino Instrumental. (LUI) Histerectomía. Ninguno	Porcentaje y razón
Complicaciones (Variable independiente)	Tipo de situaciones adversas de una enfermedad en relación al tratamiento médico	Cualitativa nominal	1= Perforación uterina 2= Hemorragia 3= Preeclampsia 4= Cáncer	Porcentaje y razón
Rol del médico (Variable dependiente)	Conocer a profundidad y estar capacitado para dar asistencia inicial a los pacientes	Cualitativa nominal	0= No 1= SI	Porcentaje y razón

2.6 Gestión de datos

Se utilizaron herramientas de medición como el análisis documental e instrumental; para la tabulación de datos se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2013 y para el análisis de datos el software SPSS versión 22.

Criterios de inclusión

1. Historias clínicas de pacientes diabéticos con diagnóstico de embarazo molar
2. Historias clínicas completas

Criterios de exclusión

1. Historias clínicas de pacientes con diferente diagnóstico

2.7 Criterios éticos de la investigación

Para el manejo ético de los datos, se seguirán los preceptos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y se garantizará la confidencialidad de las personas participantes. Para el manejo de la información, se mantendrá el cifrado de la identificación de cada historia clínica de las pacientes mediante la asignación de un código, lo que asegurará el anonimato y la reserva de los datos.

Capítulo 3

Resultados

3.1 Antecedentes de la población

La investigación se realizó en Hospital Rodriguez Zambrano ubicado en la via San Mateo, del cantón Manta provincia de Manabí, cuenta el servicio de Ginecologia la disponibilidad de 52 .camas y 11 Ginecólogos, 5 Obstetras y 11 Médicos residentes de Ginecologia

3.2 Diagnóstico o estudio de campo

Durante el periodo enero 2005 hasta diciembre del 2015, se registraron 31 pacientes con diagnósticos de embarazo molar, 11 historias clínicas son pacientes que realizaron complicaciones. En la tabla 1 se visualiza la incidencia de embarazo molar en el hospital Rodriguez Zambrano.

Tabla 1.- Incidencia de embarazo molar

Prevalencia de embarazo molar en Hospital Rodriguez Zambrano	Incidencia de embarazo molar en Hospital Rodriguez Zambrano
31	0,076%/100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Rodriguez Zambrano

Elaboración: Vélez Alexandra

En la tabla 2 se presenta la distribución de embarazo molar en relación a la edad, el grupo etareo mas relacionado a complicaciones por embarazo molar es entre 15 a 20 años con el 13 (41,9%).

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15-20	13	41,9%
21-30	9	29%
31-40	6	19,4%
>41	3	9,7%
Total	31	100%

Fuente: Historias clínicas del Hospital Rodriguez Zambrano

Elaboración: Vélez Alexandra

Tener antecedentes de aborto (42%), sangrado transvaginal (52%) utilizar método anticonceptivo (68%) tienen una relación muy estrecha con la presencia de complicaciones en el embarazo molar de las gestantes, en poca proporción tener antecedente de enfermedad trofoblástica, así se refleja en la tabla 3.

Tabla 2.- Variables cualitativas del estudio

Variable	Categoría	"n"	%	IC95%
Antecedentes de enfermedad trofoblástica	Si	5	16	10,1-18,4
	No	26	84	81,6-89,9
Antecedentes de aborto	Si	13	42	38,9-46,4
	No	18	58	52,5-65,1
Sangrado transvaginal	Si	16	52	49,2-56,4
	No	15	48	44-55
Método anticonceptivo	Si	21	68	53,1-69,1
	No	10	32	28,9-38,9

Fuente: Historias clínicas del Hospital Rodriguez Zambrano

Elaboración: Vélez Alexandra

Tabla 3.- Aspectos médicos embarazo molar en relación a la edad gestacional

Aspectos médicos embarazo molar	Edad gestacional			
		<9 semanas	9-13 semanas	>15
SI	6 (55%)	4 (36%)	1(9%)	11
NO	9 (45%)	6 (30%)	5 (25%)	20
TOTAL	15	10	6	31

Fuente: Historias clínicas del Hospital Rodriguez Zambrano

Elaboración: Vélez Alexandra

En la tabla 4 se observa que la nuliparidad es un factor importante en la progresión de presentación de embarazo molar y sus complicaciones con el 45%.

Tabla 4.- Aspectos médicos embarazo molar en relación a la paridad

Aspectos médicos embarazo molar	Paridad				
		Nulípara	Primípara	Secundípara	Múltipara
SI	5 (45%)	3 (28%)	2 (18%)	1(9%)	11
NO	7 (35%)	5 (25%)	4 (20%)	4 (20%)	20
TOTAL	12	8	6	5	31

Fuente: Historias clínicas del Hospital Rodriguez Zambrano
Elaboración: Vélez Alexandra

Los métodos de diagnóstico más utilizados en el embarazo molar para detección de sus complicaciones son la BhCG y la ecografía con el 36% datos que se revelan en tabla 5.

Tabla 5.- Aspectos médicos embarazo molar en relación a los métodos de diagnóstico

Aspectos médicos embarazo molar	Métodos de diagnóstico				
		Clínico	BhCG	Ecografía	TAC
SI	2 (19%)	4 (36%)	4 (36%)	1(9%)	11
NO	5(25%)	6 (30%)	6 (30%)	3 (15%)	20
TOTAL	7	10	11	3	31

Fuente: Historias clínicas del Hospital Rodriguez Zambrano
Elaboración: Vélez Alexandra

El tratamiento más utilizado fue el LIU pero a su vez este procedimiento se relacionó con más complicaciones con el 36% datos que se observan en la tabla 6.

Tabla 6.- Aspectos médicos embarazo molar en relación a tratamiento						
Aspectos médicos embarazo molar	Tratamiento					
		Ninguno	AMEU	LIU	Histerectomía	TOTAL
SI	3 (27%)	2(19%)	4 (36%)	2(19%)	11	
NO	7 (35%)	5 (30%)	4 (15%)	4 (15%)	20	
TOTAL	10	7	8	6	31	

Fuente: Historias clínicas del Hospital Rodriguez Zambrano
Elaboración: Vélez Alexandra

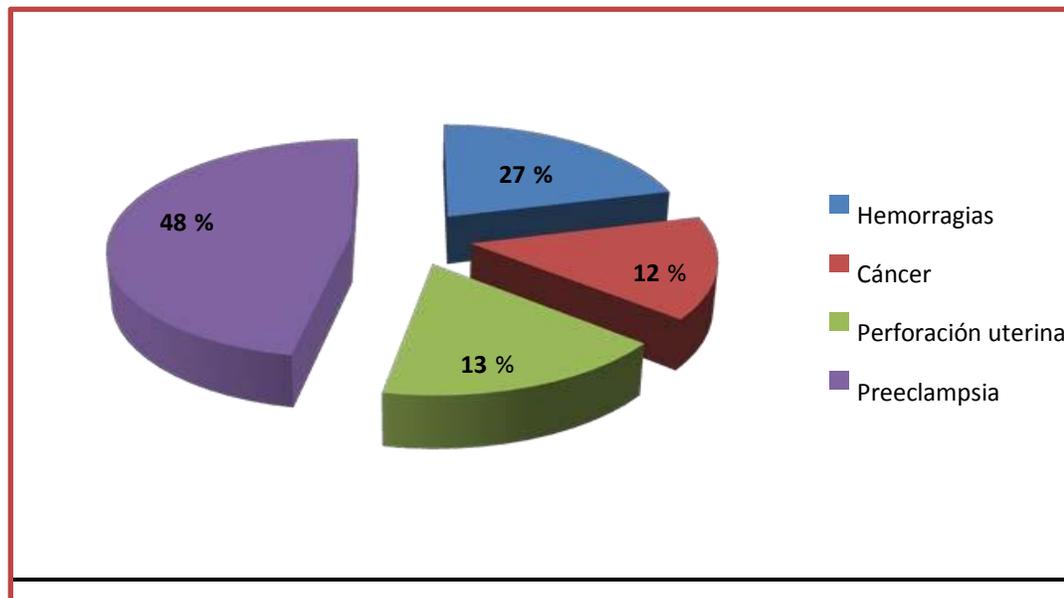
En relación a la actuación del profesional y el embarazo molar y sus complicaciones se observó que un manejo adecuado de las gestantes no se evidencio complicaciones con el 65%, datos que se observan en la tabla 7.

Tabla 7.- Complicaciones embarazo molar en relación al rol médico

Complicaciones embarazo molar	Rol de médico		
	SI	NO	TOTAL
SI	4 (36%)	7 (64%)	11
NO	13 (65%)	7 (35%)	20
TOTAL	17	14	31

Fuente: Historias clínicas del Hospital Rodriguez Zambrano
Elaboración: Vélez Alexandra

En el grafico 1 se observa la preeclampsia prevaleció entre las demás complicaciones en relación al embrazo molar y el rol del médico con el 48%.



Fuente: Historias clínicas del Hospital Rodriguez Zambrano

Elaboración: Vélez Alexandra.

Capítulo 4

Discusión

En el presente estudio se pudo determinar que de un total de 40382 pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del HRZ en el periodo comprendido entre 2005 y 2015 se presentaron 31 casos de enfermedad trofoblástica gestacional, dichos casos representan el 0,076 % de pacientes atendidas en esta área; cifra menor a la encontrada por Astudillo V, Figueroa E. y Ordóñez P. en un estudio similar realizado durante el año 2000 en este mismo hospital donde de un total de 34271 partos reportados en el periodo correspondiente a enero de 1990 a diciembre de 1999, se encontraron 56 casos que corresponden al 0,16 %. (Guamán Mizhirumbay & Lazo Alvarez, 2016) (Gopakumar, Mendis, Muttappallymyalil, & Sreedharan, 2016) (Kurjak & Chervenak, 2009)

Diversos estudios coinciden en que los extremos de la edad reproductiva se asocian con un mayor riesgo de embarazo molar. Es así que se han encontrado cifras que mencionan a la edad materna en cualquiera de los extremos del espectro reproductivo como factor de riesgo particularmente en edades menores de 16 años y mayores de 50, además se ha demostrado que adolescentes y las mujeres de 36 a 40 años tienen un riesgo casi 10 veces mayor de desarrollar la enfermedad. En el estudio realizado por Valenzuela C, Tavares D, Medrano L, et al. se menciona que el 51.0 % de los casos correspondió a las pacientes entre 20 y 30 años, estudio que concuerda con lo publicado por Suarez A. y colaboradores en México, quienes encontraron que el 63.3 % de las pacientes fueron diagnosticadas en el rango de edad de 21 a 30 años, estudios que no coinciden con lo publicado en la literatura revisada. (Dhanda, Ramani, & Thakur, 2014) (Seckl et al., 2015) (Genest, 2014) (McConnell, Murphy, Hafez, Vang, & Ronnett, 2015)

Se ha demostrado que el riesgo de padecer una enfermedad trofoblástica recurrente es mayor después de haber presentado una enfermedad trofoblástica gestacional previa, siendo de 1,5% para una mola completa y 2,7% para una parcial. Este antecedente representa un alto riesgo comparado con el de la población en general (1:1000 embarazos), es así que en las pacientes con molas a repetición se observa una incidencia de hasta tres veces más de desarrollar un tumor trofoblástico persistente. **(Carrillo-Vadillo, García-Lozano, López, Cerrillos-González, & Cardoso, 2014) (Llique & Paul, 2016)**

Esta condición aumenta la probabilidad de padecer un embarazo molar hasta el doble, siendo más común en el caso de abortos espontáneos. En las pacientes que han presentado dos o más abortos existe un riesgo 32 veces mayor de padecer la enfermedad trofoblástica en relación a la población general, es así que en los estudios realizados por Suárez A, y colaboradores en México se demostró que 1 de cada 31 abortos clínicamente manifiestos tendrá enfermedad trofoblástica gestacional confirmada histológicamente. **(Calvo-Aguilar, Morales-García, & Fabián-Fabián, 2013) (Samarakoon, Fernando, Rodrigo, & Rajapakse, 2013)**

En relación al número de partos se puede determinar que la nuliparidad ha demostrado una relación consistente en el desarrollo de la enfermedad trofoblástica gestacional, lo que concuerda con un estudio realizado por Valenzuela C, Tavarez D, Medrano L, et al, en República Dominicana, donde se demostró que los casos se presentaron en un 55.23 % en pacientes nulíparas. En lo referente al diagnóstico de la enfermedad trofoblástica gestacional de los casos fueron diagnosticados mediante el uso simultáneo de historia clínica, ecografía y β hCG, en el cual se observó que el método diagnóstico más utilizado fue la ecografía con un porcentaje del 84 % seguido del método hormonal con el 65 % de los casos. **(Shah et al., 2016) (Wells, 2013) (Jauniaux, Brown, Rodeck, & Nicolaides, 2014)**

Capítulo 5

PROPUESTA

PLAN DE CAPACITACIÓN SOBRE EL MANEJO DEL EMBARAZO MOLAR

El plan de capacitación comunitaria estará enfocada a las gestantes con enfermedad trofoblástica gestacional, además en conjunto con profesionales de la salud para el manejo oportuno y eficaz para la prevención de las complicaciones del embarazo molar.

Objetivos

Educar sobre la importancia de la prevención y manejo del embarazo molar.

- Incrementar la apreciación del embarazo molar
- Capacitación comunitaria a gestantes y profesionales de salud sobre embarazo molar.

Descripción de la propuesta

El personal de salud será una pieza fundamental para la realización del proyecto realizando la capacitación comunitaria sobre embarazo molar, entrega de trípticos. Se lo realizará en el auditorio del Hospital Rodriguez Zambrano, dirigido a médicos residentes, ginecólogos y personal de enfermería, con el fin de incorporar a los pacientes y familiares, amigos. Se utilizara folletos, trípticos, proyectores de imágenes, laptop, pizarra.

Resultado

La propuesta está orientado a conseguir una concientización y sensibilización de la prevención y manejo de las complicaciones del embarazo molar.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente estudio de investigación se concluye:

Se logró observar en el estudio que el rango comprendido entre 15 a 20 años con una media de edad de 16.96 años se encuentra relacionado estrechamente con enfermedad trofoblástica gestacional, además repercute la edad gestacional al momento del diagnóstico estuvo menor a 9 semanas con una media de 8,1 semanas. La mayoría de casos estudiados no presentaron condiciones previas relacionadas con la enfermedad trofoblástica gestacional.

El sangrado transvaginal se encontró en más de la mitad de los casos al realizar el examen clínico de las gestantes con enfermedad trofoblástica gestacional. La importancia de la historia clínica, ecografía y β hCG en el diagnóstico de la patología trofoblástica se demostró en conjunto fueron los medios usados para el diagnóstico. La aspiración manual endouterina fue el tratamiento realizado en la mayoría de pacientes. La complicación relacionada al embarazo molar es la preeclampsia con el 48%, el manejo adecuado del profesional de la salud y la disminución de complicaciones se relacionó con el 65%.

RECOMENDACIONES

Instruir al personal médico de atención primaria sobre el manejo inicial de las pacientes que acuden con sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional, Reforzar en el personal de salud la realización de una adecuada historia clínica. Uso adecuado de los protocolos de manejo de las hemorragias de la primera mitad del embarazo, mejorando el tratamiento de la enfermedad y la evolución de la paciente. Realizar estudio histopatológico a toda paciente diagnosticada y tratada de enfermedad trofoblástica gestacional para descartar posibles carcinomas. Realizar seguimiento médico a todas las pacientes diagnosticadas de enfermedad trofoblástica gestacional.

Definir líneas de investigación en relación al tema y tomar este estudio como una guía para las próximas investigaciones ya que hay muchas cosas por descubrir en las infecciones del sitio quirúrgico en pacientes postapendicectomizados tanto en diabéticos como en los pacientes que no tienen la enfermedad metabólica.

Con la realización de este proyecto de investigación se proveerá de datos actualizados, que contribuyan positivamente al profesional de la salud para un diagnóstico oportuno y adecuado, brindando así un correcto abordaje y manejo, disminuyendo de esta manera la incidencia de las complicaciones y consecuentemente la morbilidad por esta causa, mejorando así el estilo, calidad y esperanza de vida de estas pacientes, optimizando además los recursos como tiempo de atención, tiempo de hospitalización y dinero del estado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta-Hurtado, A., González-Moreno, J., & Arana-Murillo, M. G. (2013). Paciente asintomática con mola hidatidiforme parcial, preeclampsia, hipertiroidismo. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Revista Médica MD*, 4.5(4), 301-304.
- Banerjee, D., Barsode, S. D., & Basu, P. (2015). Management of Gestational Trophoblastic Diseases-An Update. *Reviews on Recent Clinical Trials*, 10(4), 255-262.
- Bolze, P.-A., Attia, J., Massardier, J., Seckl, M. J., Massuger, L., van Trommel, N., ... EOTTD group. (2015). Formalised consensus of the European Organisation for Treatment of Trophoblastic Diseases on management of gestational trophoblastic diseases. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 51(13), 1725-1731. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2015.05.026>
- Calvo-Aguilar, O., Morales-García, V. E., & Fabián-Fabián, J. (2013). Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, servicios de salud de Oaxaca. *Ginecol Obstet Mex*, 78(12), 660-8.
- Carrillo-Vadillo, R., García-Lozano, J. C., López, A. P., Cerrillos-González, L., & Cardoso, R. T. (2014). Mola hidatidiforme parcial en gestante de 17 semanas con preeclampsia. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 53(12), 520-524.
- Cevallos Mendoza, C. D. (2015). *Incidencia y complicaciones del embarazo molar en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel en el periodo de tiempo de enero 2012 hasta diciembre*. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. Recuperado a partir de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/10873>
- Cisneros, C., & Estefanía, F. (2016). Enfermedad Trofoblástica Gestacional: Mola Hidatiforme Parcial. Recuperado a partir de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/23095>
- Dhanda, S., Ramani, S., & Thakur, M. (2014). Gestational trophoblastic disease: A multimodality imaging approach with impact on diagnosis and management. *Radiology research and practice*, 2014. Recuperado a partir de <http://www.hindawi.com/journals/rrp/2014/842751/abs/>
- Flores Acosta, C. del C., Barboza Quintana, O., Vidal Gutiérrez, O., & Morales Martínez, F. (2010). Embarazo ectópico molar cornual: caso clínico. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(2), 133-136.
- García, V. M., Gómez, E. B., Santiago, E. V., & Pérez, Ú. S. (2012). Embarazo molar parcial. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex*, 79(7), 432-435.

- García, V. S., Pérez, M. P., Rodelgo, A., Calvo, A. G., & Prieto, P. T. (2012). Enfermedad trofoblástica gestacional persistente. *Toko-ginecología práctica*, (725), 141–144.
- Genest, D. R. (2014). Partial hydatidiform mole: clinicopathological features, differential diagnosis, ploidy and molecular studies, and gold standards for diagnosis. *International journal of gynecological pathology*, 20(4), 315–322.
- Gopakumar, A., Mendis, S., Muttappallymyalil, J., & Sreedharan, J. (2016). *Learning approach among health sciences students in a medical college in Nepal: a cross-sectional study* (Vol. 7). DOVE MEDICAL PRESS LTD PO BOX 300-008, ALBANY, AUCKLAND 0752, NEW ZEALAND. Recuperado a partir de <https://pdfs.semanticscholar.org/8d8e/7f51b6615c0a29cbc24798c2c0df78428acd.pdf>
- Guamán Mizhirumbay, A. L., & Lazo Alvarez, J. A. (2016). Características de la enfermedad trofoblástica en pacientes del área de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo comprendido entre enero del 2010 y enero del 2015. Recuperado a partir de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/24575>
- Guerrero-Hernández, A., Jennings-Aguilar, Y., López-Zúñiga, D. F., Ochoa-Carrillo, F. J., & Briones-Garduño, J. C. (2012). Coriocarcinoma gestacional. Caso clínico de medicina crítica en ginecología y obstetricia. *GAMO*, 11(1), 55–59.
- Jauniaux, E., Brown, R., Rodeck, C., & Nicolaides, K. H. (2014). Prenatal diagnosis of triploidy during the second trimester of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 88(6), 983-989.
- Jiménez, P. K. (2016). ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*, 73(618), 173–178.
- Kurjak, A., & Chervenak, F. A. (2009). *Ecografía en Obstetricia y Ginecología*. Ed. Médica Panamericana. Recuperado a partir de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ukephvVeHYgC&oi=fnd&pg=PA13&dq=+Segunda+edicion.+Tratado+de+ecograf%C4%B1a+c%C4%B1nica+Ecograf%C4%B1a+en+obstetricia+y+ginecolog%C4%B1a.&ots=hMsRLEf-X4&sig=8_pCs0pxTkJMuA0zI1P9wSI6-08
- Llique, G., & Paul, L. (2016). Multiparidad como factor de riesgo para enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Belén de Trujillo. *Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO*. Recuperado a partir de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2207>
- McConnell, T. G., Murphy, K. M., Hafez, M., Vang, R., & Ronnett, B. M. (2015). Diagnosis and subclassification of hydatidiform moles using p57 immunohistochemistry and molecular genotyping: validation and prospective

- analysis in routine and consultation practice settings with development of an algorithmic approach. *The American journal of surgical pathology*, 33(6), 805–817.
- Ngan, H. Y. S., Kohorn, E. I., Cole, L. A., Kurman, R. J., Kim, S. J., Lurain, J. R., ... Soper, J. T. (2012). Trophoblastic disease. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 119, S130-S136. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60026-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60026-5)
- PDQ Adult Treatment Editorial Board. (2015). Gestational Trophoblastic Disease Treatment (PDQ®): Patient Version. En *PDQ Cancer Information Summaries*. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US). Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK132724/>
- Protocolos, S. (2012). Embarazo molar. *Prog Obstet Ginecol*, 47(8), 400–404.
- Samarakoon, L., Fernando, T., Rodrigo, C., & Rajapakse, S. (2013). Learning styles and approaches to learning among medical undergraduates and postgraduates. *BMC medical education*, 13(1), 1.
- Sandra, H. G., Luis Norberto, D. G., & Yoliaris, M. M. (2012). ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. En *Primer Congreso Virtual de Ciencias Morfológicas*. Recuperado a partir de <http://morfovvirtual2012.sld.cu/index.php/morfovvirtual/2012/paper/viewPaper/219/587>
- Seckl, M. J., Sebire, N. J., & Berkowitz, R. S. (2015). Gestational trophoblastic disease. *The Lancet*, 376(9742), 717–729.
- Shah, D. K., Yadav, R. L., Sharma, D., Yadav, P. K., Sapkota, N. K., Jha, R. K., & Islam, M. N. (2016). learning approach among health sciences students in a medical college in nepal: a cross-sectional study. *Advances in medical education and practice*, 7, 137.
- Soto, G. G. (2013). Enfermedad trofoblástica gestacional. *Memorias Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia*, 19, 163.
- Wells, M. (2013). The pathology of gestational trophoblastic disease: recent advances. *Pathology*, 39(1), 88–96.
- WHO. (2013). WHO | Medical aspects. Recuperado 8 de diciembre de 2016, a partir de http://www.who.int/environmental_health_emergencies/medical_aspects/en/
- Zhao, J., Lv, W. G., Feng, F. Z., Wan, X. R., Liu, J. H., Yi, X. F., ... Xiang, Y. (2016). Placental site trophoblastic tumor: A review of 108 cases and their implications for prognosis and treatment. *Gynecologic Oncology*, 142(1), 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2016.05.006>

ANEXO 2.

FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS				
“ASPECTOS MÉDICOS DEL EMBARAZO MOLAR, DESDE 2005 HASTA EL 2015 EN EL ÁREA GINECOLÓGICA DEL HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO: PROPUESTA.PLAN DE CAPACITACIÓN COMUNITARIA”				
N° Historia clínica		Fecha de recolección de datos		
Fecha de consulta		Fecha de nacimiento		
Antecedentes de enfermedad trofoblastica				
	SI	NO		
Antecedentes de aborto				
	SI	NO		
Sangrado transvaginal				
	SI	NO		
Método anticonceptivo oral previo				
	SI	NO		
Edad gestacional				
	<9	9-13	>13	
Paridad				
	1.- Nulípara	2.- Primípara		
	3.- Secundípara	4.- Multípara		
Método Diagnóstico				
	Historia clínica	BhCG	Ecografía	Tomografía
Complicaciones				
	1.- ninguno	2.-hemorragia		
	3.- preeclampsia	4.- cancer		
Tratamiento				
	1.- AMEU	2.-LUI		
	3.- Histerectomía	4.- Perforación uterina		
Rol del médico				
	SI	NO		

Recolección de datos de las historias clínicas.



Compañeros colaborando en la recolección de datos.



Entrevista al Director Dr. Víctor Vélez Acosta.

