



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: MOLA HIDATIFORME
PARCIAL”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Capuz Cisneros, Fernanda Estefanía

Tutor: Dr. Salazar Faz, Fernando Abel

Ambato-Ecuador

Mayo 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: MOLA HIDATIFORME PARCIAL” de Fernanda Estefanía Capuz Cisneros estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril del 2016

EL TUTOR

.....
Dr. Salazar Faz, Fernando Abel

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: MOLA HIDATIFORME PARCIAL”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Abril del 2016

LA AUTORA

.....
Capuz Cisneros, Fernanda Estefanía

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de él un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi trabajo de grado con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este análisis de caso clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Abril del 2016

LA AUTORA

.....
Capuz Cisneros, Fernanda Estefanía

APROBACIÓN DE JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: MOLA HIDATIFORME PARCIAL”**, de Fernanda Estefanía Capuz Cisneros, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Mayo del 2016

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

Mi trabajo se lo dedico en primer lugar a Dios por haberme permitido llegar a este punto de mi vida, por brindarme la inteligencia y la fuerza necesaria para desarrollarme en la Carrera que amo.

A mí querida abuelita Blanquita quien ha estado a mi lado siempre siendo mí guía, mi consuelo en momentos difíciles, mi principal apoyo y mi compañera.

A mis adorados padres por haberme dado la vida, por todos sus consejos, por su compañía y su apoyo constante para llegar con éxito hacia esta meta tan anhelada.

Por último a mí compañero de camino Marcelo quien ha sido un constante y desinteresado apoyo cada uno de los días, durante el recorrido en esta hermosa arte de la Medicina.

Capuz Cisneros, Fernanda Estefanía

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, que me ha bendecido abundantemente desde el primer instante que decidí optar por esta maravillosa carrera.

A toda mi familia, que siempre supo apoyarme y aconsejarme en cada una de las decisiones que he tomado en mi vida.

A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, en la cual recibí los conocimientos que han contribuido a mi formación profesional.

A mis docentes quienes, compartieron sus conocimientos, lecciones y experiencias a lo largo de mi vida estudiantil.

A Marcelo, por permanecer junto a mi lado toda la Carrera ayudándome en cada semestre, siendo él la única persona que nunca dejó de creer en mí.

Y en especial a mi Tutor, Dr. Fernando Salazar por permitirme recurrir a sus conocimientos científicos y experiencia profesional, en un marco de confianza y amistad, para la culminación del presente.

¡Dios les pague por todo!

Capuz Cisneros, Fernanda Estefanía

CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DEL AUTOR	iv
APROBACIÓN DE JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE ANEXOS Y TABLAS.....	xi
“ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: MOLA HIDATIFORME PARCIAL”	xiii
RESUMEN	xiii
SUMMARY	xvV
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	4
2.1 OBJETIVO GENERAL:	4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	4
2. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES	5
3.1 PRIMERA HOSPITALIZACIÓN	5
3.1.1 HOJA 08. URGENCIAS GINECOLÓGICAS.....	5
3.1.1.1 DATOS INFORMATIVOS.....	5
3.1.1.2 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES	5
3.1.1.3 ENFERMEDAD ACTUAL.....	6
3.1.1.4 EXAMEN FÍSICO.....	6
3.1.2 HISTORIA CLÍNICA.....	7

3.1.2.1 DATOS DE FILIACIÓN.....	7
3.1.2.2 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y HÁBITOS	7
3.1.2.3 CARACTERIZACIÓN FAMILIAR Y ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS	9
3.1.2.4 MOTIVOS DE CONSULTA	9
3.1.2.5 ENFERMEDAD ACTUAL.....	9
3.1.2.6 EXAMEN FÍSICO.....	9
3.1.3 EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTE	11
3.1.3.1 EVOLUCIÓN NOCTURNA 2015/09/30 HORA: 20:43	11
3.1.3.2 EVOLUCIÓN DIURNA 2015/10/01 HORA: 09:22.....	12
3.1.3.3 EVOLUCIÓN DIURNA 2015/10/02 HORA: 09:22.....	13
3.1.3.4 EVOLUCIÓN DIURNA 2015/10/03 HORA: 10:45.....	14
3.1.3.5 EVOLUCIÓN DIURNA 2015/10/04 HORA: 10:28.....	15
3.1.3.6 EVOLUCIÓN DIURNA 2015/10/05 HORA: 09:26.....	17
3.1.3.7 EVOLUCIÓN DIURNA 2015/10/06 HORA: 09:18.....	18
3.1.3.8 EVOLUCIÓN DIURNA 2015/10/07 HORA: 09:41.....	19
3.1.3.9 EVOLUCIÓN DIURNA 2015/10/07 HORA: 09:41.....	21
3.2 CONTROL PRENATAL POR CONSULTA EXTERNA.....	21
3.2.1 CONTROL PRENATAL (2015/11/11).....	21
3.2.2 CONTROL PRENATAL (2015/11/24).....	22
3.2.3 CONTROL PRENATAL (2015/12/22).....	24
3.3 SEGUNDA HOSPITALIZACIÓN.....	25
3.3.1 HOJA 08. URGENCIAS GINECOLÓGICAS	25
3.3.2 EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTE	27
3.3.2.1 EVOLUCIÓN NOCTURNA 2016/01/12 HORA: 20:43	27
3.3.2.2 EVOLUCIÓN DIURNA 2016/01/13 HORA: 10:47.....	28
3.3.2.3 NOTA DE ACTUALIZACIÓN 2016/01/13 HORA: 18:47.....	29
3.3.2.4 NOTA DE ANESTESIOLOGÍA 2016/01/13 HORA: 20:45	30
3.3.2.5 PROTOCOLO OPERATORIO 2016/01/13 HORA: 21:53	30

3.3.2.6 EVOLUCIÓN DIURNA 2016/01/14 HORA: 09:05.....	32
3.3.2.7 EVOLUCIÓN DIURNA 2016/01/15 HORA: 08: 49.....	34
3.3.2.8 EVOLUCIÓN DIURNA 2016/01/16 HORA: 07: 34.....	36
3.3.3.9 EVOLUCIÓN DIURNA 2016/01/17 HORA: 09: 04.....	37
3.3.3.10 EVOLUCIÓN DIURNA 2016/01/18 HORA: 08: 57.....	38
3.3.3.11 EVOLUCIÓN DIURNA 2016/01/19 HORA: 08: 44.....	39
3.3.3.12 EVOLUCIÓN DIURNA 2016/01/20 HORA: 09:15.....	40
3.4 CONTROL DE PACIENTE POR CONSULTA EXTERNA.....	41
3.4.1 CONTROL 2016/02/19 HORA: 08:48.....	41
3.4.2 CONTROL 2016/03/18 HORA: 09:45.....	42
4. DESARROLLO.....	44
4.1 DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO.....	49
<u>4.2 ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA.....</u>	<u>51</u>
4.2.1 ATENCIÓN DE EMERGENCIA.....	51
4.2.2 ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN.....	51
4.2.3 ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA.....	52
4.2.4 OPORTUNIDADES DE REMISIÓN.....	52
4.2.5 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS.....	52
4.3 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.....	52
4.3.2 ANÁLISIS DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.....	53
<u>4.4 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....</u>	<u>55</u>
4.4.1 ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: TIPO MOLA PARCIAL (CIE 10: O011 Mola hidatiforme incompleta o parcial).....	55
4.4.1.1 DEFINICIONES.....	56
4.4.1.3 EPIDEMIOLOGÍA.....	58
4.4.1.4 FACTORES DE RIESGO.....	59
4.4.1.5 CLASIFICACIÓN.....	59
4.4.1.6 ETIOLOGÍA.....	61
4.4.1.7 FISIOPATOLOGÍA.....	62

4.4.1.8	CLÍNICA.....	64
4.4.1.9	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.....	66
4.4.1.9.1	GONADOTROFINA CORIÓNICA HUMANA	66
4.4.1.9.2	ULTRASONIDO.....	67
4.4.1.9.3	BIOPSIA	67
4.4.1.9.4	DIAGNÓSTICO.....	68
4.4.1.10	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	68
4.4.1.11	TRATAMIENTO	69
4.4.1.12	CIRUGÍA	70
4.4.1.13	SEGUIMIENTO.....	71
4.5	CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:.....	73
5.	CONCLUSIONES:.....	75
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

ÍNDICE DE ANEXOS Y TABLAS

7.	ANEXOS	83
7.1	IMÁGENES.....	83
7.1.1	Imagen N°1. HOJA 08 DE URGENCIAS GINECOLÓGICAS.....	83
7.1.2	Imagen N°2. TRANSFERENCIA DEL CENTRO DE SALUD	84
7.1.3	Imagen N°3. ECO CON REPORTE DE MOLA PARCIAL	85
7.1.4	Imagen N°4. ECO CON REPORTE DE MOLA PARCIAL Y RESULTADO DE TSH.....	87
7.1.5	Imagen N° 5 RESULTADO DE TSH.....	88
7.1.6	Imagen N°6. RESULTADO DE BHCG CUANTITATIVA	89
7.1.7	Imagen N°7. ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR	90
7.1.8	Imagen N°8: ECOGRAFÍA CON DETALLE ANATÓMICO	93
7.1.9	Imagen N°9: MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO (2016/01/12).....	94
7.1.10	Imagen N°10: HOJA 08 (2016/01/12).....	94
7.1.11	Imagen N°11: ECOGRAFÍA + ILA	95

7.1.12 Imagen N°12: MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO (2016/01/12).....	97
7.1.13 Imagen N°13: MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO (2016/01/13)....	97
7.1.14 Imagen N°14: HOJA DE CONTROL ANESTESIOLOGÍA (2016/01/13...)	98
7.1.15 Imagen N°15: IMÁGENES DE PLACENTA CON MOLA PARCIAL.....	99
7.1.16 Imagen N°16: IMAGEN DE RN PRODUCTO DE EMBARAZO MOLAR PARCIAL	100
7.1.18 Imagen N°18: ECOGRAFÍA PÉLVICA	101
7.1.19 Imagen N°19: CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL.....	102
7.1.20 Imagen N°20: ETIOLOGÍA DE MOLA PARCIAL	102
7.1.21 Imagen N°21: DIFERENCIAS HISTOLÓGICAS DE MOLA PARCIAL Y COMPLETA	103
7.2 TABLAS CON RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO	104
7.2.1 TABLA 1: LABORATORIO 30/09/2015	104
7.1.2 TABLA 2: AMNIOCENTESIS.....	106
7.1.3 TABLA 3: EXÁMENES DE CONTROL POR CONSULTA EXTERNA ..	106
7.1.4 TABLA 4: EXÁMENES DE CONTROL POR CONSULTA EXTERNA ..	109
7.1.5 TABLA 5: RESULTADO DE CRISTALOGRAFÍA Y EXÁMENES	109
7.1.6 TABLA 6: EXÁMENES DE CONTROL	111
7.1.7 TABLA 7: EXÁMENES DE CONTROL	113
7.1.8 TABLA 8: EXÁMENES DE CONTROL	114
7.1.9 TABLA 9: EXÁMENES DE CONTROL	114
7.1.10 TABLA 10: CLASIFICACIÓN DE HAMMOND.....	115
7.1.11 TABLA 11: CLASIFICACIÓN DE LA OMS – FIGO	115

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**“ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: MOLA HIDATIFORME
PARCIAL”**

Autora: Capuz Cisneros, Fernanda Estefanía

Tutor: Dr. Salazar Faz, Fernando Abel

Fecha: Abril, 2016

RESUMEN

La enfermedad trofoblástica gestacional, son cambios hidatiformes focales caracterizados por la degeneración hidrópica de las vellosidades coriales e hiperplasia trofoblástica, comprende: Mola hidatiforme (parcial y completa), mola invasora, neoplasia trofoblástica gestacional, tumor trofoblástico del sitio placentario y el coriocarcinoma. Histopatológicamente se evidencia edema hidrópico difuso del estroma de las vellosidades coriónicas característicamente avasculares, cuyo diámetro oscila entre 0,1 y 3 cm adquiriendo así la morfología de bandas y cúmulos de vesículas que confieren el aspecto de “Racimo de uvas”, en tanto que están indemnes otras vellosidades vasculares con circulación feto placentaria. El 75% de los embarazos molares son completos, con un complemento cromosómico diploide androgenético, el 25% restante pertenece a la mola hidatiforme parcial con complemento cromosómico triploide o en esporádicos casos normal. El 45% de estas mujeres con una mola parcial llegaron a las 28 semanas de gestación, de los cuales el 70% de los recién nacidos vivieron. Por lo cual es indispensable la realización de estudio citogénico y ultrasonografía de alta resolución.

EL presente caso clínico corresponde a una paciente de sexo femenino de 26 años de edad, FUM: 5 de julio del 2015 (no confiable), edad gestacional: 14 semanas por FUM y por eco realizado el 28 de septiembre del 2015, que reporta: embarazo de 14 semanas + feto único vivo + degeneración hidrópica parcial placentaria (mola parcial). En hospitalización se administra dos dosis de Misoprostol para realizar legrado, pero ante la evidencia de un feto vivo y aparentemente normal, se decide realizar amniocentesis más estudio genético, con un resultado genético de 46XX. A las 29 semanas de gestación, se ingresa nuevamente a paciente con diagnóstico de labor inicial de parto + oligohidramnios severo + ruptura prematura de membranas de 36 horas, por lo que se decide finalizar el embarazo por cesárea se obtiene RN vivo, sexo femenino, APGAR al minuto de 8 y a los cinco minutos de nacida de 9, peso: 1105 g, talla: 35.5 cm, perímetro cefálico: 25.5 cm, además placenta fúndica posterior con características de mola parcial, se realiza ligadura de trompas de Falopio. Además se continúa con seguimiento de BHCG cuantitativa encontrándose en descenso progresivo, lo que indica buen pronóstico de cuadro.

PALABRAS CLAVES: PLACENTA, MOLA_PARCIAL, CESÁREA, RECIÉN_NACIDO_NORMAL, LIGADURA

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER
"GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE: PARTIAL HYDATIDIFORM
MOLE"

Author: Capuz Cisneros, Fernanda Estefanía

Tutor: Dr. Fernando Abel Salazar Faz.

Date: February 2015

SUMMARY

Gestational trophoblastic disease, included a focal hydatidiform changes are characterized by hydropic degeneration of chorionic villi and trophoblastic hyperplasia, comprising: hydatidiform mole (partial and complete), invasive mole, gestational trophoblastic neoplastic, placental site trophoblastic tumor and choriocarcinoma. Dropsy histologically diffuse stromal edema characteristically avascular chorionic villus, whose diameter ranges from 0.1 to 3 cm is evident; thus acquiring the morphology of bands and clusters of vesicles that give the appearance of "Bunch of Grapes", are harmless while other vascular placental villi with fetal circulation. In the 75% of molar pregnancies are complete, with androgenetic diploid chromosome complement; the remaining 25% belongs to the partial hydatidiform mole with triploid chromosome complement regular or sporadic cases. So in the 45% of these women with a partial mole arrived at 28 weeks of gestation, of which 70% lived on. Therefore it is essential to the realization of cytogenetic study and high resolution ultrasonography.

The present clinical case is a female patient 26 years old, FUM: July 5, 2015 (unreliable), gestational age 14 weeks echo made the September 28, 2015, which reports: Pregnancy 14 weeks + single fetus alive + partial placental hydropic degeneration (partial mole), In hospitalization she received two doses of Misoprostol is

imposed to perform curettage, but on the evidence of a live fetus and apparently normal amniocentesis decided to perform more genetic study, with a genetic result of 46XX. At 29 weeks gestation, is again entering in hospital with diagnostic of initial labor of part + low amniotic liquid + early rupture of membranes 36 hours of evolution, so it was decided to terminate the pregnancy by cesarean, we got a RN active, female, minute Apgar 8 and five minutes of born 9, weight: 1105 g, size: 35.5 cm, head circumference: 25.5 cm, and a posterior fundic placenta with characteristics of partial mole, tubal ligation is performed. Monitoring BHCG quantitative is done in progressive decline and good prognosis in the future.

KEYWORDS: PLACENTA, PARTIAL_MOLE, CAESAREAN_SECTION, NORMAL_NEWBORN, TUBAL_LIGATION

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional es una patología del trofoblasto, que incluye diversas entidades: mola hidatiforme (completa y parcial), corioadenoma destruens (mola invasora), coriocarcinoma, y tumor trofoblástico del sitio placentario. La mola hidatiforme (mola vesicular o mola en racimos) es una patología del trofoblasto caracterizada por degeneración hidrópica de las vellosidades coriales, que presenta hiperplasia trofoblástica y tumefacción edematosa de las vellosidades coriónicas, adquiriendo morfología en cúmulos de vesículas con aspecto de racimos de uvas.

En 1976; Vassilakos y Kajii, clasificaron a la mola hidatiforme en completa y parcial en la mola parcial existen cambios placentarios focales; el embrión rara vez sobrevive hasta el segundo trimestre, generalmente se asocia a embarazos gemelares dicigóticos y son excepcionales los partos a término. Tiene una incidencia de 0,005 % a 0,001 % de los embarazos; en su etiopatogenia se considera un origen genético, asociado a un cariotipo triploide 69XXY (70%), 69XXX (27%) y 69XYY (3%), encontrándose un juego de cromosomas materno y dos juegos paternos (Triploidía diándrica) existiendo casos raros de molas parciales aneuploides (haploides o tetraploides).^{1,2}

En cambio en la mola completa, en la cual no hay embrión existen 46 cromosomas todos de origen paterno (diploidía androgénica). Demostrándose que la contribución genética paterna es esencial en el desarrollo de la placenta y tejidos extraembrionarios, y la materna en el desarrollo embrionario (Craven y Ward, Lindor). Entre otros factores de riesgo del embarazo molar completo, se considera factores nutricionales y socioeconómicos, como la ingesta deficiente en Vitamina A y caroteno, edad materna mayor a 35 años.^{4,5}

El embarazo molar inicialmente se manifiesta como un embarazo normal, pero posteriormente evoluciona con metrorragia, tamaño uterino mayor a la edad gestacional, la consistencia del cuerpo uterino es pastoso, no se palpa partes fetales,

ni se percibe movimientos fetales en la mola completa, existe la presencia de quistes tecaluteínicos bilaterales multiloculares, que son producto de la reacción luteínica de las células tecales y de la granulosa ante el exagerado estímulo hormonal por niveles altos de hCG (> a 100.000mUI/ml), hiperémesis gravídica, preeclampsia precoz (antes de las 20 semanas de gestación), hipertiroidismo, e insuficiencia respiratoria aguda, por embolización trofoblástica de los vasos pulmonares. Siempre asociado a un marcador tumoral, la gonadotropina coriónica humana la cual es importante para el seguimiento y pronóstico de la enfermedad. Sin embargo las pacientes con mola parcial no suelen presentar las características clínicas impresionantes del embarazo molar completo; generalmente se manifiesta con sangrado transvaginal, signos y síntomas de aborto incompleto y se establece el diagnóstico en la mayoría de los casos, posterior a la revisión histopatológica.^{3,4}

Al estudio ecográfico en la mola completa se observa mayor tamaño placentario con espacios quísticos, con una imagen característica denominada “tormenta de nieve” o “panal de abejas” sin presencia de embrión o feto. En la mola parcial los mismos hallazgos pero de manera focal, con aumento del diámetro transversal del saco gestacional y presencia de embrión o feto. Se debe realizar diagnóstico diferencial con cuadros de hemorragia del primer trimestre (aborto y embarazo ectópico), procesos en los que existe desproporción entre el tamaño uterino y la edad gestacional (error en la fecha de la última menstruación, embarazo gemelar, macrosomía fetal, miomatosis uterina, polihidramnios) y displasia mesenquimatosa de la placenta en la que encuentra: placentomegalia y malformación vascular placentaria en la cara fetal con estructuras quísticas, pero sin proliferación del trofoblasto, ni aumento de gonadotropina coriónica humana. Dentro las características histopatológicas de la mola parcial se tiene los criterios de Berkowitz y Goldstein, que comprenden: a) hiperplasia focal del sincitiotrofoblasto, b) edema focal de las vellosidades con formación de cavidades, c) inclusiones trofoblásticas dentro del estroma, d) vasos en la vellosidad con eritrocitos fetales, e) presencia de un embrión o feto y f) contorno festoneado de las vellosidades.⁶ Si bien el diagnóstico de la mola parcial es esencialmente anatomopatológico, puede ser apoyado por técnicas citogenéticas, citometría de flujo y sondas moleculares. Referente

al tratamiento, se debe evacuar la mola por aspiración y completar con legrado uterino. La histerectomía es una alternativa en caso de paridad satisfecha o complicaciones como: mionecrosis o perforación uterina. Los quistes tecaluteínicos desaparecen espontáneamente a los 2 – 4 meses tras la evacuación de la mola, sin embargo existe el riesgo potencial de torsión, pudiendo descomprimirse los mismos por aspiración durante la cirugía. Se debe mencionar que la histerectomía no previene las metástasis, en caso de coriocarcinoma.^{4,5}

El seguimiento hormonal con HCG cuantitativa es fundamental en el manejo posterior a la evacuación de la mola, siendo el control posterior importante para detectar proliferación trofoblástica persistente o un cambio maligno, debiendo realizarse el mismo durante un año; primero semanalmente hasta obtener dos muestras consecutivas negativas, posteriormente mensualmente durante 6 meses, luego cada 2 meses por otros 6 meses. Durante todo el periodo de control, es conveniente proscribir el embarazo y aconsejar la contracepción hormonal a dosis bajas o implementar un método anticonceptivo definitivo en mujeres jóvenes con paridad satisfecha, porque el incremento fisiológico de gonadotrofinas durante la nueva gestación puede dar lugar a confusiones diagnósticas.⁵⁻⁶

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

- Analizar la viabilidad de continuar el embarazo que cursa con enfermedad trofoblástica gestacional: tipo mola hidatiforme parcial.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Distinguir las complicaciones tanto maternas como fetales, que conlleva continuar un embarazo con mola parcial.
- Averiguar los métodos o exámenes complementarios adecuados, para determinar un diagnóstico y pronóstico oportuno y precoz.
- Estudiar el manejo clínico inmediato y mediano que recibió la paciente, en sus hospitalizaciones.
- Considerar la conducta y tratamiento correctos que se utilizan en la actualidad, para disminuir las complicaciones tanto maternas como fetales.

3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

- La información utilizada para el desarrollo y análisis del presente caso clínico se recopiló de la historia clínica, documento médico - legal, copiada del sistema informático AS400 del Hospital IESS Ambato el cual contiene datos informativos de la paciente, su cuadro clínico, exámenes complementarios, protocolo quirúrgico, tratamiento, evolución y controles posteriores.
- Obtención de datos no disponibles: la información que no consta en la historia clínica digital de la paciente se la obtuvo con entrevistas a: el personal médico y de enfermería que estuvo en contacto con la paciente, a la paciente y su familia, a la vez mi persona por haber presenciado la evolución clínica del caso.
- Además se recolectó información para la sustentación médica - científica del análisis del caso; de guías de práctica clínica de los últimos años, protocolos basados en la evidencia y artículos de revisión bibliográfica.

3.1 PRIMERA HOSPITALIZACIÓN

3.1.1 HOJA 08. URGENCIAS GINECOLÓGICAS

3.1.1.1 DATOS INFORMATIVOS

Paciente de 26 años de edad, sexo femenino, nacida y residente en la ciudad de Pelileo, casada, ocupación agricultura y quehaceres domésticos, mestiza, primaria completa, grupo sanguíneo: desconoce.

Fecha de ingreso: 2015/09/30 Hora: 11:55

3.1.1.2 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

- ❖ Antecedentes Personales Patológicos: No refiere
- ❖ Antecedentes Personales Quirúrgicos: No refiere

- ❖ Antecedentes Patológicos Familiares: No refiere
- ❖ Alergias: No refiere
- ❖ Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos: Gestas: 2, Partos: 0, Cesáreas: 0, Abortos: 1 (anembrionado), Hijos vivos: 0, Hijos muertos: 0, Mortinatos: 0, FUM: 24/Junio/2015 (No confiable), Edad gestacional: 14 semanas por ecografía y FUM, Ciclos menstruales: regulares por cuatro días con sangrado moderado, Inicio de vida sexual activa: 19 años, Parejas sexuales: 2, PAPTEST: hace 5 meses con reporte normal, Mamografía: No realizada.

3.1.1.3 ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo de consulta: Referencia por embarazo de alto riesgo

Enfermedad actual: Paciente de 26 años de edad que acude con transferencia de dispensario “SSC de SEGOVIA”, con embarazo de 14 semanas por eco y FUM, refiere que se realiza un eco transvaginal el día 28/09/2015; con reporte de placenta con signos de degeneración hidrópica y mola parcial, motivo por el cual deciden transferencia a esta casa de salud.

3.1.1.4 EXAMEN FÍSICO

Signos vitales: T/A: 115/59, FC: 92 LPM, T°: 36.4°, Peso: 65 kg, Talla: 1,52 m

Examen general; Paciente consciente, orientada en tiempo espacio y persona, hidratada, no álgica.

Examen físico regional:

- Abdomen: Suave, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogástrico, RHA presentes, AFU: A nivel de la parte media entre la sínfisis del pubis y el ombligo, no se palpa masas.
- RIG: Genitales femeninos, no presenta secreciones, ni sangrado activo.

Plan: Tratamiento hospitalario y exámenes complementarios

IDG: embarazo de 14 semanas por eco y FUM + placenta con signos de degeneración hidrópica + mola parcial

Rp.

1. Ingreso a sala de partos
2. Dieta blanda + líquidos
3. Control de signos vitales
4. Reposo absoluto
5. Lactato de Ringer 1000CC IV QD
6. Biometría, química sanguínea, tiempos de coagulación, tipificación sanguínea y EMO
7. Eco pélvico

(ANEXO IMAGEN N°1: HOJA 08 - EMERGENCIA)

3.1.2 HISTORIA CLÍNICA

3.1.2.1 DATOS DE FILIACIÓN

Paciente de 26 años de edad, sexo femenino, fecha de nacimiento 18/septiembre/2015, nacida y residente en la parroquia de Huambaló, cantón Pelileo, casada, instrucción primaria completa, ocupación agricultura y quehaceres domésticos, grupo sanguíneo desconoce.

Fecha de ingreso: 2015/09/30 Hora: 14:25

3.1.2.2 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y HÁBITOS

- Antecedentes patológicos personales: No refiere
- Antecedentes quirúrgicos: No refiere
- Antecedentes patológicos familiares: No refiere
- Alergias: No refiere
- Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos:

1. Menarquia: 12 años
2. Ciclos menstruales: Regulares cada 25-30 días por 4 días, sangrado moderado, utiliza hasta 3 toallas al día
3. Dismenorrea: No refiere
4. ETS: No refiere
5. Inicio de vida sexual: 19 años
6. Compañeros sexuales: 2
7. Gestas: 1 partos: 0 cesáreas: 0 abortos: 1 (anembrionado), hijos vivos: 0 hijos muertos: 0
8. FUM: 24/Junio/2015 (No confiable)
9. Edad gestacional: 14 semanas
10. FPP: 30/Abril/2016
11. Controles prenatales: 3
12. Ecos: 1, realizado el 28/09/2015; con reporte de mola parcial.
13. Método anticonceptivo: No utilizaba
14. Papanicolaou: último hace 5 meses con reporte normal (verbal)
15. Colposcopia: No refiere
16. Cultivo de secreción vaginal: No refiere
17. Mamografía: No refiere
- Antecedentes No Patológicos
 1. Alimentario: 3 veces al día
 2. Miccional: 2 veces en el día y 2 veces en la noche
 3. Defecatorio: 1 vez al día
 4. Tabaco: No refiere
 5. Alcohol: No refiere
 6. Drogas: No refiere
 7. Medicación: No refiere

3.1.2.3 CARACTERIZACIÓN FAMILIAR Y ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS

Paciente de 26 años que vive en Huambaló con su esposo, compone una familia nuclear, mono generacional, en etapa de extensión funcional ya que cumple con las tres funciones básicas de la familia que son: reproducción, sustento económico y educación. Viven en casa propia de construcción mixta, cuenta con todos los servicios básicos y con animales extra domiciliarios (cuyes, chanchos y vacas).

Perciben un ingreso económico medio de aproximadamente 900 dólares mensuales, teniendo como figura de único sustento económico al esposo; ya que la paciente no trabaja, sin embargo cubren sus necesidades básicas en alimentación, vivienda, salud y educación.

3.1.2.4 MOTIVOS DE CONSULTA

1. Eco con reporte de mola parcial
2. Transferencia por embarazo de alto riesgo

3.1.2.5 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente acude al servicio de emergencia ginecológicas con transferencia de centro de salud de “Segovia”, con diagnóstico de embarazo de 14 semanas por fum y eco más mola parcial; ya que se realiza un eco transvaginal el día 28/09/2015 el cual reporta: placenta con signos de degeneración hidrópica y mola parcial, motivo por el cual deciden referencia a esta casa de salud para su tratamiento por especialidad.

3.1.2.6 EXAMEN FÍSICO

Al examen físico del ingreso presenta los siguientes signos vitales TA: 115/54 FC: 91 LPM FR: 16 RPM T°: 36.4° SO2: 99 %

Medidas Antropométricas: Peso: 65 KG Talla: 1.52 M IMC: 28.13

Apariencia General: Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, afebril, hidratada, no álgica, escala de Glasgow Ocular: 4 Verbal: 5 Motor: 6 Total 15/15, biotipo pícnico, edad aparente concuerda con edad real, marcha normal.

Cabeza: normocefálica, cabello de implantación adecuada no desprendible a la tracción.

Ojos: pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz y acomodación, escleras no ictéricas, conjuntivas rosadas.

Tórax: Simétrico, expansibilidad conservada. Corazón: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Pulmones: Murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Mamas: Suaves, no dolorosas, no secretantes.

Abdomen: Suave, depresible, doloroso a la palpación en hipogástrico; percusión mate en zona hepática, RHA presentes. AFU: A nivel de la parte media entre la sínfisis del pubis y el ombligo.

Región Lumbar: Puño percusión negativa.

Región Inguinogenital: Genitales femeninos, no presenta secreciones, ni sangrado activo. Tacto vaginal: no realizado.

Extremidades: Simétricas, movilidad conservada, pulsos distales presentes y no edema de miembros inferiores

Examen neurológico: Glasgow 15/15, no signos de focalidad neurológica.

- Plan:

1. Hospitalización
2. Exámenes complementarios

- Impresión Diagnóstica al Ingreso:

Embarazo de 14 semanas por FUM y eco + placenta con signos de degeneración hidrópica + mola hidatiforme parcial

- Indicaciones al ingreso:

Rp.

1. Ingreso a Ginecología

2. Dieta blanda + líquidos
3. Control de signos vitales
4. Reposo absoluto
5. Lactato de Ringer 1000cc IV QD
6. Biometría, química sanguínea, tiempos de coagulación, grupo sanguíneo, BHCG cuantitativa, TSH, T3, T4, EMO + urocultivo.
7. Eco transvaginal
8. Novedades

(ANEXO IMAGEN N°3: TRANSFERENCIA DE CENTRO DE SALUD)

(ANEXO IMAGEN N°4: ECO CON REPORTE DE MOLA PARCIAL)

3.1.3 EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTE

3.1.3.1 EVOLUCIÓN NOCTURNA 2015/09/30 HORA: 20:43

IDG: Embarazo de 14 semanas por FUM y eco + placenta con signos de degeneración hidrópica + mola parcial

S: Paciente al momento no refiere molestias.

O: TA: 100/60 mmHg FC: 76 xmin FR: 17 rpm T°: 36.6° SatO2: 97%

Abdomen: Suave, depresible, doloroso a la palpación en hipogástrico; percusión mate en zona hepática, RHA presentes. AFU: A nivel de la parte media entre la sínfisis del pubis y el ombligo

Análisis: Paciente femenina de 26 años de edad, que cursa con un embarazo de 14 semanas por FUM y por eco, acude por transferencia de centro de salud de “Segovia”, ya que al realizarse un eco pélvico reporta: placenta con signos de degeneración hidrópica y mola parcial. Al momento paciente asintomática, al examen físico encontramos dolor a la palpación profunda en hipogástrico. AFU: A nivel de la parte media entre la sínfisis del pubis y el ombligo. Se decide incrementar antibiótico a tratamiento debido a sospecha de IVU.

Prescripción:

Rp.

1. Ampicilina + IBL 1,5 gr c8h después de tomar muestra para urocultivo
2. Mismas indicaciones
3. Novedades

3.1.3.2 EVOLUCIÓN DIURNA 2015/10/01 HORA: 09:22

IDG: Embarazo de 14,1 semanas por FUM y eco + placenta con signos de degeneración hidrópica + mola parcial

S: Paciente refiere dolor tipo cólico de leve intensidad, localizado en hipogástrico y sin irradiación, niega sintomatología acompañante.

O: TA: 110/60 mmHg FC: 86 xmin FR: 18 rpm T°: 35.6° SatO2: 99%

Abdomen: Suave, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, RHA presentes.

AFU: A nivel de la parte media entre la sínfisis del pubis y el ombligo

Exámenes complementarios: Biometría: Fórmula leucocitaria normal, hemoglobina y hematocrito normales, recuento plaquetario normal. Tipificación sanguínea: O Rh+. Química sanguínea: dentro de parámetros normales. EMO: Presencia de leucocitos, piocitos, hematíes, bacterias y células epiteliales. Por lo que se solicitó urocultivo el cual reporta el cual reporta flora celular mixta. Perfil tiroideo dentro de parámetros normales, tiempos de coagulación normales y BHCG > 10000. A la vez se solicitó ecografía transvaginal la cual reporta: Embarazo de 14 semanas ecográficamente + feto único vivo con frecuencia de 148 LPM + placenta de implantación anterior con grado de madurez 0, se evidencia imagen con aspecto de mola en la superficie inferior placentaria que mide 61x50mm + líquido amniótico, de aspecto homogéneo y en cantidad adecuada.

(ANEXO IMAGEN N°4: ECOGRAFÍA DE CONTROL)

(ANEXO IMAGEN N°5: RESULTADO DE TSH)

(ANEXO TABLAS N°1: RESULTADOS DE EXÁMENES)

Análisis: Paciente de 26 años de edad, que cursa su primer día de hospitalización, al momento refiere dolor de leve intensidad a nivel de hipogástrico, lo cual se corrobora en

el examen físico a la palpación. Se realizan exámenes complementarios; los cuales se encuentran dentro de parámetros normales, a pesar que EMO reporta una muestra contaminada. A la vez eco transvaginal confirma el diagnóstico de mola parcial pero con feto vivo y líquido amniótico adecuado.

VISITA NOCTURNA: Durante la evolución nocturna paciente en iguales condiciones, se mantiene evolución expectante y el día de mañana se realiza consenso médico para decidir conducta.

Prescripción:

Rp.

1. Dieta blanda + líquidos
2. Control de signos vitales
3. Reposo absoluto
4. Lactato de Ringer 1000cc IV QD
5. Ampicilina + IBL 1,5 mg c/8 horas (D1)
6. Novedades

3.1.3.3 EVOLUCIÓN DIURNA 2015/10/02 HORA: 09:22

IDG: Embarazo de 14,2 semanas por FUM y eco + placenta con signos de degeneración hidrópica + mola parcial

S: Paciente al momento asintomática, no refiere molestias.

O: TA: 100/70 mmHg FC: 66 xmin FR: 19 rpm T°: 36.5° SatO2: 98%

Abdomen: Suave, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio; percusión mate en zona hepática, RHA presentes. AFU: A nivel de la parte media entre la sínfisis del pubis y el ombligo

Análisis: Paciente de 26 años de edad, que cursa su segundo día de hospitalización, al momento no refiere molestias. En consenso de médicos tratantes se acuerda que según el protocolo de atención sugerido lo ideal es comenzar inducción con dosis de Misoprostol

intravaginal y vía oral para posteriormente realizar un legrado, por lo que se deja indicación del mismo.

VISITA NOCTURNA: Durante la visita nocturna paciente refiere dolor tipo cólico de moderada intensidad, localizado en hipogástrico y sin irradiación, no se evidencia pérdidas vaginales, ni sangrado activo, pese al inicio de administración de Misoprostol prescrito en la mañana, se continuará con observación de paciente.

Prescripción:

Rp.

1. Dieta blanda + líquidos
2. Control de signos vitales
3. Reposo absoluto
4. Lactato de Ringer 1000cc IV QD
5. Ampicilina + IBL 1,5 mg cada 8 horas (D2)
6. Misoprostol 200mcg sublingual y 200mcg intravaginal cada 8 horas
7. Novedades

3.1.3.4 EVOLUCIÓN DIURNA 2015/10/03 HORA: 10:45

IDG: Embarazo de 14,3 semanas por FUM y eco + placenta con signos de degeneración hidrópica + mola parcial

S: Paciente al momento refiere dolor de moderada intensidad a nivel de hipogástrico y sin irradiación.

O: TA: 120/80 mmHg FC: 68 xmin FR: 17 rpm T°: 36° SatO2: 95%

Abdomen: Suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogástrico, RHA presentes. AFU: A nivel de la parte media entre la sínfisis del pubis y el ombligo

Análisis: Paciente de 26 años de edad, que cursa su tercer día de hospitalización, al

momento refiere dolor abdominal de moderada intensidad, que se comprueba en el examen físico a la palpación. Por criterio de médico tratante decide suspender dosis de Misoprostol (se administraron dos dosis en total), sustentándose firmemente en la evidencia ecografía de un feto vivo de características aparentemente normales. Además se realizara una BHCG cuantitativa, para el día lunes debido a que el fin de semana no se cuenta con laboratorio para dicha prueba.

VISITA NOCTURNA: Durante la visita nocturna paciente refiere sangrado vaginal en abundante cantidad con presencia de coágulos de gran tamaño además refiere dolor tipo cólico de moderada intensidad, localizado en hipogástrico y sin irradiación, se realiza tacto vaginal evidenciándose cérvix posterior dilatado 1cm y borrado 30%. Al momento han pasado 24 horas desde la suspensión de Misoprostol, el cual fue suspendido en la mañana y completo dos dosis tanto vaginal como vía oral.

Prescripción:

Rp.

1. Dieta blanda + líquidos
2. Control de signos vitales
3. Reposo absoluto
4. Lactato de Ringer 1000cc IV QD
5. Ampicilina + IBL 1,5 mg cada 8 horas (D3)
6. Misoprostol 200mcg sublingual y 200mcg intravaginal cada 8 horas (suspender hasta nueva orden).
7. BHCG cuantitativa (Pedir el día Lunes)
8. Novedades

3.1.3.5 EVOLUCIÓN DIURNA 2015/10/04 HORA: 10:28

IDG: Embarazo de 14,4 semanas por FUM y eco + placenta con signos de degeneración hidrópica + mola parcial

S: Paciente refiere sangrado vaginal en escasa cantidad con presencia de coágulos de gran tamaño además dolor tipo cólico de moderada intensidad, localizado en hipogástrico y sin irradiación, niega sintomatología acompañante.

O: TA: 110/60 mmHg FC: 74 xmin FR: 18 rpm T°: 37° SatO2: 91%

Abdomen: Suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogástrico, RHA presentes. AFU: A nivel de la parte media entre la sínfisis del pubis y el ombligo, RIG: Presencia de sangrado activo color rojo rutilante, además con coágulos de gran tamaño. Tacto vaginal: No realizado nuevamente.

Análisis: Paciente de 26 años de edad, que cursa su cuarto día de hospitalización, al momento refiere dolor abdominal de moderada intensidad, localizada en hipogástrico; además de sangrado activo color rojo rutilante, en gran cantidad, con presencia de coágulos. Han pasado 36 horas desde la última dosis de Misoprostol.

VISITA NOCTURNA: Durante la visita nocturna paciente refiere dolor de moderada intensidad a nivel de hipogástrico, además se evidencia presencia de sangrado activo color rojo pardo, con presencia de coágulos. Han pasado 48 horas desde la suspensión de Misoprostol. Se prescribe realizar un eco doppler color obstétrico para comprobar estado de feto.

Prescripción:

Rp.

1. Dieta blanda + líquidos
2. Control de signos vitales
3. Reposo absoluto
4. Lactato de Ringer 1000cc IV QD
5. Ampicilina + IBL 1,5 mg cada 8 horas (D4)
6. Diclofenaco 75 mg IM PRN
7. BHCG cuantitativa (Pedir el día Lunes)
8. Eco doppler obstétrico

9. Novedades

3.1.3.6 EVOLUCIÓN DIURNA 2015/10/05 HORA: 09:26

IDG: Embarazo de 14,5 semanas por FUM y eco + placenta con signos de degeneración hidrópica + mola parcial

S: Paciente refiere sangrado vaginal en escasa cantidad con presencia de coágulos de pequeño tamaño y en poca cantidad además refiere sensación de quemazón retroesternal, de seis horas de evolución.

O: TA: 120/70 mmHg FC: 84 xmin FR: 20 rpm T°: 37° SatO2: 99%

Abdomen: Suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogástrico, RHA presentes. AFU: A nivel de la parte media entre la sínfisis del pubis y el ombligo

RIG: Presencia de sangrado activo color rojo pardo, además con coágulos de escasa cantidad y pequeño tamaño.

Análisis: Paciente de 26 años de edad, que cursa su quinto día de hospitalización, al momento sangrado activo color rojo pardo, en escasa cantidad, con presencia de coágulos pequeños. Han pasado 60 horas desde la última dosis de Misoprostol.

VISITA NOCTURNA: Durante la visita nocturna paciente refiere náuseas que no llegan al vómito, por lo que se prescribe Magaldrato. Además se evidencia presencia de sangrado escaso, color rojo pardo, con presencia de coágulos pequeños. Han pasado 72 horas desde la suspensión de Misoprostol. El eco doppler color obstétrico están pendientes para el día de mañana, al igual que los resultados de la BHCG cuantitativa.

Prescripción:

Rp.

1. Dieta blanda + líquidos
2. Control de signos vitales

3. Reposo absoluto
4. Lactato de Ringer 1000cc IV QD
5. Ampicilina + IBL 1,5 mg cada 8 horas (D5)
6. Diclofenaco 75 mg IM PRN
7. Magaldrato con simeticona 15 CC VO cada 8 horas
8. BHCG cuantitativa (Hoy)
9. Eco doppler color obstétrico (Hoy)
10. Novedades

3.1.3.7 EVOLUCIÓN DIURNA 2015/10/06 HORA: 09:18

IDG: Embarazo de 14,6 semanas por FUM y eco + placenta con signos de degeneración hidrópica + mola parcial

S: Paciente refiere sangrado vaginal ha cedido en su totalidad, no se evidencia desde hace seis horas del cambio en la última toalla higiénica.

O: TA: 110/60 mmHg FC: 78 xmin FR: 16 rpm T°: 36.4° SatO2: 95%

Abdomen: Suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, RHA presentes. AFU: A nivel de la parte media entre la sínfisis del pubis y el ombligo

RIG: Presencia de toalla higiénica limpia.

Exámenes complementarios: BHCG cuantitativa: 87.219; caracterizado por un rango mayor a 50mUI/mL y el eco doppler color obstétrico reporta: feto con polo cefálico dirigido a fosa ilíaca derecha, con una frecuencia cardíaca de 141 lpm, con peso de 115 gr + Placenta heterogéneo con localización corporal anterior, presencia de cambios quísticos difusos en el parénquima placentario alcanza un espesor de 3.6cm + Líquido amniótico en cantidad adecuada + Conducto cervical dilatado 7mm. Diagnóstico ecográfico: Mola hidatiforme parcial con feto vivo, el cual tiene una edad gestacional aproximada de 15.1 semanas + Dilatación del conducto endocervical de 7mm

(ANEXO IMAGEN N°6: RESULTADO DE EXAMEN)

(ANEXO IMAGEN N°7: ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR)

Análisis: Paciente de 26 años de edad, que cursa su sexto día de hospitalización, al momento no refiere molestias, sangrado se detuvo hace aproximadamente seis horas, al momento toalla higiénica limpia. Se recibe resultados de BHCG cuantitativa la cual se encuentra dentro del valor esperado y eco doppler color obstétrico reporta: Mola hidatiforme parcial con feto vivo, el cual tiene una edad gestacional aproximada de 15.1 semanas + Dilatación del conducto endocervical de 7mm. Con este resultado comprobamos la normalidad del feto pese a existir mola parcial.

VISITA NOCTURNA: Durante la visita nocturna paciente no refiere molestias, sangrado se detuvo hace aproximadamente doce horas, toalla higiénica limpia. Control con eco que reporta feto normal con placenta con mola parcial y dilatación cervical de 7mm. Se mantiene a paciente en observación.

Prescripción:

Rp.

1. Dieta blanda + líquidos
2. Control de signos vitales
3. Reposo absoluto
4. Lactato de Ringer 1000cc IV QD
5. Ampicilina + IBL 1,5 mg cada 8 horas (D6)
6. Diclofenaco 75 mg IM PRN
7. Magaldrato con simeticona 15 CC VO cada 8 horas
8. Paracetamol 1gr VO cada 8 horas
9. Novedades

3.1.3.8 EVOLUCIÓN DIURNA 2015/10/07 HORA: 09:41

IDG: Embarazo de 14,7 semanas por FUM y eco + placenta con signos de degeneración hidrópica + mola parcial

S: Paciente en condiciones estables, no refiere molestias.

O: TA: 120/80 mmHg FC: 75 xmin FR: 17 rpm T°: 36.1° SatO2: 98%

Abdomen: Suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, RHA presentes. AFU: A nivel de la parte media entre la sínfisis del pubis y el ombligo, RIG: No se evidencia presencia de secreciones, ni sangrado

Análisis: Paciente de 26 años de edad, que cursa su séptimo día de hospitalización, al momento no refiere molestias. Debido a resultados de exámenes complementarios y ante la conducta expectante por la complejidad del cuadro; se decide realizar amniocentesis precoz más estudio cromosómico de feto, en Hospital Carlos Andrade Marín, el día de mañana.

VISITA NOCTURNA: Durante la visita nocturna paciente no refiere molestias. Se encuentra en espera de realizarse el día de mañana amniocentesis precoz más estudio cromosómico, en HCAM.

Prescripción:

Rp.

1. Dieta blanda + líquidos
2. Control de signos vitales
3. Reposo absoluto
4. Lactato de Ringer 1000cc IV QD
5. Ampicilina + IBL 1,5 mg cada 8 horas (D6)
6. Diclofenaco 75 mg IM PRN
7. Magaldrato con simeticona 15 CC VO cada 8 horas
8. Paracetamol 1gr VO cada 8 horas
9. Amniocentesis + estudio cromosómico de feto (HCAM, mañana)
10. Novedades

3.1.3.9 EVOLUCIÓN DIURNA 2015/10/07 HORA: 09:41

IDG: Embarazo de 15 semanas por FUM y eco + placenta con signos de degeneración hidrópica + mola parcial

S: Paciente en condiciones estables, no refiere molestias.

O: TA: 100/70 mmHg FC: 90 xmin FR: 15 rpm T°: 36° SatO2: 95%

Abdomen: Suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, RHA presentes. AFU: A nivel de la parte media entre la sínfisis del pubis y el ombligo

RIG: No se evidencia presencia de secreciones, ni sangrado

Análisis: Paciente de 26 años de edad, que cursa su octavo día de hospitalización, paciente que acude para realización de amniocentesis en HCAM, el cual se realiza con éxito, donde se descarta gravedad del cuadro, además es valorada por médico tratante de HCAM quien sugiere alta y control por consulta externa en IESS Ambato, se consulta con médico tratante de IESS Ambato, quien acepta sugerencia de alta y control por consulta externa.

(ANEXO TABLA N°2: PROCEDIMIENTO Y REPORTE GENÉTICO DE AMNIOCENTESIS)

Prescripción:

Rp.

1. Alta del servicio
2. Paracetamol 500mg VO cada 8 horas por tres días
3. Control por consulta externa en IESS Ambato el 11/11/2015 (Dra. Santamaría)
4. Signos de alarma

3.2 CONTROL PRENATAL POR CONSULTA EXTERNA

3.2.1 CONTROL PRENATAL (2015/11/11)

ANAMNESIS

Paciente de 26 años de edad, casada, grupo sanguíneo de paciente: O Rh + y grupo sanguíneo de esposo: O Rh +; antecedentes patológicos personales: no refiere; alergias: no refiere; antecedentes gineco-obtetricos: G: 2, A: 1 (A las 5 semanas, hace 1 año por embarazo anembrionado), FUM: 24/Junio/2015; edad gestacional: 19,5 semanas; controles prenatales: 5; ecografías: 5 (último reporta: degeneración molar de la placenta, en polo embrionario, con frecuencia cardíaca normal, se realizó amniocentesis obteniendo 40cc de líquido amniótico claro, enviando a estudio genético); complicaciones en el embarazo: reporte de mola parcial y administración de Misoprostol a las 14 semanas; Examen de cariotipo en líquido amniótico: 46XX. Medicación actual: ninguna, PAPTEST: hace 1 año, reporte verbal normal

Motivo de consulta: Control prenatal y post hospitalización por mola parcial

Enfermedad actual: paciente que acude por control prenatal y control de mola parcial, al momento no refiere molestias

EXAMEN FÍSICO

O: TA: 110/70 mmHg FC: 92 xmin FR: 14 rpm T°: 36.5° SatO2: 93% Abdomen: Suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, RHA presentes. AFU: Fondo uterino adecuado para edad gestacional, a nivel de ombligo. RIG: No se evidencia presencia de secreciones, ni sangrado

PLAN E INDICACIONES

Plan: Control por consulta externa en 15 días

Rp:

1. Vitaminas tomar una cucharada en la mañana después del desayuno
2. Exámenes de laboratorio
3. Traer eco del primer trimestre
4. Signos de alarma

3.2.2 CONTROL PRENATAL (2015/11/24)

ANAMNESIS

Motivo de consulta: Control prenatal y de mola parcial

Enfermedad actual: paciente con embarazo 21 semanas, que acude por control prenatal y control de mola parcial, al momento refiere dolor en fosa ilíaca izquierda de leve intensidad, además constipación desde hace 72 horas.

EXAMEN FÍSICO

O: TA: 120/60 mmHg FC: 88 xmin FR: 15 rpm T°: 36.2° SatO2: 95% Peso: 71.2kg
Talla: 153cm

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada, GLASGOW 15/15. Abdomen: Suave, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca izquierda, RHA disminuidos. AFU: Fondo uterino adecuado para edad gestacional, dos dedos por encima de ombligo, movimientos fetales presentes y FCF: 155 – 157 lpm. RIG: No se evidencia presencia de secreciones, ni sangrado

PARACLÍNICA: Biometría, y química sanguínea: dentro de parámetros normales; TORCH: IGM de citomegalovirus positiva; resto de parámetros normales, perfil tiroideo: dentro de parámetros normales para edad y estado gestacional. EMO: con bacterias + y urocultivo no amerita.

(ANEXO TABLAS N°2: RESULTADOS DE EXÁMENES DE CONSULTA)

PLAN E INDICACIONES

Plan: Control por consulta externa en 30 días

Rp:

1. Vitaminas tomar una cucharada en la mañana después del desayuno
2. Lactulosa 15cc tomar antes de dormir por un mes
3. Repetir citomegalovirus
4. Eco de detalle anatómico
5. Vacuna de DT, en subcentro de salud

6. Signos de alarma

3.2.3 CONTROL PRENATAL (2015/12/22)

ANAMNESIS

Motivo de consulta: Control prenatal y tenesmo vesical

Enfermedad actual: paciente con embarazo de 25 semanas, que acude por control prenatal, al momento refiere tenesmo vesical, acompañado de orina fétida, poliuria; niega disuria. Además administra vacuna de tétano: 1ra dosis a las 21 semanas, eco con detalle anatómico realizado a las 22 semanas reporta: Embarazo normal de 21.6 semanas ecográficas, no se malformaciones fetales, feto normal con FCF: 145 – 150 LPM y placenta con evidencia de degeneración hidrópica: tipo mola parcial

(ANEXO IMAGEN N°: ECOGRAFÍA CON DETALLE ANATÓMICO)

EXAMEN FÍSICO

O: TA: 115/65 mmHg FC: 98 xmin FR: 18 rpm T°: 36.4° SatO2: 96% Peso: 74 kg
Talla: 153cm

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada, GLASGOW 15/15. Abdomen: Globoso, por útero gestante con embarazo de 22 semanas, feto único vivo con movimientos presente, FCF: 152 – 155 LPM, AFU: Fondo uterino adecuado para edad gestacional. RIG: No se evidencia presencia de secreciones, ni sangrado

PARACLÍNICA: Se repite citomegalovirus, por positividad de IGM; al momento con rango discretamente elevado, pero a comparación de primer resultado ha disminuido marcadamente.

(ANEXO TABLAS N°4: RESULTADOS DE EXÁMENES DE CONSULTA)

PLAN E INDICACIONES

Plan: Control por consulta externa en 30 días

Rp:

1. Cefalexina 500mg VO cada 12 horas por siete días
2. Vitaminas tomar una cucharada en la mañana después del desayuno
3. Test de O' Sullivan
4. Vacuna de DT, segunda dosis en subcentro de salud
5. Signos de alarma

3.3 SEGUNDA HOSPITALIZACIÓN

3.3.1 HOJA 08. URGENCIAS GINECOLÓGICAS

ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo de consulta: Salida de líquido vaginal

Enfermedad actual: Paciente refiere que desde hace doce horas y sin causa aparente, presenta salida de líquido por la vagina, en poca cantidad, color claro transparente, no sangre y olor característico a cloro. Por lo que acude a esta casa de salud. Dónde es valorada y se solicita realizar ecografía fetal + ILA con reporte: Oligohidramnios severo y se decide su ingreso.

EXAMEN FÍSICO

Signos vitales: T/A: 110/65, FC: 95 LPM, T°: 36°, Peso: 73 kg, Talla: 1,52 m

Examen general; Paciente consciente, orientada en tiempo espacio y persona, hidratada, no álgica.

Examen físico regional:

- Abdomen: Globoso, por presencia de útero gestante con embarazo de 29 semanas por FUM, con feto único vivo, con FCF: 150 – 155 LPM, movimientos fetales presentes, altura de fondo uterino acorde a edad gestacional, Actividad uterina: negativa.
- RIG: Genitales femeninos, se evidencia salida de líquido blanquecino. Tacto vaginal: orificio cervical externo: entreabierto, orificio cervical interno: cerrado, cérvix reblandecido, se toma muestra de líquido para cristalografía.

PARACLÍNICA

(ANEXO TABLA N°4: RESULTADO DE CRISTALOGRAFÍA Y EXÁMENES)

Reporte de Monitoreo fetal electrónico: Frecuencia cardíaca basal: 150 – 155 latidos por minuto, con variabilidad normal, sin evidencia de aceleraciones o desaceleraciones.

Conclusión: Monitoreo fetal electrónico normal.

(ANEXO IMAGEN N° 9: MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO)

Plan: Tratamiento hospitalario y exámenes complementarios

IDG: Embarazo de 29 semanas por FUM + placenta con signos de degeneración hidrópica + mola parcial + D/C oligohidramnios

Rp.

1. Ingreso a ginecología
2. NPO
3. Reposo absoluto
4. Tocometría cada 2 horas
5. Control de ingesta, excreta y diuresis horaria
6. Sonda vesical permanente
7. Control de signos vitales, actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal cada 6 horas
8. Lactato de Ringer bolo de 300cc IV STAT y luego 1000cc IV cada 8 horas
9. Dextrosa al 5% en SS al 0.9% 1000cc + 12 ampollas de sulfato de magnesio pasar 200cc en 30 minutos y luego mantener a 45 ML hora.
10. Ampicilina + IBL 1.5gr IV cada 8 horas (D0)
11. Betametasona 12mg IM STAT y mañana misma dosis a las 13:00
12. Biometría, química sanguínea, EMO, proteínas en orina de 24 horas, LDH, ALT, AST y bilirrubinas (TABLA N°4)
13. Repetir citomegalovirus IGM e IGG
14. Monitoreo fetal electrónico QD

15. Valoración con resultados

(ANEXO IMAGEN N°10: HOJA 08 – DE EMERGENCIA)

(ANEXO IMAGEN N°11: ECOGRAFÍA + ILA)

(ANEXO TABLA N° 5: RESULTADOS DE EXÁMENES)

3.3.2 EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTE

3.3.2.1 EVOLUCIÓN NOCTURNA 2016/01/12 HORA: 20:43

IDG: Embarazo de 29 semanas por FUM y 28.9 semanas por eco + mola hidatiforme parcial + Amenaza de parto prematuro + Oligohidramnios severo + Ruptura prematura de membranas de 14 horas

S: Paciente al momento no presenta pérdidas vaginales, toalla higiénica limpia y seca.

O: TA: 110/70 mmHg FC: 86 xmin FR: 14 rpm T°: 36.5° SatO2: 96%

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada, GLASGOW 15/15

Abdomen: Globoso, por presencia de útero gestante con embarazo de 29 semanas por FUM y 28.2 semanas por ECO, con feto único vivo, con FCF: 148 – 150 LPM, movimientos fetales presentes, altura de fondo uterino acorde a edad gestacional, Actividad uterina: negativa. RIG: Genitales femeninos, no presencia de pérdidas vaginales. Tacto vaginal: orificio cervical externo: entreabierto, orificio cervical interno: cerrado, cérvix reblandecido Reporte de Monitoreo fetal electrónico: Frecuencia cardíaca basal: 148 – 150 latidos por minuto, con variabilidad normal, sin evidencia de aceleraciones o desaceleraciones, conclusión: Monitoreo fetal electrónico normal.

(ANEXO IMAGEN N° 12: MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO)

Análisis: Paciente con evolución expectante, al examen físico: Abdomen: Globoso, por presencia de útero gestante, feto único vivo; RIG: No presenta pérdidas vaginales; se realiza monitoreo fetal con FCF 148 – 150 LPM, variable, tocometría: no se evidencia actividad uterina, no aceleraciones y no desaceleraciones.

Prescripción:

Rp.

1. Repetir Biometría, química sanguínea y grupo sanguíneo

2. Eco más flujometría
3. Mismas indicaciones
4. Novedades

3.3.2.2 EVOLUCIÓN DIURNA 2016/01/13 HORA: 10:47

IDG: Embarazo de 29,1 semanas por FUM y 28.9 semanas por eco + mola hidatiforme parcial + Amenaza de parto prematuro + Oligohidramnios severo + Ruptura prematura de membranas de 26 horas

S: Paciente presenta pérdida de líquido vaginal, color amarillento, en moderada cantidad.

O: TA: 110/70 mmHg FC: 89 xmin FR: 18 rpm T°: 37.5° SatO2: 94%

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada, GLASGOW 15/15

Abdomen: Globoso, por presencia de útero gestante con embarazo de 29,1 semanas por FUM y 28.2 semanas por ECO, con feto único vivo, con FCF: 145 – 150 LPM, movimientos fetales presentes, altura de fondo uterino acorde a edad gestacional, Actividad uterina: negativa. RIG: Genitales femeninos, presencia de pérdida de líquido amarillento en moderada cantidad por vagina. Tacto vaginal (12/01/2016): orificio cervical externo: entreabierto, orificio cervical interno: cerrado, cérvix reblandecido

Reporte de Monitoreo fetal electrónico: Frecuencia cardíaca basal: 145 – 150 latidos por minuto, con variabilidad normal, sin evidencia de aceleraciones o desaceleraciones. Conclusión: Monitoreo fetal electrónico normal.

(ANEXO IMAGEN N° 13: MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO)

(ANEXO TABLA N° 6: RESULTADOS DE EXÁMENES)

Análisis: Paciente femenina de 26 años de edad, que cursa con un embarazo de 29,1 semanas por fum y 28.2 semanas por ECO, en evolución expectante. Paciente al momento presenta hidrorrea amarillenta en moderada cantidad, monitoreo fetal muestra FCF: 145 – 150 LPM, no actividad uterina y no desaceleraciones, ni aceleraciones. Se realiza nuevos exámenes de control PCR negativo, biometría con parámetros normales y grupo sanguíneo O RH+.

Prescripción:

Rp.

1. NPO
2. Reposo absoluto
3. Tocometría cada 2 horas
4. Control de frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales cada 2 horas
5. Control de signos vitales + curva térmica
6. Control de ingesta, excreta y diuresis horaria
7. Sonda vesical permanente
8. Lactato de Ringer 1000cc IV cada 8 horas
9. Dextrosa al 5% en SS al 0.9% 1000cc + 12 ampollas de sulfato de magnesio mantener a 45 ML hora.
10. Ampicilina + IBL 1.5gr IV cada 8 horas (D1)
11. Betametasona segunda dosis HOY 13:00 12mg IM.
12. Eco más flujometría (HOY 18:00)
13. Monitoreo fetal electrónico BID
14. Novedades

3.3.2.3 NOTA DE ACTUALIZACIÓN 2016/01/13 HORA: 18:47

IDG: Embarazo de 29,1 semanas por FUM y 28.9 semanas por eco + mola hidatiforme parcial + Amenaza de parto prematuro + Oligohidramnios severo + Ruptura prematura de membranas de 36 horas

Análisis:

Se recibe resultados de eco + flujometría de paciente, la cual reporta: Las arterias y vena umbilical se encuentran permeables, la arteria cerebral media fetal también se encuentra permeable con curvas de flujo normales. IR a nivel de la arteria cerebral media es de 0.96 y el I.P es de 2.75. IR a nivel de la arteria umbilical es de 0.69 y I.P es de 1.20.

Índice cerebro placentario de 1.39 (normal mayor de 1). Por lo que después de analizar y discutir caso clínico de paciente se decide terminar el embarazo por cesárea, debido a oligohidramnios severo.

Rp.

1. Pasar parte operatorio
2. Preparar campo quirúrgico
3. Bajar a quirófano según indicación

3.3.2.4 NOTA DE ANESTESIOLOGÍA 2016/01/13 HORA: 20:45

Paciente de 27 años de edad con diagnóstico de embarazo de 29.1 semanas + ruptura de membranas de 36 horas + oligohidramnios severo + placenta con mola parcial; después de estudio de caso se planifica cesárea; realizada bajo anestesia raquídea previa asepsia de piel con alcohol yodado, se realiza punción lumbar media con SPINOCAN N°27 a nivel de L3 - L4 para administrar bupivacaína pesada 0,5% 15 mg sin complicaciones y al primer intento, monitorización de tensión arterial: Entre 114/75 el valor más alto 90/60 el valor más bajo, frecuencia cardíaca: fluctúa entre 70 y 80 latidos por minuto, saturación de oxígeno: 97%. Se administra efedrina 20 mg, oxitocina 10 UI, metoclopramida 10 mg, ketorolaco 60 mg, tramadol 100 mg, Lactato de Ringer 1700 CC. Se obtiene RN de sexo femenino APGAR: de 7 – 8.

(ANEXO IMAGEN N°14: HOJA DE CONTROL ANESTESIOLOGÍA)

3.3.2.5 PROTOCOLO OPERATORIO 2016/01/13 HORA: 21:53

Diagnóstico Pre quirúrgico: Embarazo molar de 29.1 semanas por FUM y 28.2 semanas por eco + labor inicial de parto + oligohidramnios severo + ruptura prematura de membranas de 36 horas

Diagnóstico Post quirúrgico: Embarazo molar de 29.1 semanas por FUM y 28.2 semanas por eco + labor inicial de parto + oligohidramnios severo + ruptura de prematura membranas de 36 horas + paridad satisfecha

Procedimiento: Cesárea segmentaria + Salpingectomía bilateral

Anestesia: Raquídea

Diéresis: Phannenstiel

Exposición: Manual e instrumental.

Hallazgos:

1. Útero gestante
2. Líquido amniótico escaso
3. RN vivo, sexo femenino, APGAR al minuto de 8 y a los 5 minutos de nacida de 9, peso: 1105 g, talla: 35.5 cm, perímetro cefálico: 25.5 cm
4. Placenta fúndica posterior con características de mola parcial
5. Anexos in situ normales

Sangrado: 300 cc

Material blanco reportado completo por parte de enfermería

Orina por sonda vesical: Clara

Complicaciones: Ninguna

Histopatológico: No

Procedimiento:

- 1) Asepsia y antisepsia
- 2) Diéresis descrita
- 3) Divulsión de pared por planos hasta cavidad
- 4) Histerotomía segmentaria
- 5) Extracción de RN de características descritas
- 6) Doble pinzamiento y sección de cordón umbilical
- 7) Extracción de placenta
- 8) Limpieza de cavidad uterina
- 9) Histerorrafia en 3 planos

- 10) Localización, pinzamiento y ligadura de trompas de Falopio derecha e izquierda
- 11) Control de hemostasia
- 12) Síntesis por planos hasta piel

(ANEXO IMAGEN N°15: IMAGEN DE PLACENTA CON MOLA PARCIAL)

(ANEXO IMAGEN N°16: IMAGEN DE RN PRODUCTO DE EMBARAZO MOLAR PARCIAL)

Rp.

1. NPO por 6 horas luego dieta blanda
2. CSV
3. Reposo absoluto
4. Lactato Ringer 1000 cc + Tramal 100 mg IV C8H + oxitocina 10 UI en la primera solución
5. Ampicilina + IBL 1.5 g IV C8H (D1)
6. Ketorolaco 30 mg IV C8H
7. Ranitidina 50 mg IV C12H
8. Metoclopramida 10 mg IV C8H
9. Cuidados de sonda vesical
10. Duchas vaginales BID
11. Estudio patológico de placenta
12. Novedades

3.3.2.6 EVOLUCIÓN DIURNA 2016/01/14 HORA: 09:05

IDG: Puerperio quirúrgico inmediato de 12 horas por embarazo de 29,1 semanas por FUM y 28.9 semanas por eco + mola hidatiforme parcial + Oligohidramnios severo + ruptura de membranas de 36 horas + Paridad satisfecha.

S: Paciente presenta dolor de moderada intensidad a nivel de herida quirúrgica, sin irradiación.

O: TA: 110/60 mmHg FC: 80 xmin FR: 18 rpm T°: 37.2° SatO2: 93%

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada, GLASGOW 15/15

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación superficial a nivel de herida quirúrgica, la cual se encuentra en buenas condiciones, no se evidencia signos de inflamación, no secreción; apósito ligeramente manchado con líquido serohemático, AFU en O, RIG: Genitales femeninos, presencia de loquios serohemáticos en escasa cantidad, no olor pútrido.

Análisis: Paciente femenina de 26 años de edad, que cursa su primer día postquirúrgico por cesárea segmentaria + Salpingectomía bilateral, bajo anestesia raquídea y sin complicaciones; al momento refiere dolor de moderada intensidad en sitio quirúrgico, herida en buenas condiciones en proceso de cicatrización.

Prescripción:

Rp.

1. Dieta blanda
2. Control de signos vitales
3. Reposo absoluto
4. Lactato Ringer 1000 cc + Tramal 100 mg IV C8H (terminar y retirar)
5. Amoxicilina + IBL 500mg VO cada 8 horas (D1)
6. Paracetamol 1gr VO C8H
7. Diclofenaco 75mg IM PRN
8. Retirar sonda vesical
9. Duchas vaginales BID
10. Novedades

VISITA NOCTURNA: Durante la visita nocturna paciente que refiere dolor de leve intensidad en sitio quirúrgico, herida en buenas condiciones en proceso de cicatrización. Se decide realizar exámenes de control post cesárea y evacuación de placenta con mola parcial, por lo que se incrementa otro antibiótico a esquema según criterio de médico tratante.

Prescripción:

Rp.

1. Clindamicina 300mg VO C6H D0
2. BH, Beta HCG
3. Rx de tórax
4. Eco transvaginal (mañana)
5. Resto mismas indicaciones
6. Novedades

3.3.2.7 EVOLUCIÓN DIURNA 2016/01/15 HORA: 08: 49

IDG: Puerperio quirúrgico mediato de 34 horas por embarazo de 29,1 semanas por FUM y 28.9 semanas por eco + mola hidatiforme parcial+ Oligohidramnios severo + ruptura de membranas de 36 horas + Paridad satisfecha.

S: Paciente presenta dolor de leve intensidad a nivel de herida quirúrgica, sin irradiación.

O: TA: 100/60 mmHg FC: 78 xmin FR: 16 rpm T°: 36.7° SatO2: 95%

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada, GLASGOW 15/15

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación superficial a nivel de herida quirúrgica, la cual se encuentra en proceso de cicatrización, no se evidencia signos de inflamación, no secreción, AFU en O -1. RIG: Genitales femeninos, presencia de loquios serohemáticos en escasa cantidad, no olor pútrido.

(ANEXO TABLA N° 7: RESULTADOS DE EXÁMENES)

(ANEXO IMAGEN N°17: RADIOGRAFÍA DE TÓRAX)

(ANEXO IMAGEN N°18: ECO PÉLVICO CON REPORTE)

Análisis: Paciente femenina de 26 años de edad, que cursa su segundo día postquirúrgico; al momento refiere dolor de leve intensidad en sitio quirúrgico, herida en buenas condiciones en proceso de cicatrización; paraclínica revela notable disminución de Beta HCG, biometría revela discreta leucocitosis con diferencial equilibrada; además presenta una anemia normocítica – normocrómica, secundaria a sangrado agudo, eco transvaginal reporta útero y anexos normales y en Rx de tórax no se evidencia

condensaciones en campos pulmonares bilaterales, radiografía normal. Por lo que se concluye que se ha evacuado en totalidad el tejido molar, además que el riesgo de presentar complicaciones malignas propias de su patología es mínimo, pese a eso se decide mantener en observación a paciente y realizar control de BHCG cuantitativa.

Prescripción:

Rp.

1. Dieta blanda
2. Control de signos vitales
3. Reposo absoluto
4. Amoxicilina + IBL 500mg VO cada 8 horas (D2)
5. Clindamicina 300mg VO C6H (D1)
6. Paracetamol 1gr VO C8H
7. Diclofenaco 75mg IM PRN
8. Duchas vaginales BID
9. BHCG cuantitativa
10. Novedades

VISITA NOCTURNA: Durante la visita nocturna paciente no refiere dolor en sitio quirúrgico, herida en buenas condiciones en proceso de cicatrización. Además expresa no haber recibido dos antibióticos, se averigua con personal de enfermería quienes refieren que no se administrado clindamicina por falta de medicamento, se reinicia esquema desde día 0

Prescripción:

Rp.

1. Clindamicina C6H D0
2. Iguales indicaciones
3. Novedades

3.3.2.8 EVOLUCIÓN DIURNA 2016/01/16 HORA: 07: 34

IDG: Puerperio quirúrgico mediato de 60 horas por embarazo de 29,1 semanas por FUM y 28.9 semanas por eco + mola hidatiforme parcial + Oligohidramnios severo + ruptura prematura de membranas de 36 horas + Paridad satisfecha.

S: Paciente presenta dolor de leve intensidad a nivel de herida quirúrgica, sin irradiación.

O: TA: 120/70 mmHg FC: 79 xmin FR: 17 rpm T°: 36.4° SatO2: 96%

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada, GLASGOW 15/15

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación superficial a nivel de herida quirúrgica, la cual se encuentra en proceso de cicatrización, no se evidencia signos de inflamación, no secreción, AFU en O -1. RIG: Genitales femeninos, presencia de loquios serohemáticos en escasa cantidad, no olor pútrido.

(ANEXO TABLA N° 8: RESULTADO DE EXAMEN)

Análisis: Paciente femenina de 26 años de edad, que cursa su tercer día postquirúrgico; al momento refiere dolor de leve intensidad en sitio quirúrgico, herida en buenas condiciones en proceso de cicatrización; nuevo control de BHCG en progresivo descenso, se realizara nuevo control en cinco días, se decide mantener en observación a paciente.

VISITA NOCTURNA: durante la visita nocturna paciente al momento en buenas condiciones clínicas no refiere dolor en sitio quirúrgico, herida en buenas condiciones en proceso de cicatrización.

Prescripción:

Rp.

1. Dieta blanda
2. Control de signos vitales
3. Reposo absoluto
4. Amoxicilina + IBL 500mg VO cada 8 horas (D3)
5. Clindamicina C6H (D1)

6. Paracetamol 1gr VO C8H
7. Diclofenaco 75mg IM PRN
8. Duchas vaginales BID
9. Novedades

3.3.3.9 EVOLUCIÓN DIURNA 2016/01/17 HORA: 09: 04

IDG: Puerperio quirúrgico mediato de 3 días y 12 horas por embarazo de 29,1 semanas por FUM y 28.9 semanas por eco + mola hidatiforme parcial + Oligohidramnios severo + ruptura prematura de membranas de 36 horas + Paridad satisfecha.

S: Paciente no presenta dolor a nivel de herida quirúrgica desde hace 24 horas, niega otra sintomatología

O: TA: 120/70 mmHg FC: 79 xmin FR: 17 rpm T°: 36.4° SatO2: 96%

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada, GLASGOW 15/15

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación superficial a nivel de herida quirúrgica, la cual se encuentra en proceso de cicatrización, no se evidencia signos de inflamación, no secreción, AFU en O -2. RIG: Genitales femeninos, presencia de loquios serohemáticos en escasa cantidad, no olor pútrido.

Análisis: Paciente femenina de 26 años de edad, que cursa su cuarto día postquirúrgico; al momento no refiere dolor en sitio quirúrgico, herida en buenas condiciones en proceso de cicatrización; se mantiene a paciente en observación.

VISITA NOCTURNA: durante la visita nocturna paciente al momento en buenas condiciones clínicas no refiere dolor en sitio quirúrgico, herida en buenas condiciones en proceso de cicatrización. Se mantiene a paciente en vigilancia médica.

Prescripción:

Rp.

1. Dieta blanda
2. Control de signos vitales
3. Reposo absoluto
4. Amoxicilina + IBL 500mg VO cada 8 horas (D4)
5. Clindamicina C6H (D2)
6. Paracetamol 1gr VO C8H
7. Diclofenaco 75mg IM PRN
8. Duchas vaginales BID
9. Novedades

3.3.3.10 EVOLUCIÓN DIURNA 2016/01/18 HORA: 08: 57

IDG: Puerperio quirúrgico mediato de 4 días y 12 horas por embarazo de 29,1 semanas por FUM y 28.9 semanas por eco + mola hidatiforme parcial + Oligohidramnios severo + ruptura prematura de membranas de 36 horas + Paridad satisfecha.

S: Paciente al momento no refiere molestias.

O: TA: 120/80 mmHg FC: 88 xmin FR: 19 rpm T°: 36.3° SatO2: 95%

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada, GLASGOW 15/15

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación profunda a nivel de herida quirúrgica, la cual se encuentra en proceso de cicatrización, no se evidencia signos de inflamación, no secreción, AFU en O -2. RIG: Genitales femeninos, presencia de loquios serohemáticos en escasa cantidad, no olor pútrido.

Análisis: Paciente femenina de 26 años de edad, que cursa su quinto día postquirúrgico; al momento asintomática, herida en buenas condiciones en proceso de cicatrización; evolución favorable durante el fin de semana, se mantiene a paciente en observación

VISITA NOCTURNA: durante la visita nocturna paciente al momento en buenas condiciones clínicas no refiere dolor en sitio quirúrgico, herida en buenas condiciones en proceso de cicatrización. Se mantiene a paciente en vigilancia médica.

Prescripción:

Rp.

1. Dieta blanda
2. Control de signos vitales
3. Reposo absoluto
4. Amoxicilina + IBL 500mg VO cada 8 horas (D5)
5. Clindamicina C6H (D3)
6. Paracetamol 1gr VO C8H
7. Diclofenaco 75mg IM PRN
8. Duchas vaginales BID
9. Novedades

3.3.3.11 EVOLUCIÓN DIURNA 2016/01/19 HORA: 08: 44

IDG: Puerperio quirúrgico mediato de 5 días y 12 horas por embarazo de 29,1 semanas por FUM y 28.9 semanas por eco + mola hidatiforme parcial + Oligohidramnios severo + ruptura prematura de membranas de 36 horas + Paridad satisfecha.

S: Paciente al momento no refiere molestias.

O: TA: 110/80 mmHg FC: 92 xmin FR: 15 rpm T°: 36° SatO2: 92%

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada, GLASGOW 15/15

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación profunda a nivel de herida quirúrgica, la cual se encuentra en proceso de cicatrización, no se evidencia signos de inflamación, no secreción, AFU en O -2 RIG: Genitales femeninos, presencia de loquios serohemáticos en escasa cantidad, no olor pútrido.

Análisis: Paciente femenina de 26 años de edad, que cursa su sexto día postquirúrgico; al momento herida en buenas condiciones en proceso de cicatrización; evolución favorable, se mantiene a paciente en observación.

VISITA NOCTURNA: durante la visita nocturna paciente al momento en buenas condiciones clínicas no refiere dolor en sitio quirúrgico, herida en buenas condiciones en proceso de cicatrización. Se planifica alta para el día siguiente con verificación de valor cuantitativo de BHCG.

Prescripción:

Rp.

- 1.Prealta
- 2.Dieta blanda
- 3.Control de signos vitales
- 4.Reposo absoluto
- 5.Amoxicilina + IBL 500mg VO cada 8 horas (D6)
- 6.Clindamicina C6H (D4)
- 7.Paracetamol 1gr VO C8H
- 8.Diclofenaco 75mg IM PRN
- 9.Duchas vaginales BID
10. BHCG cuantitativa
11. Novedades

3.3.3.12 EVOLUCIÓN DIURNA 2016/01/20 HORA: 09:15

IDG: Puerperio quirúrgico mediato de 7 días por embarazo de 29,1 semanas por FUM y 28.9 semanas por eco + mola hidatiforme parcial + Oligohidramnios severo + ruptura prematura de membranas de 36 horas + Paridad satisfecha.

S: Paciente al momento no refiere molestias.

O: TA: 100/70 mmHg FC: 67 xmin FR: 15 rpm T°: 36.4° SatO2: 97%

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada, GLASGOW 15/15

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación profunda a nivel de herida quirúrgica, la cual se encuentra en proceso de cicatrización, no se evidencia signos de inflamación, no secreción, AFU en O -2 RIG: Genitales femeninos, presencia de loquios serohemáticos en escasa cantidad, no olor pútrido.

(ANEXO TABLA N° 9: RESULTADO DE EXAMEN)

Análisis: Paciente femenina de 26 años de edad, que cursa su séptimo día postquirúrgico; al momento herida en buenas condiciones en proceso de cicatrización; paraclínica revela Beta HCG en descenso progresivo, paciente hemodinámicamente estable y evolución favorable, por lo que se decide alta y control por consulta externa con nuevo resulta de BHCG.

Prescripción:

Rp.

1. Alta más indicaciones
2. Amoxicilina + IBL 500mg VO cada 8 horas por dos días más y suspender
3. Clindamicina C6H por cuatro días más y suspender
4. Paracetamol 1gr VO C8H por cuatro días más y suspender
5. Control por consulta externa el 19/02/2016 con Dr. Moya Ginecología

3.4 CONTROL DE PACIENTE POR CONSULTA EXTERNA

3.4.1 CONTROL 2016/02/19 HORA: 08:48

ANAMNESIS

Paciente de 26 años de edad, casada, grupo sanguíneo de paciente: O Rh y grupo sanguíneo de esposo: O Rh +; antecedentes patológicos personales: no refiere; alergias: no refiere; antecedentes gineco-obtetricos: G: 2, A: 1 (A las 5 semanas, hace 1 año por embarazo anembrionado) P: 0, C: 1 (oligohidramnios severo y mola parcial), FUM: 24/Junio/2015

Motivo de consulta: Control post cesárea por oligohidramnios severo, ruptura de membranas de 36 horas de evolución y mola parcial

Enfermedad actual: paciente que acude post cesárea por oligohidramnios y mola parcial, al momento no refiere molestias.

EXAMEN FÍSICO

O: TA: 112/78 mmHg FC: 90 xmin T°: 36.1° SatO2: 98%

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada, GLASGOW 15/15. Abdomen: Suave, depresible, herida quirúrgica en cicatrización, no doloroso a la palpación superficial, ni profunda, RHA disminuidos. RIG: No se evidencia presencia de secreciones, ni sangrado

PARACLÍNICA: BHCG Coriónica: < 0.100

(ANEXO TABLAS N°10: RESULTADO DE EXAMEN DE CONSULTA)

PLAN E INDICACIONES

Plan: Control por consulta externa en 30 días, con nueva medición de BHCG Coriónica

Rp:

1. Vitamina B tomar una cápsula VO cada día en la tarde
2. Calcio tomar una tableta VO cada día en el desayuno
3. Realizar control de HCG Coriónica en un mes
4. Control por consulta externa en un mes

3.4.2 CONTROL 2016/03/18 HORA: 09:45

ANAMNESIS

Motivo de consulta: Control por seguimiento de mola parcial durante su embarazo

Enfermedad actual: paciente que acude por control de mola parcial, al momento no refiere molestias.

EXAMEN FÍSICO

O: TA: 120/80 mmHg FC: 85 xmin T°: 36.4° SatO2: 95%

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada, GLASGOW 15/15. Abdomen: Suave, depresible, cicatriz quirúrgica en buen estado, no doloroso a la palpación superficial, ni profunda, RHA disminuidos. RIG: No se evidencia presencia de secreciones, ni sangrado

PARACLÍNICA: BHCG Coriónica: < 0.100

(ANEXO TABLAS N°10: RESULTAD DE EXAMEN DE CONSULTA)

PLAN E INDICACIONES

Plan: Control por consulta externa en 30 días, con nueva medición de HCG Coriónica

Rp:

1. Realizar control de HCG Coriónica en un mes
2. Control por consulta externa en un mes

4. DESARROLLO

Se trata de una paciente de 26 años de edad, sexo femenino, nacida y residente en la ciudad de Pelileo, casada, ocupación agricultura y quehaceres domésticos, mestiza, primaria completa, grupo sanguíneo: desconoce. Sin antecedentes patológicos personales, quirúrgicos, ni familiares de importancia. Antecedentes ginecológicos: menarquia: 12 años, ciclos menstruales: regulares cada 25-30 días por 4 días, sangrado moderado, utiliza hasta 3 toallas al día, dismenorrea: No refiere, ETS: No refiere, inicio de vida sexual: 19 años, compañeros sexuales: 2, método anticonceptivo: no utilizaba, Papanicolaou: último hace 5 meses con reporte normal, colposcopia: No refiere, cultivo de secreción vaginal: no refiere, mamografía: no refiere. Antecedentes obstétricos: Gestas: 1 partos: 0 cesáreas: 0 abortos: 1, hijos vivos: 0 hijos muertos: 0, FUM: 24/Junio/2015, Gesta 1: Embarazo que llega a 6 semanas de gestación, produce sangrado vaginal, realizan eco que reporta anembrionado y se realiza legrado. Gesta actual: embarazo de 14 semanas por fum, FPP: 30/Abril/2016, controles prenatales: 3, ecos: 1, realizado el 28/09/2015; con reporte de mola parcial, recibe hierro y ácido fólico.

La paciente acude al Servicio de Emergencias Ginecológicas del Hospital IESS Ambato, debido a que fue atendida en centro de salud de “Segovia” por control de embarazo con eco, el cual reporta: placenta con signos de degeneración hidrópica y mola parcial (VER ANEXO 4), niega sintomatología. Al examen físico se evidencia signos vitales: T/A: 115/59, FC: 92 lpm, FR: 16 rpm T°: 36.4° SO2: 99 %; antropometría: Peso: 65 kg, Talla: 1,52 m e IMC: 28.13. Apariencia General: Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, afebril, hidratada, no álgica, escala de Glasgow Ocular: 4 Verbal: 5 Motor: 6 Total 15/15, biotipo pícnico, marcha normal, abdomen: suave, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogástrico, RHA presentes. AFU: A nivel de la parte media entre la sínfisis del pubis y el ombligo, región inguinogenital: genitales femeninos, no presenta secreciones, ni sangrado activo, tacto vaginal: no realizado.

Se practican exámenes complementarios los cuales reportan: Biometría: fórmula leucocitaria normal, hemoglobina y hematocrito normales, recuento plaquetario normal, tipificación sanguínea: O Rh+, química sanguínea: dentro de parámetros normales, EMO: presencia de leucocitos, piocitos, hematíes, bacterias y células epiteliales. Por lo que se solicitó urocultivo el cual reporta el cual reporta flora celular mixta, perfil tiroideo dentro de parámetros normales, tiempos de coagulación normales y BHCG > 10000.

El primer día de hospitalización paciente refiere dolor tipo cólico de leve intensidad a nivel de hipogástrico, sin otra sintomatología acompañante además se realiza un eco de control transvaginal el cual reporta: Embarazo de 14 semanas ecográficamente + Feto vivo con frecuencia de 148 LPM + placenta de implantación anterior y grado de madurez 0, se evidencia imagen con aspecto de mola en la superficie inferior placentaria que mide 61x50mm + líquido amniótico de aspecto homogéneo y en cantidad adecuada, se decide mantener conducta expectante con paciente junto con el cumplimiento de régimen antibiótico. El segundo día de hospitalización paciente no refiere molestias pero se decide iniciar dosis de Misoprostol 200mcg sublingual y 200mcg intravaginal cada ocho horas, no se evidenció sangrado, pero presentó dolor abdominal de moderada intensidad a nivel de hipogástrico. El tercer día de hospitalización paciente continúa con dolor abdominal en hipogástrico de moderada intensidad, se realiza consenso médico por lo que se decide retirar régimen de Misoprostol, del cual completa dos dosis intravaginal y sublingual además se ordena realizar BHCG cuantitativa en 48 horas, por la noche se evidencia sangrado en abundante cantidad, color rojo rutilante con coágulos de gran tamaño, persiste dolor abdominal en mismas características se realiza tacto vaginal encontrando un cérvix posterior dilatado 1cm y borrado 30%. El cuarto día de hospitalización se evidencia mejoría de sangrado vaginal el cual es en escasa cantidad con coágulos, persiste dolor en hipogástrico de moderada intensidad, se retoma conducta expectante y se solicita un eco doppler color obstétrico de control. El quinto día de hospitalización paciente con remisión de sangrado el cual es rojo pardo escaso con pequeños coágulos, además refiere sensación de quemazón retroesternal, para lo cual se incrementa Magaldrato además para este día aún no se obtiene resultados de eco doppler

y BHCG cuantitativa. El sexto día de hospitalización paciente asintomática, resultado de BHCG cuantitativa reporta: 87.219 además el eco doppler color obstétrico reporta: feto con polo cefálico dirigido a fosa ilíaca derecha, con una frecuencia cardíaca de 141 lpm, con peso de 115 gr + Placenta heterogéneo con localización corporal anterior, presencia de cambios quísticos difusos en el parénquima placentario alcanza un espesor de 3.6cm + Líquido amniótico en cantidad adecuada + Conducto cervical dilatado 7mm. Diagnóstico ecográfico: Mola hidatiforme parcial con feto vivo, el cual tiene una edad gestacional aproximada de 15.1 semanas + Dilatación del conducto endocervical de 7mm. El séptimo día de hospitalización paciente no refiere molestias, y ante la evidencia de un feto vivo y aparentemente normal, se cree oportuno realizar amniocentesis más estudio cromosómico de feto en HCAM, el cual nos definirá la viabilidad del feto. El octavo día de hospitalización acude a HCAM, donde previo consentimiento se realiza amniocentesis, bajo normas de asepsia y antisepsia, se obtiene líquido amniótico claro 40 CC las muestras se envían a estudio genético además recomiendan alta debido a cuadro estable de paciente y control por consulta externa con resultado genético.

En su primer control por consulta externa paciente con embarazo de 19.5 semanas, no refiere molestias, al examen físico altura de fondo uterino adecuado para edad gestacional, además trae resultados de estudio genético el cual reporta cariotipo 46XX, se recomienda nuevo control en 15 días. En su segundo control por consulta externa paciente con embarazo de 21 semanas, refiere dolor de leve intensidad a nivel de fosa ilíaca izquierda acompañada de constipación, al examen físico altura de fondo uterino adecuado para edad gestacional, movimientos fetales presentes y FCF entre 155 y 157 lpm, en este control se revisa resultados de TORCH, llama la atención resultado de IGM positiva para citomegalovirus, se prescribe lactulosa, vitaminas, administrar vacuna de DT, repetir examen de citomegalovirus y realizar eco con detalle anatómico. En su tercer control por consulta externa paciente con embarazo de 25 semanas, refiere tenesmo vesical, con orina fétida, al examen físico altura de fondo uterino adecuado para la edad gestacional, movimientos fetales presentes y FCF: 152 -155 lpm, eco con detalle anatómico reporta feto normal y placenta con signos de degeneración hidrópica: tipo mola parcial además se repitió citomegalovirus IGM con resultado ligeramente elevado

para rangos aceptables, se prescribe ciclo de antibiótico con cefalexina, vitaminas, segunda dosis de DT y realizar test de O' Sullivan.

Paciente acude al servicio de emergencias ginecológicas a las 29 semanas de gestación, refiere salida de líquido por vagina desde hace doce horas, color transparente, sin pintas de sangre, al examen físico abdomen: globoso, por presencia de útero gestante con embarazo de 29 semanas por FUM y 28.2 semanas por ECO, con feto único vivo, con FCF: 138 – 148 LPM, movimientos fetales presentes, altura de fondo uterino acorde a edad gestacional, actividad uterina: negativa, región inguinogenital: genitales femeninos, presencia de salida de líquido blanquecino, tacto vaginal: orificio cervical externo: entreabierto, orificio cervical interno: cerrado, cérvix reblandecido, se toma muestra de líquido para cristalografía, la cual reporta negativa además proteínas en 24 horas elevadas, EMO infeccioso, se repite citomegalovirus con valores normales y eco obstétrico reporta oligohidramnios. Por lo que se decide su ingreso con diagnóstico de embarazo de 29 semanas por FUM y 28.1 semanas por eco + mola hidatiforme parcial + Amenaza de parto prematuro + Oligohidramnios severo + Ruptura prematura de membranas de 12 horas, se realiza monitoreo fetal electrónico frecuencia cardíaca basal: 148 – 150 latidos por minuto, con variabilidad normal, sin evidencia de aceleraciones o desaceleraciones se planifica observación, exámenes y maduración pulmonar. El primer día de hospitalización paciente presenta pérdida de líquido vaginal amarillento, moderada cantidad, al examen físico abdomen: globoso, por presencia de útero gestante con embarazo de 29,1 semanas por FUM y 28.2 semanas por ECO, con feto único vivo, con FCF: 145 – 150 LPM, movimientos fetales presentes, altura de fondo uterino acorde a edad gestacional, actividad uterina: negativa; RIG: genitales femeninos, presencia de pérdida de líquido amarillento en moderada cantidad por vagina; monitoreo fetal electrónico: frecuencia cardíaca basal: 145 – 150 latidos por minuto, con variabilidad normal, sin evidencia de aceleraciones o desaceleraciones se planifica realizar eco + flujometría para evaluación, se decide iniciar sulfato de magnesio para evitar preeclampsia, terminar maduración pulmonar y monitoreo constante de actividad uterina. Por la noche se recibe resultado de eco + flujometría el cual reporta que arterias umbilicales y vena umbilical se encuentran permeables, la arteria cerebral media fetal

también se encuentra permeable con curvas de flujo normales; debido al riesgo tanto materno como fetal de continuar el embarazo se decide finalizarlo por cesárea, se indica pasar parte operatorio y bajar paciente a quirófano.

Se ingresa a quirófano a paciente en condiciones estables, se decide realizar cesárea bajo anestesia raquídea y previa asepsia de piel con alcohol yodado, se realiza punción lumbar media con SPINOCAN N°27 a nivel de L3 – L4 se administra bupivacaína pesada 0.5% 15 mg sin complicaciones, al primer intento, mantiene tensiones arteriales entre 114/75 - 90/60, frecuencia cardíaca entre 70 y 80 lpm, saturando 97%. Durante la cirugía se administra efedrina 20 mg, oxitocina 10 UI, metoclopramida 10 mg, ketorolaco 60 mg, tramadol 100 mg, Lactato de Ringer 1700 CC. Procedimiento se realiza asepsia y antisepsia, diéresis tipo Phannenstiel, divulsión de pared por planos hasta cavidad, histerotomía segmentaria de útero gestante, se realiza extracción de RN vivo, sexo femenino, APGAR al minuto de 8 y a los 5 minutos de nacida de 9, peso: 1105 g, talla: 35.5 cm, perímetro cefálico: 25.5 cm, se procede a doble pinzamiento y sección de cordón umbilical, extracción de placenta fúndica posterior con características de mola parcial, se realiza limpieza de cavidad uterina, histerorrafia en 3 planos, localización, pinzamiento y ligadura de trompas de Falopio derecha e izquierda, control de hemostasia, cuantificación de material blanco completo, síntesis por planos hasta piel; no existió complicación durante la cirugía y sangrado escaso se envía placenta a estudio histopatológico (VER RESULTADO EN ANEXO 14). En su primer día postquirúrgico paciente refiere dolor de moderada intensidad a nivel de sitio quirúrgico, al examen físico se evidencia herida quirúrgica en buenas condiciones, sin signos de inflamación, AFU en O y RIG presencia de loquios serohemáticos en escasa cantidad, no olor pútrido; se planifica antibioticoterapia (amoxicilina y clindamicina) y realización de exámenes de control (BHCG, biometría, Rx de tórax y eco transvaginal). En su segundo día postquirúrgico paciente refiere dolor de leve intensidad en sitio quirúrgico, herida quirúrgica en buen estado, no signos inflamatorios, AFU en O-1, además presencia de loquios serohemáticos en escasa cantidad, se reciben resultado de exámenes de control postquirúrgicos que revelan disminución de BHCG, biometría revela discreta leucocitosis con diferencial equilibrada; además presenta una anemia normocítica –

normocrómica, secundaria a sangrado agudo, eco transvaginal reporta útero y anexos normales y Rx de tórax normal, se prescribe completar ciclo de antibioticoterapia (amoxicilina y clindamicina), analgesia y realizar nueva cuantificación de BHCG cuantitativa; en la noche paciente refiere no haber recibido dosis de antibióticos por lo que se debe reiniciar clindamicina al no haber recibido ninguna dosis. En su tercer día postquirúrgico paciente presenta leve dolor en herida quirúrgica, la cual se encuentra en buen estado, AFU en O -1 y RIG presencia de loquios serohemáticos en escasa cantidad, nuevo control de BHCG en progresiva disminución; se espera terminar días de antibioticoterapia y analgesia. En su cuarto, quinto y sexto día post quirúrgico paciente no refiere molestias, al examen físico herida en proceso de cicatrización, AFU en O – 2 además RIG loquios serohemáticos en escasa cantidad; en espera de completar ciclo antibiótico además el sexto día se planifica pre alta según resultado de BHCG cuantitativa. En su séptimo día postquirúrgico paciente no refiere molestias, examen físico herida quirúrgica en proceso de cicatrización, AFU en involución fisiológica, escasos loquios y control de BHCG en notable disminución; por lo que se decide alta del servicio debiendo completar antibioticoterapia y acudir a control por consulta externa en un mes junto con resultado de examen BHCG de control.

En su primer control postquirúrgico en consulta externa, paciente no refiere molestias, examen físico adecuado proceso de cicatrización de herida quirúrgica, útero involucionado, RIG: sin evidencia de secreciones o sangrado y control de BHCG en disminución notable a comparación de último control; se planifica administración de calcio suplementario, vitaminas y nuevo control con resultados de BHCG en un mes. En su segundo control postquirúrgico en consulta externa, paciente no refiere molestias, examen físico adecuado herida quirúrgica cicatrizada, útero involucionado, RIG: sin evidencia de secreciones o sangrado y control de BHCG en disminución notable a comparación de último control; se planifica seguimiento por consulta externa con resultado de BHCG en un mes.

4.1 DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son circunstancias o situaciones que condicionan la probabilidad de presentar una patología. Estas situaciones pueden presentarse en poblaciones clínicamente sanas e incrementan la probabilidad de padecer una enfermedad, resulta imprescindible su identificación para una buena prevención primaria de salud.

Los factores predisponentes en mola parcial incluyen:

- Factores de riesgo generales como, fecha de la última menstruación incierta la cual se considera debido a que ante esta situación no se puede obtener una edad gestacional real, con lo cual no se puede identificar cual sería el valor de BHCG cuantitativa normal para sus semanas de embarazo.^{1,6}
- Otro factor de riesgo asociado a este cuadro es el aborto previo lo cual predispone a la paciente a desarrollar esta patología en un 25%, recordando que nuestra paciente refirió tener un antecedente de aborto previo por embarazo anembrionado.^{2,7}
- Se incluye como factor predisponente a la malnutrición, la cual está presente en nuestra paciente debido a que su IMC resulta en zona de sobrepeso.^{3,8}
- Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en México, en 71 pacientes con diagnóstico de mola completa o parcial, en el cual se describió la edad de 26 años en las mujeres como un factor de riesgo bajo para presentar esta patología y debido a que pertenece al grupo etario de nuestra paciente se lo debe tomar en cuenta.^{5,9}
- Otros factores que pueden incidir indirectamente en el cuadro son habitar en zonas rurales y educación primaria, los cuales inciden en el medio en el que se desenvuelve la paciente.^{3,8}
- No se reporta otra situación de riesgo como edad extrema, raza amarilla, una gestación molar previa, paridad elevada, descendencia asiática o norteamericana, pareja con consanguinidad y/o agentes infecciosos. Los cuales son factores de riesgo relevantes para presentar esta patología.^{4,9}

4.2 ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

Nuestra paciente acudió a control médico desde las 14 semanas de gestación, tiempo en el que se realizó un eco de control con reporte de mola parcial siendo transferida desde el subcentro de salud de Segovia al Hospital IESS Ambato para su tratamiento. Demográficamente se encuentra parcialmente accesible debido a que se encuentra lejano a su domicilio, ya que la paciente vive en zona rural pero dentro de la misma provincia. La paciente accedió a dos tratamientos intrahospitalarios y además contó con controles prenatales (tres) y controles en su puerperio (dos), en los cuales la atención fue adecuada además fue educada a cada momento sobre procedimientos diagnósticos y terapéutica aplicada.

4.2.1 ATENCIÓN DE EMERGENCIA

El manejo en el área de emergencias ginecológicas es valorar si la paciente requiere de tratamiento hospitalario inmediato tanto clínico como quirúrgico o ambulatorio; evaluando el caso como un todo tanto para el bienestar del feto como de la madre. En este caso debido a la complejidad del cuadro y ante una evidente duda diagnóstica inicial se decide ingresar a la paciente para estudio y observación en primera estancia. En su segunda hospitalización se educó a paciente acerca de signos de alarma los cuales fueron identificados por sí misma y acudió, después de su evaluación se decide ingreso para valoración, dónde se decidió terminar el embarazo para preservar la vida tanto de la paciente como de su hija.

4.2.2 ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

La paciente requirió en dos ocasiones tratamiento hospitalario, dónde fue atendida, diagnosticada y tratada de su cuadro; siendo informada a cada momento acerca de su patología, procedimientos aplicados y terapéutica propuesta.

4.2.3 ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA

Esta área fue utilizada por la paciente en primera estancia para controles prenatales, dónde fue informada del proceso fisiológico de su embarazo y posibles signos de alarma. En segunda estancia acude para control de puerperio y descenso de BHCG.

4.2.4 OPORTUNIDADES DE REMISIÓN

Este caso requirió de remisión a genética de HCAM debido a que se necesitaba identificar el cariotipo del feto para poder tomar una decisión final sobre si se debía continuar el embarazo o terminarlo. Gracias a esto se comprobó un cariotipo normal así se continuó con la gestación. Paciente refirió que la atención en esta unidad fue adecuada.

4.2.5 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

Los trámites administrativos fueron medianamente complicados debido a que paciente pertenece a seguro social campesino y sus trámites requieren de más requisitos, pese a eso resultaron oportunos sin mayor complicación y fueron de acuerdo a las necesidades de la paciente. No hubo dificultades para generar controles posteriores, ni tampoco hubo dificultad en la contrarreferencia al subcentro de salud cercano a su domicilio.

4.3 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

- Administración de Misoprostol sin un estudio a profundidad de caso.
- Retraso en la obtención de resultado de BHCG cuantitativa
- Retraso en la obtención de eco doppler color de control
- Decisión tardía a realizar amniocentesis para estudio genético
- Entrega de resultado cromosómico en un mes
- TORCH a las 20.5 semanas de gestación con IGM positiva citomegalovirus
- Paciente joven decide realizarse Salpingectomía bilateral, como método anticonceptivo.
- Paciente no recibe en su puerperio quirúrgico inmediato dosis de antibiótico

4.3.2 ANÁLISIS DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

- La paciente acude a emergencias ginecológicas de Hospital IESS Ambato por referencia de subcentro de salud de Segovia, por presunto diagnóstico de embarazo molar parcial, es valorada e ingresada a ginecología para estudio de caso y decisión de terapéutica, se realizan exámenes los cuales reportan normales y cuantificación de BHCG compatible con mola además se realiza un eco que reporta embarazo con feto normal y placenta con signos de degeneración hidrópica parcial. Pese a esto se decide iniciar administración de Misoprostol, recordando que la bibliografía sustenta que si se obtiene un eco de las características referidas, se debe realizar un estudio cromosómico previo, además no se debe realizar inducción con prostaglandinas ya que según la evidencia esto puede incrementar el riesgo de embolización y diseminación de tejido trofoblástico a través del sistema venoso, predisponiendo a una embolia pulmonar o metástasis pulmonar e inclusive a otro órgano con evidencia II A. Antiguas bibliografías hablan de interrupción inmediata de embarazo con mola parcial pero actualmente eso tiene nivel de evidencia IIIC.^{2,7}
- Después de la suspensión de Misoprostol se decide realizar BHCG de control para evaluación la cual no se puede obtener sino tres días después debido a que hospital no cuenta con reactivo y se debe iniciar trámite para realizarlo en un laboratorio de convenio con IESS, según la bibliografía consultada refiere que en mujeres con antecedente de un evento obstétrico anormal como en este caso mola parcial y ante un sangrado anormal (provocado por Misoprostol) deben determinarse niveles de BHCG para evaluar continuación del embarazo con nivel de evidencia IA.^{2,7}
- Retraso en la obtención de eco doppler color de control, su importancia inmediata se sustenta en el aporte importante acerca de la anatomía fetal así como su entorno, el crecimiento y bienestar del mismo en especial el eco doppler es utilizado para medir la circulación materna y fetal obteniendo imágenes tridimensionales de la anatomía de las dos partes del binomio; con este resultado

a tiempo se puede elegir si finalizar el embarazo de nuestra paciente o no después de las dosis de Misoprostol impuestas.

- Decisión tardía a realizar amniocentesis para estudio genético, según la última bibliografía médica basada en la evidencia antes de optar por un legrado cuando tenemos un embarazo que cursa con mola parcial en placenta pero con un feto vivo y aparentemente normal. Se recomienda la determinación de cariotipo fetal para decidir si continuar con el embarazo, los padres previamente deben firmar el consentimiento del mismo, si el cariotipo es normal se debe continuar con el embarazo hasta que sea viable, evidencia II.²
- Entrega de resultado cromosómico en un mes, en el caso de nuestra paciente se realizó una amniocentesis precoz o también llamada amniocentesis genética ya que fue realizada antes de las 22 semanas la razón de hacerla fue la necesidad de conocer el cariotipo del producto, previo a esto se realizó un rastreo ecográfico de las condiciones del feto con reporte normal por lo que no se realiza análisis rápido cuantitativo, sino optan por un estudio genético completo por este motivo se entregan resultados un mes después, además de la gran demanda que HCAM tiene para este tipo de exámenes.^{1,6}
- Paciente que en TORCH realizado a las 20.5 semanas de gestación presenta IGM positiva citomegalovirus, lo cual fue manejado oportunamente por médico tratante, ya que la bibliografía consultada refiere que se tiene la posibilidad de transmitirlo a su bebé en un 33%, la forma de identificarlo es por medio de la clínica que presentan las mujeres embarazadas como: dolor de garganta, fiebre durante unos pocos días, glándulas salivales edematosas y astenia. Debiendo siempre realizar IGM para citomegalovirus el cual nos confirmará una infección reciente. El tratamiento se dirige a las pacientes sintomáticas, en nuestro caso nuestra paciente no presenta sintomatología; por lo que la literatura nos refiere realizar un nuevo examen de control de IGM e IGG para citomegalovirus además de un eco para controlar si existen señales físicas en el feto de contagio, la más común es la microcefalia. Es por esto que a nuestra paciente se le repite por dos ocasiones los exámenes para citomegalovirus y se le solicita un eco con detalle

anatómico para valorar al feto, pudiendo identificar la disminución de la IGM hasta cerca de la normalidad y el eco reporta normal.^{3,5,6}

- Paciente joven decide realizarse Salpingectomía bilateral como método anticonceptivo, se toma este evento como punto crítico debido a que la bibliografía consultada refiere que ante una paciente joven se debe realizar anticoncepción hormonal por al menos un año después de un embarazo molar parcial, pero ante la decisión de la propia paciente de optar por un método definitivo, ya que no desea embarazarse más debido a la complejidad de sus dos gestas, según la literatura ante esta decisión se debe realizar un consentimiento informado el cual debe ser firmado por la paciente y un testigo, este no se realizó en el servicio por lo cual se convierte en un punto crítico tanto para la paciente como para el personal que intervino en su caso. Además debemos mencionar que guías mexicanas acerca de mola parcial refieren que si una paciente tiene paridad satisfecha y su grupo etario supera los 30 a 35 años se puede realizar histerectomía en bloque y conservar los anexos, con evidencia IIB, ya que con esto se reducirá el riesgo de evolución a la malignidad en un 97%.^{3,7,8,12}
- Paciente no recibe en su puerperio quirúrgico inmediato dosis de antibiótico, debido a que a su cuadro se acompañó ruptura prematura de membranas y la literatura no dice que ante este cuadro debemos completar un ciclo de siete días la cual debe ser con dos antibióticos, los cuales pueden ser administrados por vía oral o parenteral su principal indicación es evitar una infección ascendente por lo que no administrarlos a tiempo aumenta el riesgo de padecerla.^{8,12}

4.4 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

4.4.1 ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: TIPO MOLA PARCIAL (CIE 10: O011 Mola hidatiforme incompleta o parcial)

La mola hidatiforme (MH) forma parte del grupo de enfermedades trofoblásticas de la gestación, consiste en un embarazo anormal caracterizado por degeneración hidrópica de las vellosidades coriales y proliferación trofoblástica con desarrollo embrionario anormal o ausente. Se traduce como una hiperplasia trofoblástica acompañado de una

tumefacción edematosa de las vellosidades coriónicas las cuales dan características macroscópicas específicas, tales como: grandes vellosidades traslúcidas que varían de unos milímetros hasta 2 cm de diámetro, ya que adquieren la morfología de bandas y acumulación de vesículas que confieren el típico aspecto de “racimos de uvas”.

La enfermedad trofoblástica gestacional agrupa a diferentes entidades interrelacionadas: mola completa, generalmente diploide con origen cromosómico paterno, mola parcial generalmente triploide, tumor trofoblástico del lecho placentario y coriocarcinoma, con tendencias variables a la invasión local y a las metástasis, cuyo denominador común es la hipersecreción de hCG. El coriocarcinoma es diploide y proviene de ambos progenitores, excluyendo probablemente su origen directo en la mola completa. El tumor trofoblástico del lecho placentario está constituido por trofoblasto mononuclear intermedio no conteniendo vellosidades coriónicas e inmunohistoquímicamente caracterizado por expresar muchas de sus células hPL y unas pocas hCG. Se realiza una revisión bibliográfica total de todos los aspectos clínicos de este tema basados en el caso clínico presentado.^{9,10,14,15}

La mola parcial consta de placenta y de feto. Suele haber inflamación vellositaria, pero es focal y de lento desarrollo. El feto suele morir en el primer trimestre, pero se han comunicado lactantes vivos nacidos en el segundo o en el tercer trimestre. Suele presentarse retraso del desarrollo fetal y anomalías cromosómicas.^{14,19}

4.4.1.1 DEFINICIONES

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) denota a un amplio espectro de patologías o anormalidades que se originan por la proliferación descontrolada del tejido trofoblástico; abarca desde la mola hidatiforme benigna hasta tumores altamente agresivos como el coriocarcinoma (CC), el tumor trofoblástico del sitio placentario (TTSP) y el muy raro tumor trofoblástico epitelióideo (TTE).^{1,11,16}

Está asociada siempre a un marcador tumoral, la hormona gonadotrofina coriónica humana (HCG). Es la misma molécula que se produce en los embarazos normales y

tiene gran importancia en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad trofoblástica.^{3,8}

La mola hidatiforme parcial (MP) suele tener un cariotipo triploide (69 cromosomas), en el cual el par extra es aportado por el padre. Cuando hay un feto junto con la MP, este suele mostrar los estigmas propios de la triploidía (retardo del crecimiento tipo I y múltiples malformaciones congénitas). Además presenta características de una placenta de desarrollo normal y de una mola hidatiforme completa, con una gama de vellosidades desde normales a quísticas, mientras que la hiperplasia trofoblástica es sólo focal y por lo general afecta a la capa sincitiotrofoblástica y se asocia con el festoneado del contorno de las vellosidades y la presencia de inclusiones trofoblásticas en el estroma.^{11,16,31}

4.4.1.2 ANTECEDENTES

Hertin en 1945 observó que cuando hay deficiente desarrollo del trofoblasto existen angioblastos en las vellosidades del corion del 13 a 17^{avo} día de desarrollo, además acepta que un edema de las vellosidades puede ocasionar persistencia del trofoblasto que puede desembocar en el cuadro de hiperplasia trofoblástica. En 1957 Novak describe que las neoformaciones del trofoblasto eran más desconcertantes que ninguna otra en el terreno de la obstetricia o la ginecología. En 1959 Bardawil y Toy informan que la metástasis de los tumores trofoblásticos pueden remitir e incluso desaparecer. En 1969 Koren y Col realizan prácticas bajo técnicas de fluorescencia en algunos animales e indican que las células trofoblásticas son potencialmente antígenas, más no se sabe por qué no se manifiestan. En 1973 Adeock y Col apoyando las teorías especulan que la HCG puede representar un antígeno de la superficie del trofoblasto que bloquea el rechazo de estos por los linfocitos maternos. En 1983 la OMS publicó recomendaciones para la definición, clasificación y estadiaje de la enfermedad trofoblástica. Pero actualmente se maneja la clasificación de la FIGO publicada en el 2002.^{1,3,8}

4.4.1.3 EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de MHC en América del Norte, Australia, Nueva Zelanda y Europa oscila en un rango de 0,57 a 1,1 por cada 1000 embarazos, mientras que los estudios del Sudeste de Asia y Japón presentan una incidencia próxima a 2 por cada 1000 embarazos. De este modo el riesgo aumenta en las mujeres de origen asiático, indio americano, y de ascendencia africana. No existe evidencia de que los rasgos genéticos o los factores culturales estén relacionados con variaciones en la incidencia de presentación de estas enfermedades. Los únicos factores de riesgo etiológicos que se han vinculado con el desarrollo de estas patologías son las edades maternas extremas (menos de 15 años o más de 40) y los antecedentes de embarazo molar anterior. La presencia de MHC en familiares se ha asociado con mutaciones en el gen NLRP7 situado en el cromosoma 19q5. Además hay estudios que han demostrado la existencia de una relación inversa entre la ingesta de β -carotenos y grasas animales y la incidencia de aparición de MHC.

La incidencia de mola parcial es desconocida bibliografías reportan que constituye alrededor del 30 % de los embarazos molares, posiblemente porque muchos casos no son diagnosticados por estudios histológicos pues se escapan en abortos espontáneos o en las interrupciones.

En la mola hidatiforme parcial triploide se hace presente un juego de cromosomas maternos y dos paternos; tales anomalías son compatibles con el inicio del desarrollo fetal y también con una mayor proliferación trofoblástica que la de la placenta normal. Un feto con cariotipo normal se presenta en uno de cada 10,000 embarazos. En 90% de los casos se le asocia a triploidía y las mujeres que presentan ésta tienen un riesgo de 4/10 de padecer preeclampsia.

En los casos que se reportan cariotipo normal, el seguimiento de estas pacientes es necesario, por la posibilidad de que las mujeres desarrollen coriocarcinoma, lo que contribuye a que padezcan una enfermedad trofoblástica persistente. Cabe señalar que el desarrollo de coriocarcinoma es más frecuente después de una mola hidatiforme. Ocasionalmente, los fetos presentes en las molas parciales presentan cariotipos normales y estos representan del 0.001 al 0.01% de todos los embarazos; la mayoría de estos

embarazos culminan en abortos del primer trimestre pero existen reportes de embarazos que han llegado al segundo trimestre e inclusive a término.^{3,4,8,9,16,21,27}

4.4.1.4 FACTORES DE RIESGO

- Factores de alto riesgo
 - ❖ Una gestación molar previa.
 - ❖ Pacientes con edad en los extremos del período reproductivo (menor de 20 años o mayor de 45).
 - ❖ Gestación gemelar previa.
 - ❖ Paridad elevada ó primiparidad
 - ❖ Malnutrición
 - ❖ Aborto previo o embarazo ectópico previo^{5,10}
- Factores de bajo riesgo
 - ❖ Edad entre 17 a 54 años con una media de 26 años
 - ❖ Hábitat en área rural marginal
 - ❖ Estado civil: unión libre
 - ❖ Instrucción primaria^{3,8}

4.4.1.5 CLASIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA DE LA GESTACIÓN
1. Enfermedades molares
❖ Mola hidatiforme completa
❖ Mola hidatiforme parcial
❖ Mola invasiva
2. Enfermedades no molares
❖ Coriocarcinoma
❖ Tumor trofoblástico del sitio de implantación placentaria
❖ Tumor trofoblástico epitelioideo

❖ Tumores trofoblásticos misceláneos
- Reacción trofoblástica en el sitio de implantación placentaria
- Nódulo en el sitio de implantación placentaria
- Lesión trofoblástica no clasificada

TOMADO DE: Clasificación de la OMS (Scully RE y col.-1994,
modificada por Shih IM y col 1998).

Además se pueden clasificar de acuerdo a su origen genético: mola parcial 14% de los casos y mola completa en el 86% de los casos. Cuando la enfermedad presenta cualquier signo de patología fuera del útero se ha propuesto tanto la clasificación de Hammond para pronóstico y también la clasificación de la OMS - FIGO.

(VER ANEXO TABLA 10 CLASIFICACIÓN DE HAMMOND)

(VER ANEXO TABLA 11 CLASIFICACIÓN DE LA OMS – FIGO)

(VER ANEXO TABLA 19 CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL)

La OMS y la FIGO a la vez propusieron el estadiaje de los tumores trofoblásticos gestacionales:

- Estadio I. Enfermedad confinada al útero.
 - ❖ Ia. sin factores de riesgo
 - ❖ Ib. con un factor de riesgo.
 - ❖ Ic. con dos factores de riesgo.
- Estadio II. Tumor trofoblástico gestacional que se extiende fuera del útero, pero que se limita a los elementos genitales (anexos, vagina y ligamentos anchos).
 - ❖ IIa. sin factores de riesgo.
 - ❖ IIb. con un factor de riesgo.
 - ❖ IIc. con dos factores de riesgo.
- Estadio III. Enfermedad trofoblástica gestacional que se extiende hasta los pulmones, con o sin afectación de vías genitales conocida.
 - ❖ IIIa. sin factores de riesgo.
 - ❖ IIIb. con un factor de riesgo.
 - ❖ IIIc. con dos factores de riesgo.

- Estadio IV. Todos los otros sitios de metástasis.
 - ❖ IVa. sin factores de riesgo.
 - ❖ IVb. con un factor de riesgo.
 - ❖ IVc. con dos factores de riesgo.

A la mola hidatiforme se le clasifica de la siguiente forma:

- Mola completa o clásica. No tiene feto o embrión y su cariotipo es 46 XX o 46 XY. Es de origen paterno.
- Mola parcial o incompleta. Contiene feto, embrión o saco gestacional y su cariotipo es triploide. Es resultado de la fertilización de un ovocito por un espermatozoide duplicado o por dos espermatozoides. Puede manifestarse como cariotipo 69 XXY (70%), 69 XXX (28%) y 69 XYY (3%).^{12,17}

4.4.1.6 ETIOLOGÍA

La mola parcial en generalmente triploide así: 69 XXY (70%), 69 XXX (28%) y 69 XYY (3%), nunca puede ser 69 YYY, debido a la participación del ovocito. En la mola parcial existen cambios placentarios focales; el embrión rara vez sobrevive hasta el segundo trimestre, generalmente se asocia a embarazos gemelares dicigóticos y son excepcionales los partos a término. El cariotipo triploide puede darse por tres mecanismos:

1. Polispermia: Es el mecanismo más frecuente, en que un ovocito es fertilizado por dos o más espermatozoides.
2. Ovocito fertilizado por un espermatozoide diploide, por defecto en la primera división meiótica del mismo. Muy infrecuente.
3. Fertilización de un ovocito diploide, por defecto en su primera división meiótica. Muy infrecuente.

Como veremos la serie haploide extra puede también originarse de una deficiencia en la primera o segunda reducción meiótica, encontrándose un juego de cromosomas materno y dos juegos paternos (Triploidía diándrica).^{4,12,14,15,27}

(VER ANEXO IMAGEN N° 20 ETIOLOGÍA DE MOLA PARCIAL)

4.4.1.7 FISIOPATOLOGÍA

Los mecanismos que producen la enfermedad trofoblástica: tipo mola parcial, se deben explicar de acuerdo al proceso histopatológico, inmunológico y genético observado en el desarrollo de la misma. La mola parcial cursa casi siempre como aborto, el feto llega a nacer normal en 1 de cada 50000 casos. Al estudio de las vellosidades muestra una degeneración micromolar en áreas aisladas con degeneración hidrópica e hiperplasia focal solo del sincitiotrofoblasto, sin atipias. Durante el proceso de fecundación se tiene claro que son necesarias tanto la contribución materna como la paterna para el mantenimiento del balance en el desarrollo de los tejidos embrionarios y extraembrionarios, y la disrupción en dicho balance, lleva a la proliferación hiperplásica del trofoblasto, lo cual caracteriza a los embarazos molares. Sumado a esto, se describen hallazgos como el aumento en la expresión de oncoproteínas como p53, c-fms, c-myc, c-erbB2, bcl-2, p21, Rb y Mdm2, lo que sugiere su posible relación con la patogénesis del embarazo molar. Igualmente se ha evidenciado incremento en la expresión del receptor del factor de crecimiento epidérmico en el citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto y el c-erbB3 lo cual se ha relacionado con el posterior desarrollo de NTG.^{6,11}

La mola hidatiforme es un producto de la concepción que se caracteriza por una hiperplasia trofoblástica y por la tumefacción edematosa de las vellosidades coriónicas, cuyo diámetro oscila entre 0,1 y 3 cm, adquiriendo la morfología de bandas y cúmulos de vesículas, que confieren el típico aspecto de «racimos de uvas». La variedad de mola hidatiforme más fácilmente identificable es la completa o clásica, en la que falta el feto y donde todas las vellosidades presentan degeneración hidrópica y son avasculares aunque puede observarse algún vaso degenerado, siendo notable la hiperplasia del citotrofoblasto y del sincitiotrofoblasto. Se suele identificar precozmente por un patrón

ecográfico característico, descrito hace muchos años. El segundo tipo de mola hidatiforme, la parcial, presenta al mismo tipo de características de una placenta de desarrollo normal y de una mola hidatiforme completa, con una gama de vellosidades desde normales a quísticas, mientras que la hiperplasia trofoblástica es sólo focal y por lo general afecta a la capa sincitiotrofoblástica y se asocia con el festoneado del contorno de las vellosidades y la presencia de inclusiones trofoblásticas en el estroma. En algunos casos de mola hidatiforme parcial está presente el feto, pero su desarrollo es casi siempre anormal, y aunque en la mayoría de los casos el feto no está presente, puede deducirse la existencia de desarrollo fetal por la demostración de hemáties nucleados en los vasos sanguíneos de las vellosidades, es decir fetales. El carácter propio de la mola hidatiforme parcial se confirmó por los estudios sobre la constitución genética, generalmente triploide, o aneuploide con trisomía para un cromosoma, sugiriendo que las molas hidatiformes comprendían dos entidades diferentes no solo anatomopatológicamente, sino también desde un punto de vista genético. Dicho estudio, definió las molas hidatiformes parciales, como aquellos productos de la concepción en los que existía un feto, cordón o membranas amnióticas con vellosidades normales e hidrópicas; la hiperplasia, presente en algunos casos, no era importante según ellos. En la actualidad se acepta que la hiperplasia es un elemento esencial para establecer el diagnóstico anatomopatológico de mola hidatiforme. Los autores ya mencionados, pudieron comprobar que las molas hidatiformes completas eran diploides y las parciales, generalmente triploides.^{10,15,30}

Los términos más comunes a los cuales hace referencia esta patología son los de cambio hidrópico, degeneración hidrópica, transformación hidatiforme y distensión vellosa. La degeneración hidrópica de la vellosidad representa un hallazgo histológico común en placentas que proceden de abortos espontáneos del área existente entre el corion leve y corion frondoso en condiciones normales y como rasgo histológico resaltante de la mola hidatiforme.^{17,22}

Según el hallazgo Craven y Ward, afirman que la contribución genética paterna es esencial en el desarrollo y la función de la placenta y de los tejidos extraembrionarios,

en tanto que la información genética materna es fundamental en el desarrollo embrionario. Ésta es la razón del porqué en la mola completa no existe embrión y en la mola parcial si lo hay. La muerte del feto en una mola parcial, generalmente se produce entre la octava y novena semana y raramente llega al segundo trimestre; y muy pocos alcanzan el tercer trimestre de la gestación. En una revisión bibliográfica se destacan las publicaciones realizadas por Chen, Sarno y col, quienes encontraron dos casos de embarazos molares con un feto vivo a término. Los estudios citogenéticos, tanto de la placenta como del feto, determinan que estos casos, bastante raros, ocurren sólo cuando existe mosaicismo confinado a la placenta, es decir, que la placenta presenta mezcla de células trisómicas y células diploides, mientras que el feto tiene una carga cromosómica normal. Cuando el feto no presenta malformaciones evidentes, la explicación del defecto genético como causa del embarazo molar se debe a la presencia de dos líneas celulares; una formada por la fusión del óvulo con un espermatozoide y otra originada por la unión de un espermatozoide con el cuerpo polar. El primer caso originará un producto normal, mientras que el segundo caso generaría embarazo molar.^{18,23,28}

(VER ANEXO IMAGEN N° 21 DIFERENCIAS HISTOLÓGICAS DE MOLA PARCIAL Y COMPLETA)

4.4.1.8 CLÍNICA

La principal sintomatología encontrada es:

- **Hemorragia Transversal.** Uno de los principales síntomas que se presenta generalmente a varias semanas de una amenorrea (12 – 20 semanas). Estas hemorragias son generalmente irregulares y de intensidad variable.
- **Tamaño excesivo uterino:** en relación con la EG está presente en la mitad de los casos; en general se asocia con concentraciones notablemente elevadas de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (HCG).
- **Actividad Fetal:** No se escuchan ruidos cardíacos fetales
- **Síntomas subjetivos del embarazo:** Las náuseas, vómitos son más frecuentes que en un embarazo normal

- **Toxemia del primer trimestre:** (27%) los síntomas de pre-eclampsia (proteinuria, hipertensión o edema) aparece en fase más temprana que de costumbre en un embarazo.
- **El sangrado vaginal** ocurre en el 97% de los casos. Los tejidos molares podrían separarse de la decidua e interrumpir los vasos maternos, por lo tanto grandes volúmenes de sangre retenida podrían dilatar la cavidad. Dado que los coágulos intrauterinos experimentan oxidación y licuefacción, se exteriorizan por vagina como un líquido amarronado con aspecto de jugo de ciruela. El sangrado puede ser considerable y prolongado, de modo que la mitad de las pacientes presentan anemia.
- **El hipertiroidismo** es clínicamente visible en el 7% de las mujeres. Presentan taquicardia, piel cálida y temblor, confirmándose el diagnóstico con la medición de T4 y T3 séricas. Estos valores suelen retornar a la normalidad luego de la evacuación. Si se sospecha o confirma hipertiroidismo, es de suma importancia administrar beta bloqueantes antes de la inducción anestésica para la evacuación molar, ya que la anestesia o la cirugía podrían desencadenar una crisis tiroidea (hipertermia, delirio, convulsiones, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca con gasto elevado o colapso cardiovascular).
- **La embolización trofoblástica** se demuestra en el 2% de los casos. Se manifiesta con dolor torácico, disnea, taquipnea y taquicardia.

En caso de mola parcial, los síntomas son menos frecuentes; suele considerarse inicialmente como un aborto incompleto y solo luego del estudio histopatológico del material del raspado se arriba al diagnóstico definitivo. La detección temprana mediante ecografía ha reducido la frecuencia de síntomas clínicos, pero sin impactar en el riesgo de enfermedad postmolar.

Serán signos de enfermedad persistente:

- Un aumento del tamaño uterino.
- La presencia de sangrado irregular.
- La persistencia de un agrandamiento ovárico bilateral.

Los síntomas al ingreso de mola parcial más frecuentes son: dolor hipogástrico (75%), náuseas y vómitos (29,2%), disuria (20,8%) y cefalea (8,3%); y los signos clínicos, ausencia de feto (99,98%), sangrado vaginal (91,7 %), útero blando (45,8 %), altura uterina discordante (33,3%) y expulsión de vesículas (25%).^{3,6,13,19}

Esta entidad tiene un comportamiento benigno en la mayoría de los casos y el riesgo de transformación maligna está alrededor del 4%. Clásicamente se ha descrito en nuevas guías que la mola parcial se presenta como un cuadro de un aborto completo o incompleto, en el que su diagnóstico se realiza por medio del análisis histológico de los especímenes obtenidos por curetaje. Sin embargo, a pesar que en la MHP es infrecuente hablar de presentación clínica clásica se han reportado casos donde se ha evidenciado una altura uterina mayor para la edad gestacional en un 3.7% y de preeclampsia en un 2.5%.^{3,6,13,19,32}

4.4.1.9 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- BHCG cuantitativa.
- Ecografía
- Biopsia

4.4.1.9.1 GONADOTROFINA CORIÓNICAS HUMANAS

La gonadotropina coriónica humana es una hormona glicoproteica compuesta por una subunidad compartida con otras hormonas y una subunidad única correspondiente al tejido trofoblástico. Se compone de una subunidad alfa (92 aminoácidos) y una beta (145 aminoácidos), unidas no covalentemente. La subunidad alfa es común a FSH, LH y TSH, mientras que la beta es única. En cánceres incluyendo neoplasias trofoblásticas gestacionales, la hCG puede existir en una variedad de formas y fragmentos que incluye subunidad b libre, péptido terminal-c, así como formas hiperglicosiladas.^{11,15,20}

Los diferentes ensayos que se utilizan para la determinación de HCG sub β varían según sensibilidad y especificidad. Para disminuir los falsos positivos es conveniente medirla también en orina, ya que nos informa acerca de las moléculas de hCG que están circulando en los tumores son de distinto tipo, como subunidades β libres o fragmentos de hCG. Algunos falsos positivos se dan por la presencia de una reacción cruzada de anticuerpos heterófilos, que como son de gran tamaño no pasan por el glomérulo renal. Por lo que un resultado positivo en orina excluye un falso positivo en suero.^{11,15,20,29}

4.4.1.9.2 ULTRASONIDO

El ultrasonido ha contribuido al diagnóstico precoz del embarazo molar. Este método es más sensible para diagnosticar embarazo molar completo, ya que presenta una característica ecográfica que se deriva del edema de las vellosidades coriónicas y se conoce con el “signo de la tormenta de nieve”. Esto, sumado a la presencia del crecimiento uterino exagerado y niveles especialmente altos de hCG sub β , configuran el diagnóstico del embarazo molar. La imagen característica de la mola hidatiforme corresponde a ecos múltiples, en panal de abejas o semejando una pantalla de televisor sin sintonizar. En casos raros, puede coexistir un feto con una mola. Cuando se combina la titulación de HCG (límite: 82350 UI/L) con la ultrasonografía, se llega a un 89 % de diagnósticos correctos. El diagnóstico definitivo es histológico.^{11,15,20}

4.4.1.9.3 BIOPSIA

Es lo que sella el diagnóstico. En una paciente con hemorragia uterina anormal, el legrado puede no identificar enfermedad trofoblástica maligna, ya que ésta puede estar localizada profundamente en el miometrio. En otros casos, puede sólo haber enfermedad metastásica. Dentro de las características histopatológicas de la mola parcial se tiene los criterios de Berkowitz y Goldstein, que comprenden: a) Hiperplasia focal del sincitiotrofoblasto, b) edema focal de las vellosidades con formación de cavidades, c) inclusiones trofoblásticas dentro del estroma, d) vasos en la vellosidad con eritrocitos fetales e) presencia de embrión o feto y f) contorno festoneado en vellosidades.^{11,15,20}

4.4.1.9.4 DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de ETG se debe tener en cuenta los niveles de gonadotropina coriónica humana (BHCG), la ultrasonografía y el estudio histopatológico de la muestra obtenida al momento de la evacuación de la mola. Se considera que esta herramienta diagnóstica es en últimas la que confirma y correlaciona los hallazgos clínicos y ecográficos con el diagnóstico de MHC o MHP. Los niveles elevados de hCG son el reflejo de la proliferación trofoblástica. Dicho marcador es posible determinarlo en muestras de suero, es usado para el diagnóstico de ETG, evaluación de la respuesta al tratamiento y para la detección de recurrencias. La subunidad alfa de la hCG es idéntica a la subunidad alfa de hormonas como la hormona estimulante de la tiroides (TSH), y gonadotropínicas como la folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH), es por ello que la diferencia en la actividad biológica e inmuno especificidad de estas hormonas es dada por determinación de la subunidad beta de la hCG medida en suero.^{4,6,13}

El diagnóstico de mola hidatiforme parcial es fundamentalmente clínico y debe apoyarse en la ecografía, en las determinaciones hormonales y en el estudio citogenético. Aunque es una afección localizada, que se resuelve con la evacuación uterina, en algunos casos puede mantenerse una enfermedad trofoblástica persistente, por cual es imprescindible realizar un seguimiento adecuado a las pacientes. En los casos con reporte de fetos normales se sugiere realizar estudios genéticos previos a la realización del legrado.^{15,21}

4.4.1.10 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Por el agrandamiento uterino y ausencia de tonos fetales:

- a) Gestación intrauterina normal con:
 - a. Error en la edad gestacional
 - b. Mioma uterino
 - c. Tumor ovárico
- b) Gestación múltiple

- c) Polihidramnios
- d) Muerte fetal intrauterina

El diagnóstico del embarazo molar hay que diferenciar otras patologías que cursan con sangrado en el primer trimestre de la gestación: aborto en sus diferentes fases clínicas, embarazo ectópico e inclusive con embarazo gemelar en el primer trimestre. El hallazgo de quistes tecaluteínicos, mayor altura uterina que la amenorrea y los valores altos de -hCG establecería una diferencia con las otras patologías del primer trimestre; el examen ecográfico aclararía el diagnóstico de gemelaridad.^{4,6,13}

4.4.1.11 TRATAMIENTO

Ante el diagnóstico evidente de esta patología la paciente es ingresada para realizar la evacuación del embrazo molar con el uso de legrado de aspiración que puede pasarse para corroborar la limpieza de cavidad uterina ó servirá para extraer cualquier resto de vellosidades adheridas a la pared uterina, el material evacuado siempre debe ser enviado al servicio de patología.

Si la paciente es Rh negativa hacer uso de inmunoglobulina anti D para evitar la inmunización con 250 a 300mg. En caso de mujer de 40 años de edad que desea no tener más hijos se puede realizar una histerectomía dejando los ovarios a pesar de tener los quistes luteínicos característicos de esta entidad.

Se hace necesario la cobertura con antibióticos y oxitócicos, ya que los riesgos son los de un legrado uterino a más de la embolización pulmonar del tejido trofoblástico.

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

Los quistes ováricos existentes no requieren tratamiento especial, ya que remiten de forma espontánea, tan pronto como se suprime el estímulo producido de las gonotropinas del trofoblasto. Debe seguirse un control de Gonadotropinas coriónicas cada semana hasta que los títulos descendan; si después de 2 semanas continúan en descenso, se efectúan las dosificaciones cada mes cuando menos durante un año. Dando terapia hormonal para evitar el embarazo (además de que la administración de hormonas exógenas suprimen la formación de Gonadotropinas hipofisarias y así las determinación de gonadotropinas coriónicas en orina sean únicamente las producidas en el trofoblasto). Además deben efectuarse exámenes clínicos semanalmente durante los tres primeros meses y después de cada mes hasta completar dos años. La negatividad de las titulaciones de Gonadotropinas coriónicas es básico para decidir que hay curación, dicha negatividad deberá ser durante las primeras nueve semanas posterior a la evacuación del tejido molar; debe considerarse el uso de la quimioterapia si los títulos persisten elevados después de este lapso de tiempo. Deben recomendarse a la paciente que no se embarace hasta que pase un año en el que el resultado de control reporto negativo para HGC.^{22,23,24}

4.4.1.12 CIRUGÍA

La aspiración y legrado es el método de elección para vaciar un embarazo molar. Se puede practicar incluso si la amenorrea es mayor de 20 semanas. Una vez que se ha extraído una cantidad moderada de tejido, se procede a la infusión IV oxitócica. Cuando se completa la aspiración y ha comenzado la involución, se realiza un legrado y el tejido obtenido se envía a biopsia por separado.

En pacientes con hipertiroidismo se administran betas bloqueadores para prevenir una tormenta tiroidea. La dificultad respiratoria puede aparecer en un porcentaje bajo de los casos, y se debe no sólo a la embolia de tejido trofoblástico sino también al compromiso cardíaco derivado de la hipertensión, la sobrecarga de fluidos y la tormenta tiroidea.

Si la paciente no desea embarazos futuros, puede realizarse una histerectomía como método de expulsión. Si se encuentran quistes tecaluteínicos no es necesario sacar los ovarios, ya que éstos se volverán a su tamaño habitual una vez que los niveles de HCG hayan vuelto a la normalidad.^{22,23,24}

4.4.1.13 SEGUIMIENTO

Se determinan semanalmente las concentraciones de beta HCG hasta que normalicen, durante 3 semanas consecutivas. Luego, se indica un control mensual durante 3 a 6 meses según la bibliografía de referencia. Dentro de las primeras 8 semanas del seguimiento, del 65% al 70% de las pacientes deberían haber comenzado la regresión espontánea. De las restantes enfermas, entre 10% y 15% seguirán con títulos en descenso, mientras que entre 15% y 20% mostrarán una meseta o un aumento. Este último grupo requiere quimioterapia.^{25,26}

Raramente algunas mujeres tienen valores elevados y persistentes de esta hormona pero subsecuentemente se demuestra que son falsos positivos (“beta HCG fantasma”). La mayoría de estos casos poseen niveles bajos, pero ocasionalmente se han informado valores de hasta 300 mUI/ml. Los falsos positivos suelen resultar por interferencia de los análisis inmunométricos de beta HCG, más frecuentemente por anticuerpos heterofílicos séricos de la paciente. Se advierte que, en general, tienen un antecedente indefinido de embarazo previo y no presentan evidencia de enfermedad metastásica en estudios a distancia. Falsos positivos también pueden aparecer luego de la evacuación de un embarazo molar o eventos como un embarazo ectópico; la detección de sub beta HCG en orina resulta sumamente útil para distinguir entre estas 2 situaciones. Debe sospecharse un falso positivo si el valor de la meseta de HCG es relativamente bajo y no responde a maniobras terapéuticas, como la terapia con metrotrexato administrada por presunta mola persistente o manejo conservador de embarazo ectópico. La determinación de esta situación puede efectuarse mediante 3 métodos:

- 1) Test de HCG en orina: los anticuerpos heterofílicos no son excretados en orina debido a su mayor tamaño molecular.

- 2) Dilución seriada de la muestra de la paciente; los valores de HCG no se verán afectados por las diluciones.
- 3) Utilización de diferentes test comerciales que evidenciarán marcadas diferencias en los valores de HCG.

El comité de cáncer de la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) ha establecido las siguientes pautas para el diagnóstico de NTG postmolar:

1. Cuatro o más valores de hCG que permanecen estabilizados durante al menos 3 semanas.
2. Un aumento de la hCG del 10% o mayor en 3 o más valores a lo largo de al menos 2 semanas.
3. El diagnóstico histológico.
4. La persistencia de la hCG en sangre 6 meses después de la evacuación molar.
22,23,24

4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:

OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
<p>Analizar la viabilidad clínicamente un de continuar un embarazo con cuadro de mola parcial.</p> <p>Distinguir los principales diagnósticos diferenciales y las complicaciones a la madre y al feto que produce la mola parcial</p>	Capacitación sobre las enfermedades trofoblásticas gestacionales.	1 semana	Personal médico del Servicio de Ginecología.	Guías clínicas con respaldo de evidencia médica.
	Capacitación sobre el tema e identificación de las principales complicaciones que ocurrieron en este caso.	1 semana	Personal médico de experiencia: Médicos residentes.	Evaluación posterior al personal que recibió la capacitación.
<p>Averiguar el manejo clínico para así elaborar un protocolo diagnóstico y terapéutico de las enfermedades trofoblásticas gestacionales.</p> <p>Estudiar y capacitar</p>	Aplicación de Guías consultadas para sustentar la elaboración del mismo sustentados en la última evidencia	1 semana	Personal médico de experiencia: Médicos tratantes.	Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública. Guías de otros países.
	Aplicación de protocolos	1 mes	Personal médico del	Evaluación posterior al

<p>sobre la terapéutica inmediata como la administración de Misoprostol, el seguimiento en controles prenatales hasta su finalización por cesárea y seguimiento posterior.</p>	<p>elaborados en el servicio, ya que debemos identificar adecuadamente como y cuando administrar Misoprostol ante un embarazo con un feto aparentemente normal y vivo versus continuar con el embarazo como en este caso.</p>		<p>Servicio de Ginecología</p>	<p>personal que recibió la capacitación</p>
<p>Considerar las nuevas conductas de diagnóstico y tratamiento como amniocentesis, continuación del embarazo, seguimiento y anticoncepción.</p>	<p>Analizar cada punto realizado en la paciente y compararlo con la nueva evidencia médica propuesta tanto nacional como internacionalmente.</p>	<p>2 meses</p>	<p>Personal médico y de enfermería</p>	<p>Sustentación científica en nueva evidencia médica, y apoyado con experiencia clínica del mismo</p>

5. CONCLUSIONES:

- Se analizó que el embarazo que cursa con reporte de mola parcial en placenta puede ser viable, ya que puede cursar con un feto normal pese a que lo más frecuente es encontrarlo con una triploidía, en cuyo caso el aborto muchas veces es espontáneo en las primeras semanas, pero ante el reporte ecográfico de un feto viable con frecuencia cardíaca normal se debe realizar estudios genéticos como una amniocentesis precoz. Además aportamos estadísticamente tanto nacional como internacionalmente, a la tasa de embarazos molares parciales con fetos normales y viables.
- Se distinguió que las principales complicaciones de estos embarazos a nivel materno es el desarrollo de un coriocarcinoma a futuro y/o durante el embarazo padecer de preeclampsia, crisis tiroideas o embolias, a nivel fetal podemos tener malformaciones congénitas, restricción del crecimiento u oligohidramnios pese a eso ante un feto con frecuencia cardíaca normal y cariotipo normal se debe continuar con el embarazo debidamente controlado.
- Se averiguó sobre los nuevos métodos y exámenes complementarios adecuados, dónde se pudo observar que la amniocentesis precoz con estudio genético es un procedimiento de mayor confiabilidad en mola parcial para determinar el cariotipo del feto y determinar si el embarazo es viable o no. Además se identificó que el seguimiento post embarazo molar con mediciones de BHCG cuantitativa es importante para establecer un pronóstico del cuadro.
- Se estudió sobre el manejo clínico y terapéutico total de esta patología desde su posible sospecha diagnóstica hasta su etapa de remisión todo el manejo ha sido comparado con la bibliografía revisada permitiéndonos comprender las nuevas propuestas diagnósticas como terapéuticas.
- Se consideró como puntos críticos aquellas situaciones que se realizaron en este caso clínico y que podrían ser mejorados con la nueva evidencia médica, tanto en

su atención en emergencias ginecológicas, como en hospitalización, control prenatal, protocolo operatorio y seguimiento por consulta externa.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Bloom K, Cunningham G, Gilstrap L, Hauth J, Leveno K, Wenstrom K. *Obstetricia de Williams*. Vigésimo segunda edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Capítulo 11: Enfermedad trofoblástica gestacional. [s.l.] 2006. p.p. 273 – 284. (1)
2. Carrera J, Mallafré J, Serra B. *Protocolos de Obstetricia y Medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus*. Cuarta edición. Editorial Elsevier España. Capítulo B1 Asistencia Prenatal. [s.l.] 2006. p.p 23 – 33.(6)
3. Carvajal J, Ralph C. *Manual de obstetricia y Ginecología MED 505- A*. Segunda Edición. Editorial Quiteña. Capítulo 56: Enfermedad trofoblástica gestacional. [s.l.] 2012. p.p. 352 – 356. (3)
4. Ministerio de Salud Pública. Primera edición. Editorial Lápiz y Papel. Capítulo 12: Enfermedad trofoblástica gestacional. [s.l.] 2008. p.p. 130 – 137 (2)
5. Rigol R. *Obstetricia y Ginecología*. Primera edición. Editorial CIP Ciencias Médicas. Capítulo 14: Sangramiento en obstetricia. [s.l.] 2004. p.p. 155 – 157.(5)
6. Schwartz R, Fescina A. *Obstetricia*. Sexta edición. Editorial “El Ateneo”. Capítulo 8: Embarazo patológico. [s.l.] 2006. p.p. 186 – 189. (4)

LINKOGRAFÍA

7. Aguinaga M, Galaz C, Grether P, Razo G. Aspectos genéticos de la mola hidatiforme. Revisión bibliográfica ELSEVIER. [En línea]. 2015. [accesado: 03feb2016]: Vol. 1: Pg:[5]. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen35/vol35-num2/35-2n07.htm>(13)
8. Alegre J, Pacheco J, Paniagua G. Características clínicas y anatomopatológicas en mola hidatiforme / Hydatidiform mole clinical and pathological characteristics. Artículo en Español | LILACS | ID: lil-357057. En línea]. 2002.

- [acceso-uta: 16abr2016]: Vol. 1: Pg:[9]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-475404> (25)
9. Alvarado A, Arce C, Candelaria M, Lara F. Enfermedad trofoblástica gestacional. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología. Artículo original. [En línea]. 2005. [accesado: 03feb2016]: Vol. 1: Pg:[11]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom056e.pdf> (10)
 10. Alvarez S, Pérez C, Santerini R, Zapata L. Mola hidatiforme: criterios diagnósticos más resaltantes / Hydatidiform mole: criteria for relevant diagnostic. Artículo en Español | LILACS | ID: lil-78443. [En línea]. 2002. [acceso-uta: 16abr2016]: Vol. 1: Pg:[3]. Disponible en: <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/16.4/RM.16.4.04.pdf> (26)
 11. Aragón M, Arteaga C, Riaño J. Enfermedad trofoblástica gestacional. Guías de práctica clínica. [En línea]. 2010. [accesado: 03feb2016]: Vol. 1 -2: Pg:[23]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/5/9789584476180.03.pdf> (11)
 12. Arenas Y, Galindo L, Oróstegui S. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Revisión de tema. [En línea]. 2008. [acceso-uta: 03feb2016]: Vol. 1: Pg:[9]. Disponible en: https://caribdis.unab.edu/publication/26538965_Enfermedad_trofoblastica_gestacional (22)
 13. Bautista E, Morales V, Santos U, Vásquez E. Embarazo molar parcial. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Caso clínico. [En línea]. 2014. [accesado: 03feb2016]: Vol. 1: Pg:[4]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom117f.pdf> (16)
 14. Carmona M, Moreno F, Pérez J, Toyito G. Estudio anatomopatológico de un caso de mola parcial. Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela. Caso clínico. [En línea]. 2010. [acceso-uta: 16abr2016]: Vol. 1: Pg:[4]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n5/art06.pdf> (24)

15. Cassís R. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Guía de clínica de la Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. Universidad de Guayaquil. [En línea]. 2015. [accesado: 16abr2016]: Vol. 1: Pg:[3]. Disponible en: http://www.hsj.gob.pe/transparencia/documentos/datos_generales_entidad/disposiciones_emitidas/resolucion_directoral/2013/GUIAS%20DE%20OBSTETRICIA.pdf (21)
16. Catejón C, Molina R, Olivar C. Microscopia electrónica de barrido de la vellosidad placentaria hidrópica. Caso clínico Facultad de ciencias de la salud. Universidad de Carabobo. [En línea]. 2002. [accesado: 03feb2016]: Vol. 62: Pg:[7]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a08v56n1.pdf (19)
17. Cousillas A, Ezpeleta J. Enfermedad trofoblástica gestacional. Aspectos clínicos y morfológicos. Revista española de patología. [En línea]. 2002. [accesado: 03feb2016]: Vol. 35: Pg:[14]. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen35/vol35-num2/35-2n07.htm> (14)
18. Delgado J, Núñez E, Pérez J, Savransky R, Vigil P. Ruptura prematura de membranas. Guía clínica de la FLASOG. [En línea]. 2011. [accesado: 16abr2016]: Vol. 1: Pg:[19]. Disponible en: <http://www.flasog.org/wp-content/uploads/2013/12/Ruptura-Prematura-de-Membranas-Guia-FLASOG-2011.pdf> (12)
19. Drouet W. Incidencia, Manejo Obstetrico y Complicaciones del Embarazo Mola. Hospital Nacional De Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón. Tesis presentada. [En línea]. 2008. [accesado: 16abr2016]: Vol. 1: Pg:[62]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2219/1/Tesis.pdf> (8)
20. Durán M, Islas L, Juárez A, Martínez S. Mola parcial con feto vivo: Análisis clínico, morfológico y genético. Revista mexicana de pediatría. [En línea]. 2009. [accesado: 03feb2016]: Vol. 76: Pg:[3]. Disponible en: www.medigraphic.org.mx (18)

21. Gobierno Federal Mexicano. Dirección de salud SEDENA y SEMAR. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad trofoblástica gestacional. Guía de práctica clínica. [En línea]. 2009. [accesado: 03feb2016]: Vol. 228: Pg:[49]. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx (7)
22. González Pérez I, Enfermedad Trofoblástica Gestacional Invasiva. Clases para residentes. [En línea]. 2012. [accesado: 03feb2016]: Vol. 1: Pg:[19]. Disponible en:
http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2012/clase2012_enfermedad_trofoblastica_gestacional_invasiva.pdf (17)
23. Lay L. Enfermedad trofoblástica gestacional. Guía de práctica clínica de OSECAC. [En línea]. 2014. [accesado: 03feb2016]: Vol. 1: Pg:[17]. Disponible en:
http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/GPC%202008/Ginecologia/Gin-10%20Enfermedad%20Trofobl%C3%A1stica%20Gestacional_v1-14.pdf (15)
24. Molina J, Torrico E, Torrico W. Coexistencia de mola hidatiforme parcial con feto vivo a término. Caso clínico. [En línea]. 2010. [acceso-uta: 16abr2016]: Vol. 1: Pg:[4]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol27_3_01/gin09301.pdf (23)
25. Ramírez J. Tema O-15: Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Temas para práctica clínica [En línea]. 2011. [accesado: 03feb2016]: Vol. 1: Pg:[11]. Disponible en: <http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/curs%202011-12/TEMA%20O-15.pdf> (9)
26. Riegé M, López P, Bianconi M, Bayo J, Costa J, Goldsman M, Vico C. Consenso FASGO Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Guía de práctica médica. [En línea]. 2012. [accesado: 03feb2016]: Vol. 1: Pg:[13]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/CONSENSO_FASGO_ETG_version_final.pdf (20)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA

27. **PROQUEST:** Abad L, Almansa M, Ferrer L, Ferri B, Minguela A. Partial Mole with a Diploid Fetus; Case Study and Literature Review. *Fetal Diagnosis and Therapy*. Case Report. [En línea]. 2009. [acceso-uta: 16may2016]: Vol. 1: Pg:[6]. Disponible en: <http://search.proquest.com/health/docview/222333937/AD4D33DF38BE43AEPQ/1?accountid=36765>
28. **PROQUEST:** Bleker O, Boer K, Lisman B, Wely V. Vasculogenesis in complete and partial hydatiform mole pregnancies studied with CD34 immunohistochemistry. *Human Reproduction*. Journal Article. [En línea]. 2010. [acceso-uta: 16may2016]: Vol. 20: Pg:[8]. Disponible en: <http://search.proquest.com/health/docview/211904303/AD4D33DF38BE43AEPQ/2?accountid=36765>
29. **PROQUEST:** Gordana B, Lejia M. Ultrasonographic Signs of Partial Hydatidiform Mole. *University Clinical Centre Tuzla*. Review article. [En línea]. 2013. [acceso-uta: 16may2016]: Vol. 1: Pg:[5]. Disponible en: <http://search.proquest.com/health/docview/1371799414/AD4D33DF38BE43AEPQ/6?accountid=36765>
30. **PROQUEST:** Chapman J, Chu W, Diane L, Fan F. Twin Pregnancy With Partial Hydatidiform Mole and Coexistent Fetus. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. Review article. [En línea]. 2004. [acceso-uta: 16may2016]: Vol. 1: Pg:[6]. Disponible en: <http://search.proquest.com/health/docview/212009732/AD4D33DF38BE43AEPQ/7?accountid=36765>
31. **SCOPUS:** Baños L, Pérez E, Pérez T, Rodríguez J, Trujillo J. Partial hydatidiform mole. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Article. [En línea]. 2012. [acceso-uta: 16may2016]: Vol. 38: Pg:[7]. Disponible en:

<https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84866419918&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=parcial+mole&st2=&sid=6306673221C78D92228D4BBCC88A2293.WeLimyRvBMk2ky9SFKc8Q%3a10&sot=b&sdt=b&sl=27&s=TITLE-ABS-KEY%28parcial+mole%29&relpos=2&citeCnt=0&searchTerm=>

32. **SCOPUS:** Barrón R, Clorio C, Fraire F, Piña S, Soto O. Partial mole and atypical preeclampsia: A case report and review of the bibliography. *Revista Mexicana de Obstetricia y Ginecología*. Review article. [En línea]. 2012. [acceso-uta: 16may2016]: Vol. 80: Pg:[5]. Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84872060313&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=parcial+mole&st2=&sid=6306673221C78D92228D4BBCC88A2293.WeLimyRvBMk2ky9SFKc8Q%3a10&sot=b&sdt=b&sl=27&s=TITLE-ABS-KEY%28parcial+mole%29&relpos=1&citeCnt=1&searchTerm=>

7. ANEXOS

7.1 IMÁGENES

7.1.1 Imagen N°1. HOJA 08 DE URGENCIAS GINECOLÓGICAS

HOSPITAL IESS AMBATO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: IESS LINEA OPERATIVA: HOR LESS AMATO CATEGORÍA: COE LOCALIZACIÓN: NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:

1. REGISTRO DE ADMISIÓN

APellidos y Nombres: **Roaquis, Ruedes, Liana, Alejandro** N° de Historia Clínica: **1803718547**

FECHA DE INGRESO: **17/01/2019** LUGAR DE INGRESO: **Urgencias** MOTIVO DE INGRESO: **Embarazo a término**

2. INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

FECHA DE INGRESO: **17/01/2019** MOTIVO DE INGRESO: **Embarazo a término**

3. ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

4. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA: **Alergia: No refiere.**
 2. CIRUGÍA: **APP No refiere.**
 3. GINECOLOGÍA: **APP No refiere.**
 4. TRAUMATISMO: **CoX No refiere.**

5. ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

MO: **Control de embarazo actual**
 Presente de AC desde su concepción por referencia del ginecólogo de urgencias con resultados de ECG donde presenta: Embarazo de 34 semanas + Placenta con signos de degeneración hipertensiva + Hielo parcial, acude para chequeo general.

7. EXAMEN FÍSICO Y DIAGNÓSTICO

Signos vitales: T 36.5, FC 70, PA 120/80, FR 18, SpO2 98%.

Examen físico: **Normal**

8. LOCALIZACIÓN DE LESIONES

9. EMERGENCIA OBSTÉTRICA

Embarazo a término, 34 semanas, con signos de degeneración hipertensiva.

10. SOLICITUD DE EXÁMENES

1. ANAMNESIS, 2. ANAMNESIS, 3. ANAMNESIS, 4. ANAMNESIS, 5. ANAMNESIS, 6. ANAMNESIS, 7. ANAMNESIS, 8. ANAMNESIS, 9. ANAMNESIS, 10. ANAMNESIS, 11. ANAMNESIS, 12. ANAMNESIS, 13. ANAMNESIS, 14. ANAMNESIS, 15. ANAMNESIS, 16. ANAMNESIS, 17. ANAMNESIS, 18. ANAMNESIS, 19. ANAMNESIS, 20. ANAMNESIS.

11. DIAGNÓSTICO DE INGRESO

1. Embarazo a término, 34 semanas, con signos de degeneración hipertensiva.

12. DIAGNÓSTICO DE ALTA

1. Embarazo a término, 34 semanas, con signos de degeneración hipertensiva.

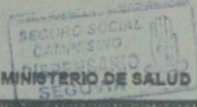
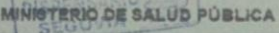

13. PLAN DE TRATAMIENTO

1. Control de embarazo actual, 2. Control de embarazo actual, 3. Control de embarazo actual, 4. Control de embarazo actual, 5. Control de embarazo actual, 6. Control de embarazo actual, 7. Control de embarazo actual, 8. Control de embarazo actual, 9. Control de embarazo actual, 10. Control de embarazo actual, 11. Control de embarazo actual, 12. Control de embarazo actual, 13. Control de embarazo actual, 14. Control de embarazo actual, 15. Control de embarazo actual, 16. Control de embarazo actual, 17. Control de embarazo actual, 18. Control de embarazo actual, 19. Control de embarazo actual, 20. Control de embarazo actual.

14. ALTA

1. Embarazo a término, 34 semanas, con signos de degeneración hipertensiva.

7.1.2 Imagen N°2. TRANSFERENCIA DEL CENTRO DE SALUD

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento	Sexo
Loayza	Fariñas	Luis Fernando	17/09/1967	M
Ciudad	Código Postal	Legajo de identidad	Dirección Domiciliar	Nº Telefónico
Cuzco	150150011	18 007 601	Macabato	0707 507467

II. REFERENCIA: DERIVACIÓN:

1. Datos Institucionales

Entidad de destino	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área
S.S.C.	2434913 E	SEGOVIA	A	18 D O C O T
Fecha				
30/09/2005				

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Interrupción de embarazo Saturación de capacidad de atención Coprobante 72-02-19-05

Asistencia temporal del profesional Causa específica

Falta de profesional Evaluación de capacidad

3. Resumen del cuadro clínico

Adm. 2da. G. E. P. O. A. 1, FOM: 71 S Realiza control de embarazo SALINAS G. BSO

Parto con quemadura ECG p. del embarazo Macabato con 11a

de derivación a Hospital de Cuzco ET: PU a H.F. 20 de mayo de 2005 715104

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECG: Nota Vacuo Foto vivo Foto 70/170/90

Gramonegativo Proteínas +

5. Diagnóstico

1. Embarazo 4 Sem + ECG - Foto vivo	CE-10	PRE	DEF
2. Parto con quemadura de derivación a Hospital de Cuzco			

Nombre del profesional: Dr. Luciano Soruco Código MSP: 69-238

III. CONTRAREFERENCIA: 3 REFERENCIA INVERSA: 4

1. Datos Institucionales

Entidad del origen	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área
Contrareferencia o Referencia Inversa a:				
Fecha:				

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico de la Contrareferencia e Referencia Inversa

1	CE-10	PRE	DEF
2			

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista: Código MSP: Firma:

MSP-SEPO/CI/Ases. 0102019

7.1.3 Imagen N°3. ECO CON REPORTE DE MOLA PARCIAL

Unidad de Ecografía Especializada
"DIAGNÓSTICO MATERNO FETAL"
Dr. Francisco Reyes Terán, MD.GO
 Especialista en Ginecología y Obstetricia "Universidad Central del Ecuador"
 Diagnóstico Prenatal y Medicina Fetal, Hospital "Pereira Roser" (Montevideo - Uruguay)

INFORME SOBRE CRIBADO PRENATAL DE TRISOMIAS.
 (28 / 09 / 2015)

Nombre: POAQUIZA LORENA
 Fecha de Cribado: 28 / 09 / 2015
 Edad Materna en Fecha de Finalización de Cribado: 26.04 años
 Edad Materna en Fecha Probable de Parto: 26.55 años
 Tipo de Gestación y Placentación: GESTACION CON FETO UNICO

Fecha de la Ecografía: 28/ 09 / 2015

	CRL	E. G. según Eco	F.P.P. según Eco	T. NUCAL (mm.)	Mediana TN	T. NUCAL (MoM)
Feto Único o Primer Gemelo	76.7	94 días (13 semanas y 3 días)	2 / 4 / 2016	1.05	1.65019	0.636

Hueso Nasal: Presente
 Ductus Venoso: Onda A normal

RESULTADO RIESGO ECOGRAFICO (TRANSLUCENCIA NUCAL, HUESO NASAL y/o DUCTUS VENOSO).

Feto Único o Primer Gemelo	RIESGO PREVIO	RAZON DE PROBABILIDAD	RIESGO POSTERIOR
SINDROME DE DOWN	1/ 930	0.233835	1/ 3973 DISMINUIDO
TRISOMIA 18	1/ 2346	0.158733	1/ 14774 DISMINUIDO

(Los riesgos de trisomías se han calculado para el momento en que se ha finalizado el cribado.)

Para la obtención de este resultado se ha usado el software FETALTEST (<http://www.fetaltest.com>) que basa sus cálculos en los algoritmos uni- bi- o multi- variable del modelo Gaussiano del Log. del Múltiplo de la Mediana. El resultado obtenido en esta prueba en ningún caso será considerado como diagnóstico ya que únicamente informa del mayor o menor riesgo, o probabilidad, de que el feto padezca una determinada enfermedad.

Fdo. DR FRANCISCO EDUARDO REYES TERAN

Unidad de Ecografía Especializada
Dr. Francisco Reyes Terán
 GINECOLOGO OBSTETRA
 MSP LIBRO 1 "U" FOLIO 54 N° 161

Dirección: Juan B. Vela 07-17 y Mera, Hospital Básico Tungurahua, Planta Baja consultorio 105.
 Citas: (03)2422215. Cel: 0984660435. Email: unisfet@yahoo.com

Unidad de Ecografía Especializada
"DIAGNÓSTICO MATERNO FETAL"
Dr. Francisco Reyes Terán, MD.GO
 Especialista en Ginecología y Obstetricia "Universidad Central del Ecuador"
 Diagnóstico Prenatal y Medicina Fetal, Hospital "Pereira Roser" (Montevideo - Uruguay)

PACIENTE SRA. LORENA POAQUIZA EDAD: 26 años
 SOLICITA: DR. FRANCISCO VILLENA
 FECHA: 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2015
 ESTUDIO: ECOGRAFIA OBSTETRICA [Marcadores sonográficos de aneuploidías 1er.T]
 FUM: NO CONFIABLE
 EG X FUM: -

INFORME:

Útero grávido en anteverción con saco gestacional único, aspecto normal.
 Placenta con signos de degeneración hidrópica tipo molar, implantada hacia la región anterior materno G O/III. Interfase placentario-decidual conservada.
 Líquido amniótico normal en cantidad y ecogenidad.
 Cuello umbilical: libre.

Feto único activo presentación y dorso indiferente durante el estudio. La frecuencia cardiaca del mismo es rítmica y correspondió a 161 latidos por minuto, normal para la edad gestacional.
 La longitud cráneo caudal medida fue de 76,7 mm que corresponde a 13,6 semanas de gestación.

El rastreo ecográfico de marcadores de aneuploidías evidencia:

Translucencia nucal: 1,05 mm.
 Osfificación de hueso nasal: presente de 3,1 mm.
 Ductus venoso: Onda auricular normal.

CONCLUSIÓN:

- Gestación única de 13,6 (+/-1) semanas ecográficas.
- Marcadores ecográficos de alteraciones cromosómicas. Normales
- Placenta con signos de degeneración hidrópica. Hallazgo en relación con Mola Parcial con feto vivo

SCREENING ECOGRÁFICO 1er. TRIMESTRE:

- Riesgo previo (por edad) para Trisomía 21 (Sd. Down): 1/930
- Riesgo posterior por marcadores ecográficos 1er. Trimestre: 1/3973 (DISMINUIDO)
 (Cálculo realizado con Software Fetaltest v 4.1)

COMENTARIO: El riesgo de anomalías cromosómicas mediante marcadores ecográficos entre las 11 y 13,6 semanas combinado a la edad materna, puede oscilar entre el 7% y 8% de embarazos afectados con síndrome de Down, con una tasa de falso positivo de 5%. Al combinar estos datos (Eco + edad materna) con el uso de los marcadores bioquímicos (PAP-A y Free B-HCG) en suero materno se logra una detección del 92% de fetos afectados. Nuestro centro ofrece la identificación de marcadores bioquímicos y el cálculo de riesgo para alteraciones cromosómicas (Sd. Down), por lo que, sugerimos solicitar información a este respecto.

ATENTAMENTE,
 DR. FRANCISCO REYES TERÁN
 Diagnóstico Prenatal - Salud Fetal

Unidad de Ecografía Especializada
Dr. Francisco Reyes Terán
 GINECOLOGO OBSTETRA
 MSP LIBRO 1 "U" FOLIO 54 N° 161

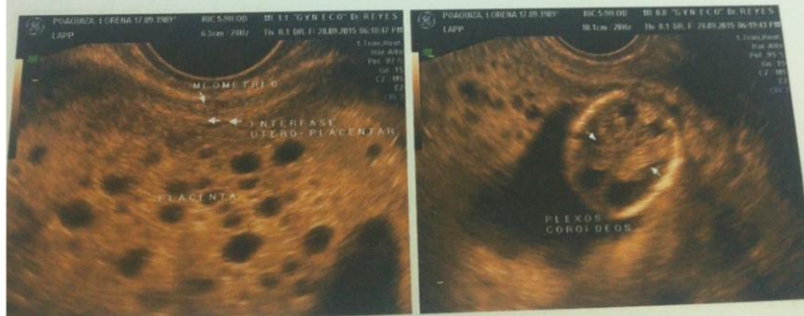
Dirección: Juan B. Vela 07-17 y Mera, Hospital Básico Tungurahua, Planta Baja consultorio 105.
 Citas: (03)2422215. Cel: 0984660435. Email: unisfet@yahoo.com

PATIENT

Name: POAQUIZA LORENA
ID: LAPP
Birth Date: 17/09/1989
Sex: F

EXAM

Accession #:
Exam Date: 28/09/2015
Exam Type: MARCADORES US ANEUPLOIDIAS
Sonographer: DR. FRANCISCO REYES TERAN

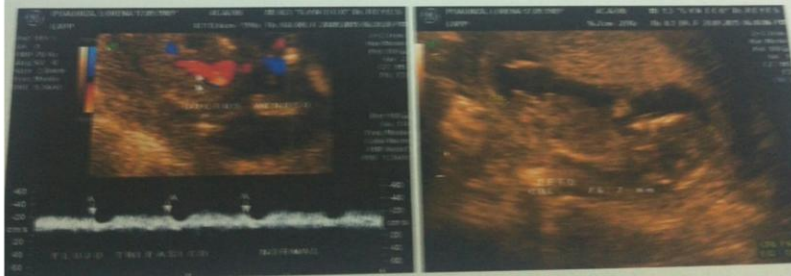


PATIENT

Name: POAQUIZA LORENA
ID: LAPP
Birth Date: 17/09/1989
Sex: F

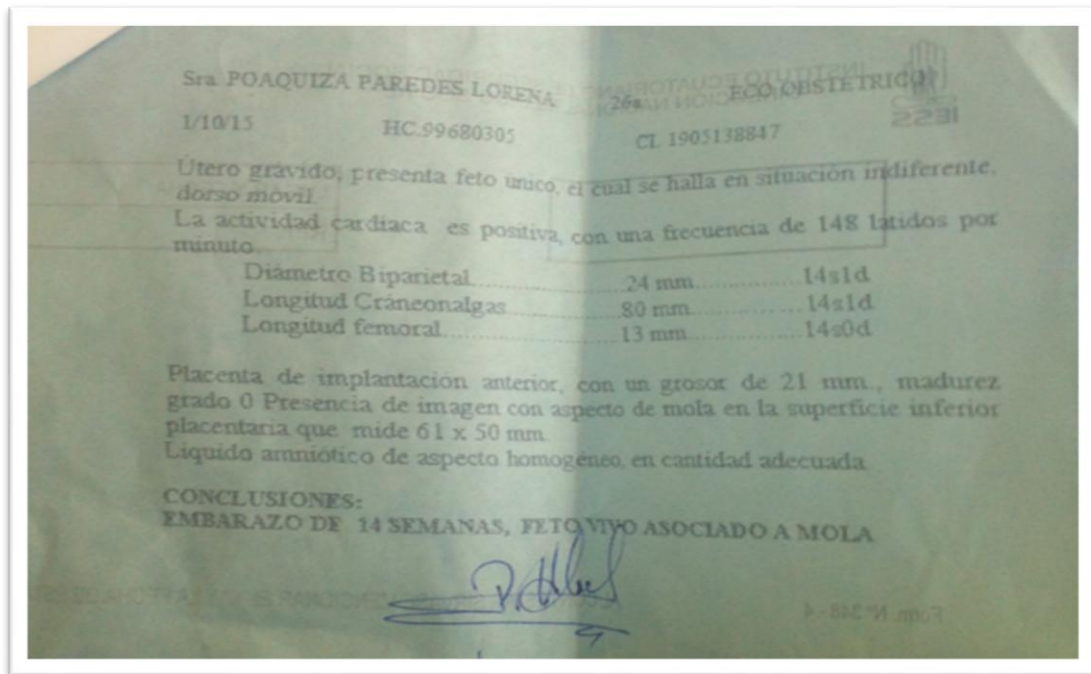
EXAM

Accession #:
Exam Date: 28/09/2015
Exam Type: MARCADORES US ANEUPLOIDIAS
Sonographer: DR. FRANCISCO REYES TERAN

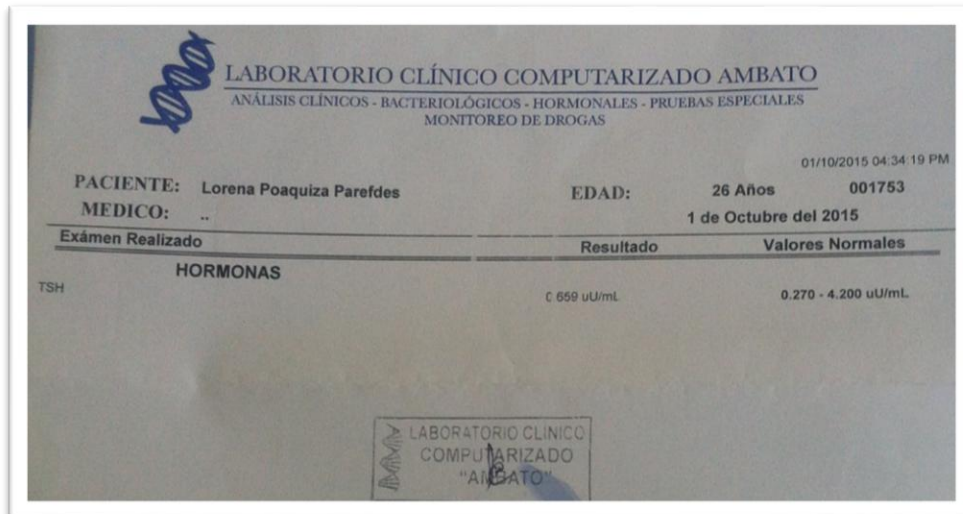


7.1.4 Imagen N°4. ECO CON REPORTE DE MOLA PARCIAL Y RESULTADO DE TSH

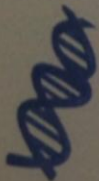




7.1.5 Imagen N° 5 RESULTADO DE TSH



7.1.6 Imagen N°6. RESULTADO DE BHCg CUANTITATIVA



LABORATORIO CLÍNICO COMPUTARIZADO AMBATO
ANÁLISIS CLÍNICOS - BACTERIOLÓGICOS - HORMONALES - PRUEBAS ESPECIALES
MONITOREO DE DROGAS

05/10/2015 04:28:00 PM

PACIENTE: Loprena Poaquiza **EDAD:** 26 Años 001773
MEDICO: .. 5 de Octubre del 2015

Exámen Realizado	Resultado	Valores Normales
HORMONAS		
BETA- HCG CUANTITATI	67.219	
MUJERES:		
NO EMBARAZADAS: HASTA 5.3 mUI/ml		
EMBARAZO: VALORES SUPERIORES A 50 mUI/ml, QUE SE DUPLICAN EN 48 HORAS.		
PASTMENOPAUSIA: HASTA 8.3 mUI/ml		
HOMBRES: HASTA 2.6UI/ mL		

7.1.7 Imagen N°7. ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR

IMÁGENES CD
-MEDICINA INTELIGENTE con tecnología de punta

Av. Pasteur y César Borja
imagenes@medicadon.com
Fax 26 - 29 - 506
+54 - 26 - 501 +59 99 70 70 00
+54 - 26 - 502 +59 99 70 70 71
+26 - 26 - 400 +59 95 64 44 44
Ambato - Ecuador

PACIENTE: Sra. Lorena Posquiza.
MEDICO: Sr. Dr. IESS.
ESTUDIO: Ecosonografía Obstétrica + Doppler.
FECHA: Ambato, martes, 06 de octubre de 2015.

REPORTE:

Se realizan múltiples rastreos ecosonográficos del útero observándose al mismo, con un solo producto, el cual se halla en situación indiferente, con el polo cefálico dirigido hacia la fosa iliaca derecha al momento del estudio.

Actividad cardiaca positiva, con una frecuencia de 141 latidos por minuto.

El diámetro biparietal es de 2.8 cm
El perímetro cefálico es de 10.6 cm
El perímetro abdominal es de 9.0cm
La longitud femoral es de 1.6 cm
La longitud humeral es de 1.7 cm
Peso aproximado 115 +/- 17 gramos. Percentil 52.7

Arteria uterina: Velocidad de pico sistólica 49.3 cm/s, fin de diástole 10.9 cm/s, IR 0.78
Arteria cerebral media: Velocidad de pico sistólica 29.9 cm/s, fin de diástole 0.0 cm/s, IR 1.00
Arteria umbilical: Velocidad de pico sistólica 49.7 cm/s, fin de diástole 0.0 cm/s, IR 1.00
Índice arteria cerebral media / Arteria Umbilical 1.0 (normal).

La placenta es heterogénea de localización corporal anterior presenta cambios quísticos difusos en el espesor del parénquima placentario, tiene un espesor que alcanza los 3.6cm.

El líquido amniótico se encuentra en cantidad adecuada.
El conducto cervical se encuentra dilatado tiene 7mm de diámetro y una longitud aproximada de 3.7cm.

CONCLUSIONES:

- 1) Mola hidatiforme parcial con feto vivo, el cual tiene una edad gestacional aproximada de 15.1 semanas.
- 2) Dilatación del conducto endocervical, 7mm.

Atentamente,
Dr. Gabriel Aguilar Moyano
ESPECIALISTA EN DIAGNOSTICO POR IMÁGENES

Ultrasound Report

Page 1

PATIENT
Name: POAQUIZA LORENA
ID: 36337-15-10-06-22
Birth Date:
Sex: O

EXAM
Accession #:
Exam Date: 06/10/2015
Exam Type: OBSTETRICO FLUJOMETRIA
Sonographer: DR.GABRIEL AGUILAR



Ultrasound Report

PATIENT

Name: PONCENZA LORENA
ID: 36327-15-10-05-22
Birth Date:
Sex: ♀

EXAM

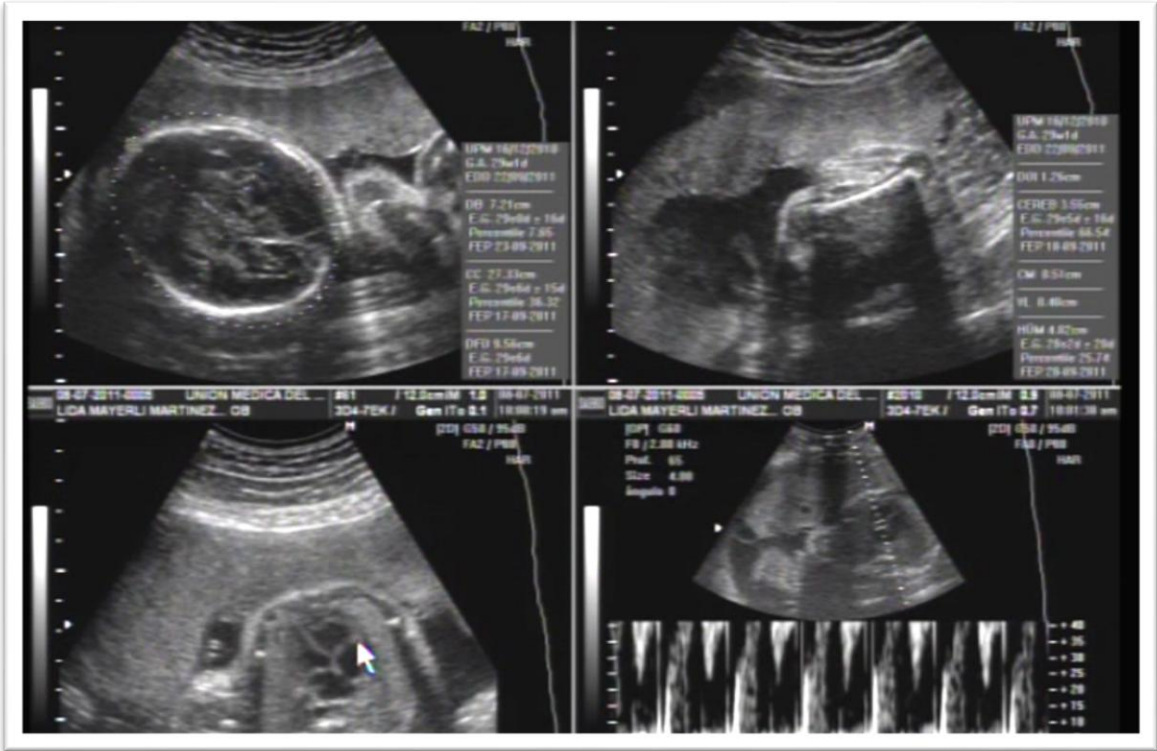
Accession #: 06192015
Exam Date: 06/19/2015
Exam Type: OBSTETRICO FLUJOMETRIA
Sonographer: DR GABRIEL AGUIAR



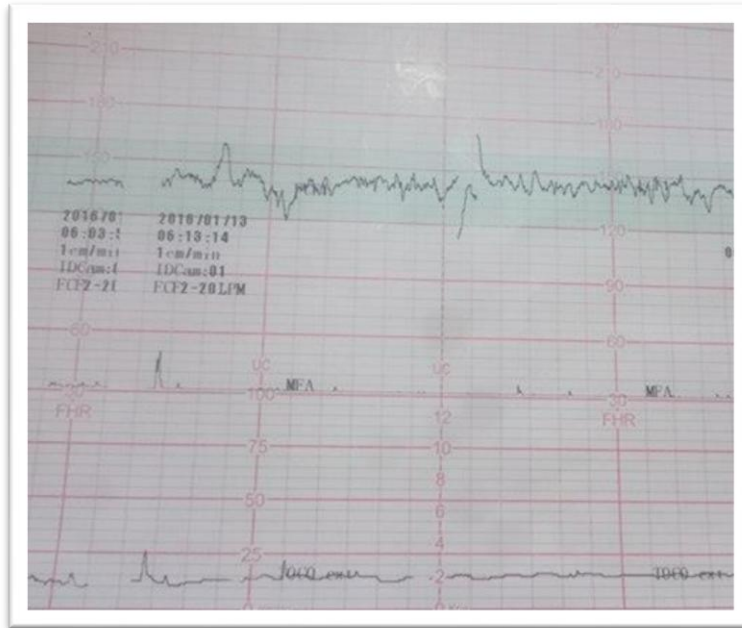
Parameter	Value	Unit	Normal Range
FLUJOMETRIA
...
...
...
...
...
...
...
...
...



7.1.8 Imagen N°8: ECOGRAFÍA CON DETALLE ANATÓMICO



7.1.9 Imagen N°9: MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO (2016/01/12)



7.1.10 Imagen N°10: HOJA 08 (2016/01/12)

HOSPITAL IESS AMBATO

REGISTRO DE ATENCIÓN

1. DATOS DE ADMISIÓN

2. MOTIVO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

3. ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA

4. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

5. ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

6. EXAMEN FÍSICO Y DIAGNÓSTICO


7. LOCALIZACIÓN DE LESIONES

8. PLAN DE TRATAMIENTO

9. PLAN DE TRATAMIENTO

10. PLAN DE TRATAMIENTO

7.1.11 Imagen N°11: ECOGRAFÍA + ILA

 **bioimagenes**
Una mirada nueva puede salvar la vida

Consultorio: Juan Comendador y Pío
Independencia - E4403 - Tele: 0244222222
Ecografía y USG - Ultrasonido de Talón - Análisis y Papanicolaou
Instituto: Estación Central - Patología y Citología

PACIENTE: Sra. Lorena Poaquiza
MEDICO: Sr. Dr.
ESTUDIO: Ecosonografía Obstétrica
FECHA: Ambato, martes, 12 de enero de 2016

REPORTE:

Se realizan múltiples rastreos ecosonográficos del útero observándose al mismo, con un solo producto, el cual se halla en situación indiferente, con el polo cefálico dirigido hacia la fosa iliaca derecha al momento del estudio.

Actividad cardiaca positiva, con una frecuencia de 160 latidos por minuto.

El diámetro biparietal es de 7.0 cm
El perímetro cefálico es de 25.9 cm
El perímetro abdominal es de 24.0 cm
La longitud femoral es de 5.3 cm
La longitud humeral es de 4.7 cm
Peso aproximado 1201 +/- 175 gramos.
Sexo femenino.


La placenta es heterogénea de localización corporal anterior presenta cambios quísticos difusos en el espesor del parénquima placentario, tiene un espesor que alcanza los 4.2cm.

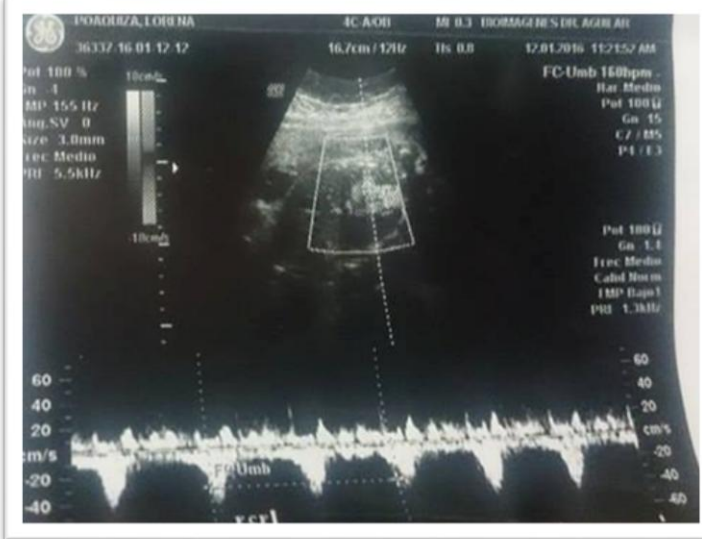
El líquido amniótico se encuentra en cantidad disminuida. ILA 3.9
El conducto cervical no se logra valorar.

CONCLUSIONES:

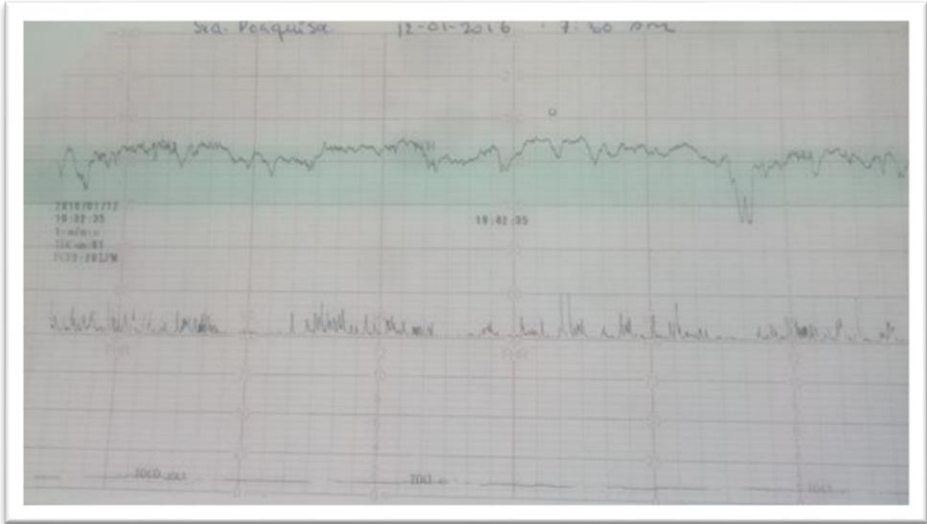
- 1) De acuerdo a las medidas obtenidas del feto se calcula un embarazo aproximado de 28.2 semanas con un índice de error de +/- 1 semana con presencia de placenta de aspecto molar.
- 2) Fecha probable de parto 03 de abril del 2016
- 3) Oligohidranmios.

Atentamente,

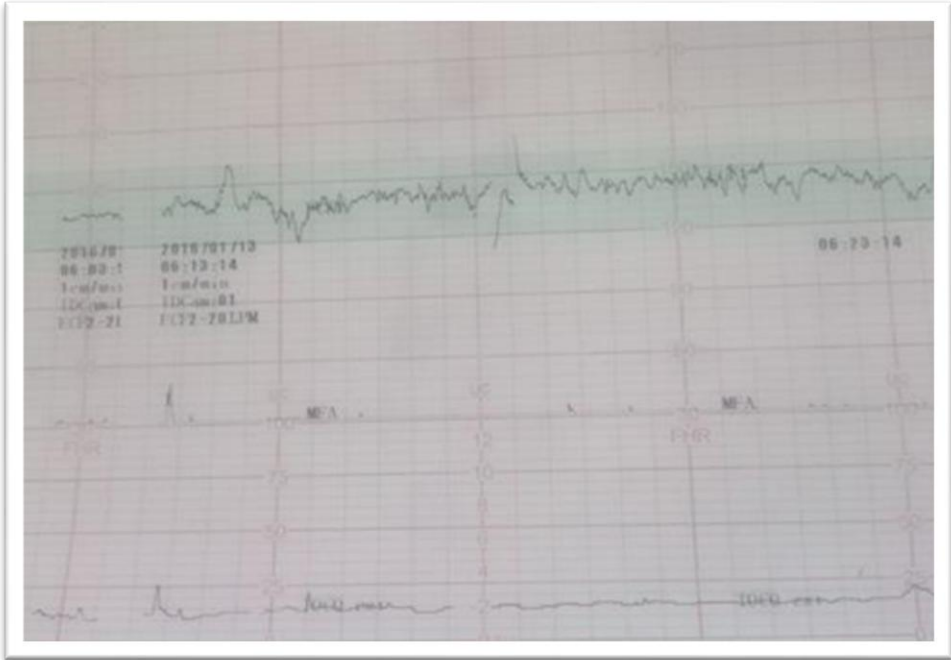

Dra. Netty Guevara Galarza
ESPECIALISTA EN DIAGNOSTICO
POR IMAGENES



7.1.12 Imagen N°12: MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO (2016/01/12)



7.1.13 Imagen N°13: MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO (2016/01/13)



7.1.14 Imagen N°14: HOJA DE CONTROL ANESTESIOLOGÍA (2016/01/13)

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

APELLIDO PATERNO: <u>Baquer</u>		MATERNO: <u>Alvarez</u>		NOMBRES: <u>Lenora</u>		HOSPITAL AMBATO	
EDAD: <u>23</u>	SEXO: <u>F</u>	ESTATURA: <u>1.60</u>	PESO: <u>55</u>	OCCUPACION ACTUAL: <u>Estudiante</u>	SERVICIO: <u>Urología</u>	N° DE LA HISTORIA CLÍNICA	
INDICACION PRE-OPERATORIA: <u>Orquiectomía</u>		DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO: <u>ADENOCARCINOMA</u>		OPERACION ESPERADA: <u>Orquiectomía</u>		SALA: <u>100</u>	
CIRUJANO: <u>Dr. Jarama</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Rafael</u>		OPERACION REALIZADA: <u>Orquiectomía</u>		INSTRUMENTACIÓN: <u>Urología</u>	

AGENTES / HORA		REGISTRO TRANS-ANESTÉSICO											
		13:00 - 14:00				14:00 - 15:00				15:00 - 16:00			
✓	PRENSIÓN ARTERIAL	[Handwritten values: 110/70, 110/70, 110/70]											
●	PULSO	[Handwritten values: 60, 60, 60]											
X	INSUFLACIÓN	[Handwritten values: 100, 100, 100]											
⊙	INSUFUSIÓN	[Handwritten values: 100, 100, 100]											
⊕	PL-ANESTESIA	[Handwritten values: 100, 100, 100]											
○	RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA	[Handwritten values: 100, 100, 100]											
△	TEMPERATURA	[Handwritten values: 36, 36, 36]											
♀	FETO PRE-EXISTENTE	[Handwritten values: 100, 100, 100]											
⊖	R. CONTROLADA	[Handwritten values: 100, 100, 100]											
⊕	R. ASISTIDA	[Handwritten values: 100, 100, 100]											
T	COMPUENTE	[Handwritten values: 100, 100, 100]											

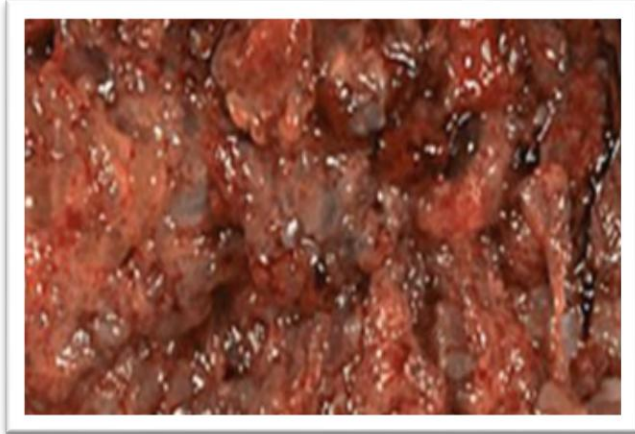
DROGAS ADMINISTRADAS		1 2 3 4	
POSICIÓN		0-1 0-1 0-1	

N°	TIPO	4	5	6	7	8	9	10	11	DURACIÓN ANESTESIA	DURACIÓN OPERACION
1	Oxígeno 100	4	5	6	7	8	9	10	11	HL	MIN
2	Metoprolol 10 mg	6	7	8	9	10	11			HL	MIN
3	Ketorolaco 60 mg	7	8	9	10	11				HL	MIN

GENERAL		CONDUCTIVA		INFUSIONES		COMPLICACIONES OPERATORIAS	
SISTEM. ABIERTO	<input type="checkbox"/>	ASEPSIA DE PIEL	<input checked="" type="checkbox"/>	D DEXTROSAS	CC	HIPOTENSIÓN	<input type="checkbox"/>
SISTEM. CERRADO	<input type="checkbox"/>	CON: <u>Akaleta</u>	R RINGER	1000	CC	DEPRESIÓN RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/>
SISTEM. SEMI-CER	<input type="checkbox"/>	HABON	S SANGRE		CC	RESORCIÓN DURABLE	<input type="checkbox"/>
APARATOS USADOS	<input type="checkbox"/>	RAQUIDEA	E EXPANSORES		CC	NAUSEAS-VÓMITOS	<input type="checkbox"/>
CIRC. <input type="checkbox"/> VAIVEN	<input type="checkbox"/>	EPIDURAL CAUD.	TOTAL	150	CC	LARINGOSPASMO	<input type="checkbox"/>
MASCARA	<input type="checkbox"/>	SIMPLE	NEMORRAGIA			PARO CARDÍACO	<input type="checkbox"/>
INTB. OROTRAQUEAL	<input type="checkbox"/>	CONTINUA	c.c. APROX			CAMBIO DE TÉCNICA	<input type="checkbox"/>
RAPIDA <input type="checkbox"/> LENT. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALTURA PUNCIÓN:	APGAR			COMENTARIOS:	
TUBO N°	<input type="checkbox"/>	PUNCIÓN LAT.	1 MIN. 5 MIN. 12 MIN. FETO F. MUERTO			<u>ASA I</u>	
MANGUITO INFLAB.	<input type="checkbox"/>	LÍNEA MEDIA	TÉCNICAS ESPECIALES			<u>Monitorización FE, FR, TA, SpO2</u>	
TAPONAMIENTO	<input type="checkbox"/>	AGUJA N° 27	CONDUcido A:	<u>UOPA</u>			
ANST. TOPICA	<input type="checkbox"/>	NIVEL <u>T5</u>	HIPERBARA	<input type="checkbox"/>			
ANST. TRANSORAL	<input type="checkbox"/>	POSICIÓN PACIENTE	POR:	<u>Dr. Rafael</u>			

HOSPITAL IESS AMBATO
 HORA: 14:00
 FIRMA DEL ANESTESIOLOGO: [Signature]
 REGISTRO DE ANESTESIA

7.1.15 Imagen N°15: IMÁGENES DE PLACENTA CON MOLA PARCIAL



INFORME HISTOPATOLÓGICO

Diagnóstico:

**PLACENTA CON MOLA
HIDATIFORME PARCIAL Y
ÁREAS DE NECROSIS.**

Macroscopía de placenta:

Se recibe fijado de placenta que pesa 1600 gramos membranas y cotiledones conservados, membranas lisas brillantes insertadas en el borde, cordón umbilical de 19x1,5 cm de inserción central. Al corte la placenta es de aspecto esponjoso, entre mezclado con áreas de aspecto vesicular que corresponden en aproximadamente un 40% de la superficie del cordón umbilical con 3 estructuras vasculares

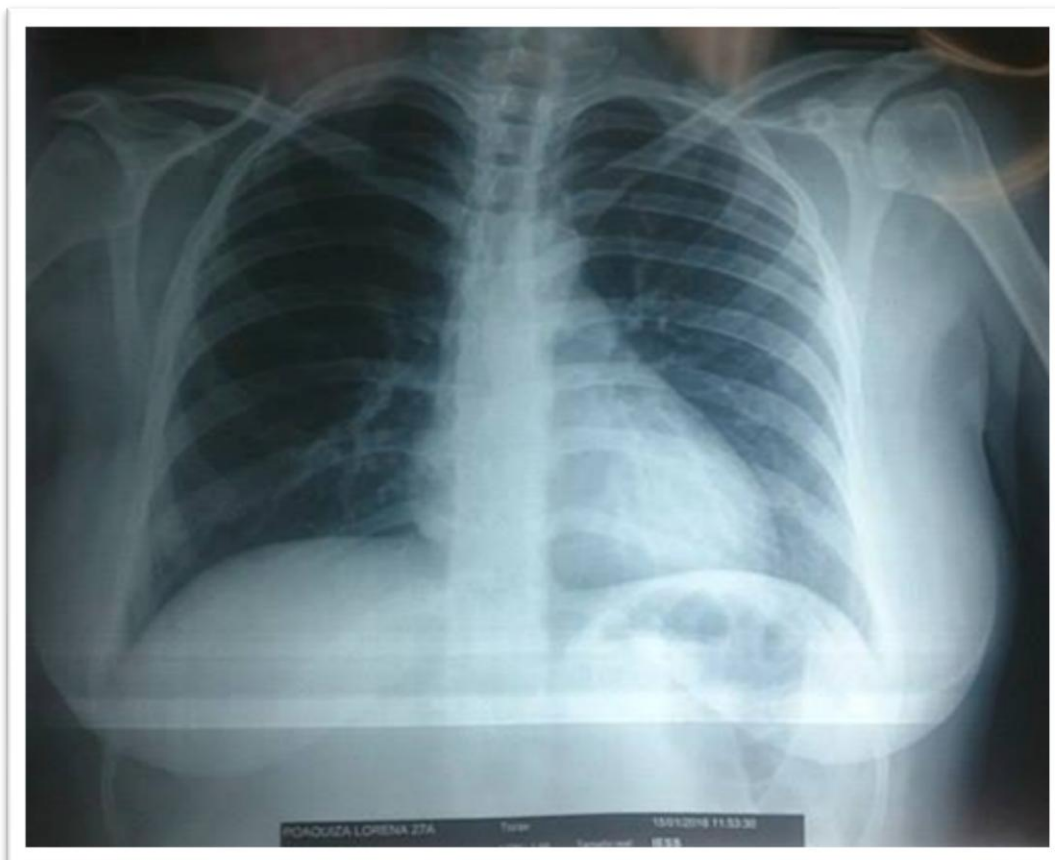
Microscopía de placenta:

Los cortes muestran una doble población de vellosidades coriónicas una pequeña fibrótica y otra hidrópica, vellosidades irregulares festoneadas y eventuales cavitaciones centrales. Áreas de necrosis

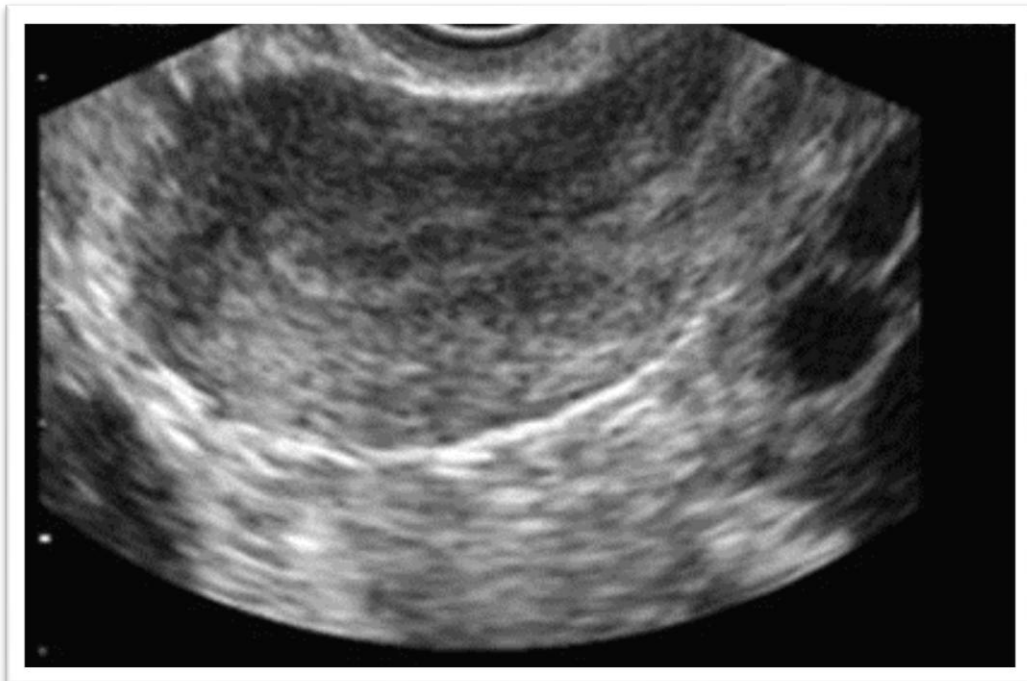
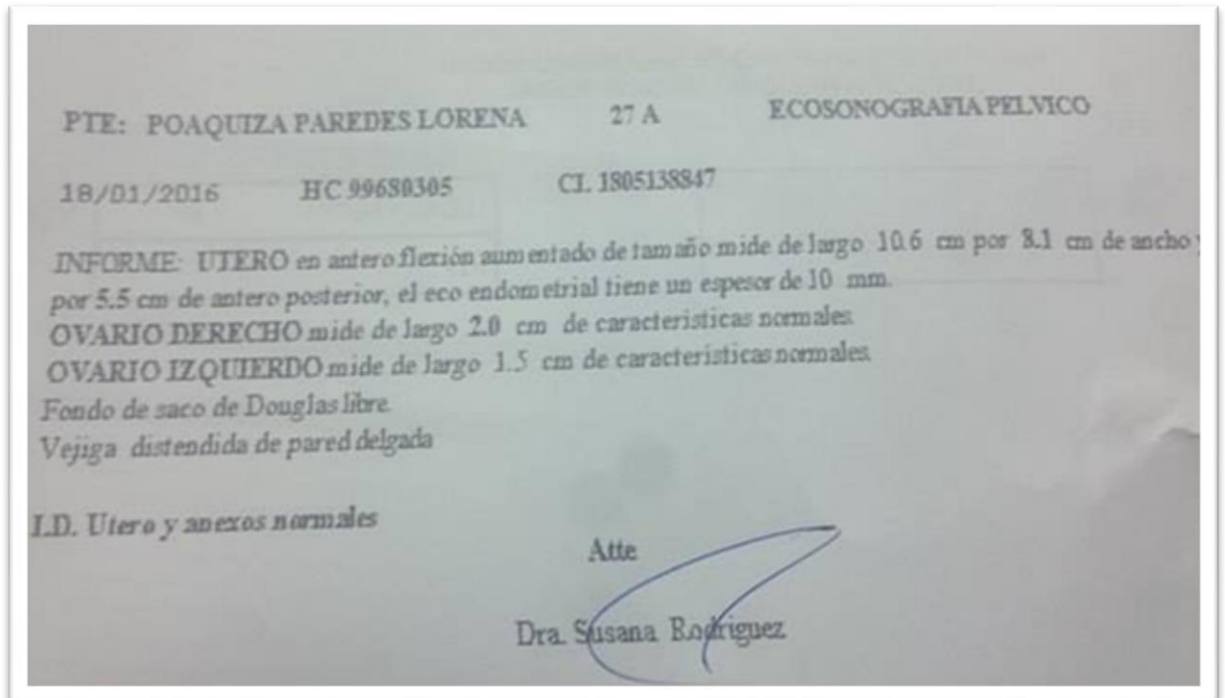
7.1.16 Imagen N°16: IMAGEN DE RN PRODUCTO DE EMBARAZO MOLAR PARCIAL



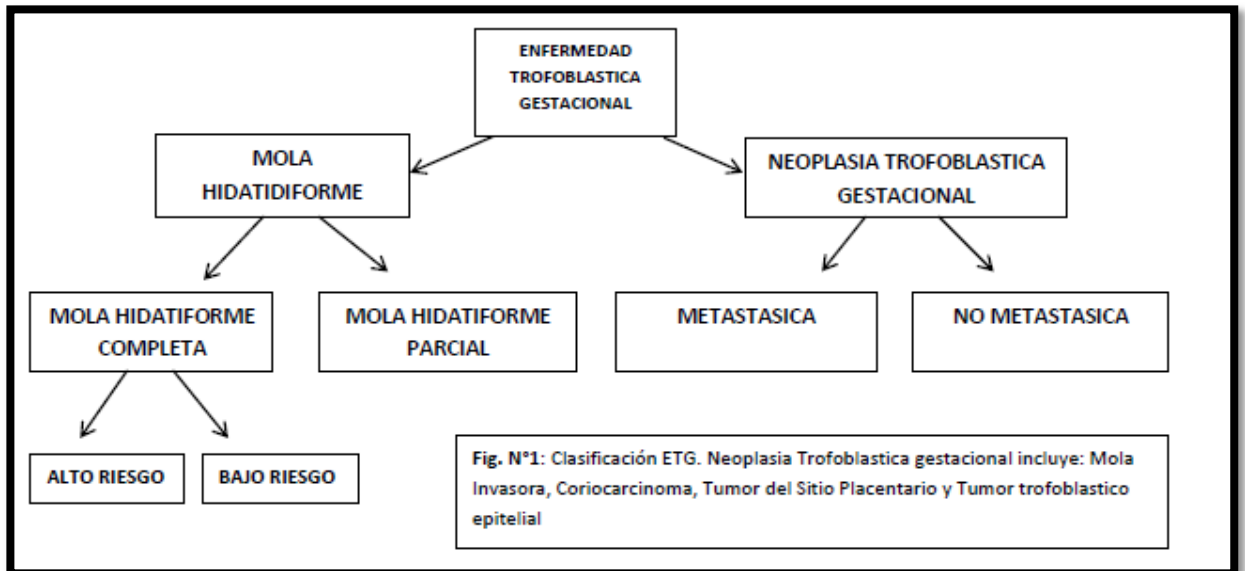
7.1.17 Imagen N°17: RADIOGRAFÍA DE TÓRAX



7.1.18 Imagen N°18: ECOGRAFÍA PÉLVICA

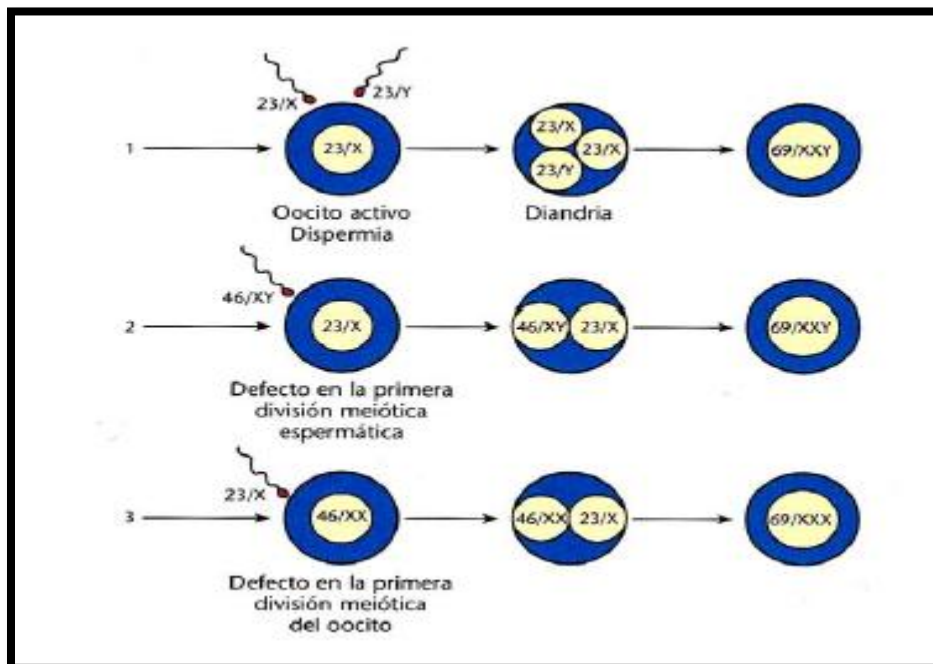


7.1.19 Imagen N°19: CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL



TOMADO DE: Consenso FASGO Enfermedad Trofoblástica Gestacional. 2012

7.1.20 Imagen N°20: ETIOLOGÍA DE MOLA PARCIAL



TOMADO DE: Tema O-15: Enfermedad Trofoblástica Gestacional. 2011

7.1.21 Imagen N°21: DIFERENCIAS HISTOLÓGICAS DE MOLA PARCIAL Y COMPLETA

Características	Mola parcial	Mola completa
Vellosidades	Algunas edematosos	Todas edematosas
Capilares	Muchos con eritrocitos fetales	Pocos, sin eritrocitos fetales
Hiperplasia del trofoblasto.	Mínima, moderada, focal	Intensa Diseminada
Embrión y/o feto.	Presente	Ausente
Cariotipo.	Triploide, genoma paterno y materno.	Diploide, genoma solo paterno.
Atipias.	Leves y focales	Marcadas y difusas

TOMADO DE: Estudio anatomopatológico de un caso de mola parcial. 2010

7.2 TABLAS CON RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO

7.2.1 TABLA 1: LABORATORIO 30/09/2015

BIOMETRÍA HEMÁTICA	30/09/2015
Recuento Leucocitario (WBC) x 10 ³	8.00
Recuento de glóbulos rojos	5.09
Hemoglobina (HGB) g/dl	13.7
Hematocrito (HCT) %	43
Volumen corp. medio (MCV)	84
Hemoglobina Cospus Media (MCH)	28.8
Concen HB Corp. media (MCHC)	34.2
Recuento Plaquetas x 10 ³	246
Neutrófilos %	54.1
Linfocitos %	41.0
Monocitos %	3.9
Eosinófilos %	1.0
Basófilos %	0.0

TIPIFICACIÓN SANGUÍNEA	30/09/2015
GRUPO ABO	“O”
FACTOR RH	POSITIVO

Tiempos de coagulación	30/09/2015
Tiempo de protrombina (TP)	13.3
INR	1.21
Tiempo de trombolastina (TTP)	29.1

QUÍMICA SANGUÍNEA	30/09/2015
Glucosa	84.60
Urea en suero	13.2
Creatinina	0.4

Ácido úrico	3.5
--------------------	-----

EMO	30/09/2015
Color	Amarillo
Densidad	1.015
PH	8
Glucosa en orina	100
Cetonas	Negativo
Bilirrubinas	Negativo
Leucocitos en orina	25
Nitritos	Negativo
Hemoglobina	Negativo
Proteínas	Negativo
Urobilinógeno	Normal
Piocytes	6.9
Hematies	4.6
Bacterias	7373.7 (+ + + +)
Células epiteliales	63.6

PERFIL TIROIDEO	30/09/2015
TSH Uu/ml	659
T3 libre	1.27
T4 libre	0.339

HCG CORIONICA	30/09/2015
Valor	>10000

CULTIVO DE ORINA	30/09/2015
UROCULTIVO	< 1000 UFC/ML FLORA MIXTA

7.1.2 TABLA 2: AMNIOCENTESIS

AMNIOCENTESIS	08/10/2015
PROCEDIMIENTO	<p>Paciente con diagnóstico de: Degeneración molar de la placenta, polo embrionario con frecuencia cardíaca normal.</p> <p>Previo consentimiento de la paciente, se realiza amniocentesis, previa asepsia y antisepsia, se obtiene líquido amniótico claro 40 CC. Las muestras se envían a estudio genético.</p>
CARIOTIPO EN LIQ. AMNIÓTICO – GENÉTICA	Cariotipo en líquido amniótico: 46 XX

7.1.3 TABLA 3: EXÁMENES DE CONTROL POR CONSULTA EXTERNA

BIOMETRÍA HEMÁTICA	11/11/2015
Recuento Leucocitario (WBC) x 10³	9.40
Recuento de glóbulos rojos	4.66
Hemoglobina (HGB) g/dl	13.4
Hematocrito (HCT) %	41
Volumen corp. medio (MCV)	88
Hemoglobina Cospus Media (MCH)	28.8
Concen HB Corp. media (MCHC)	32.7

Recuento Plaquetas x 10³	252
Neutrófilos %	58.7
Linfocitos %	36.9
Monocitos %	3.2
Eosinófilos %	1.2
Basófilos %	0.0

TIPIFICACIÓN SANGUÍNEA	11/11/2015
GRUPO ABO	“O”
FACTOR RH	POSITIVO

QUÍMICA SANGUÍNEA	11/11/2015
Glucosa	76.5
Creatinina	0.4

EMO	11/11/2015
Color	Amarillo
Aspecto	Ligeramente turbio
Densidad	1.015
PH	7
Glucosa en orina	Normal
Cetonas	Negativo
Bilirrubinas	Negativo
Leucocitos en orina	Negativo
Nitritos	Negativo
Hemoglobina	Negativo
Proteínas	Negativo
Urobilinógeno	Normal

Piocytes	1.3
Hematies	0.8
Bacterias	229.7
Células epiteliales	2.3

PERFIL TIROIDEO	11/11/2015
TSH Uu/ml	2.38
T3 libre	0.307
T4 libre	0.97

CULTIVO DE ORINA	11/11/2015
UROCULTIVO	NO AMERITA

TORCH (11/11/2015)	VALOR	REFERENCIAL
V.D.R.L	No reactivo	
Citomegalovirus IGG	63.53	< 250: NEG, >250 POS
Citomegalovirus IGM	1.05	<0.400: NEG 0.400-0.499: Z. GRIS > = 0.500 : POS
Toxoplasmosis IGG	120.0	NEG: Menor a 2.5 ZONA GRIS: 2.6-3.4 REPETIR EN 7-14 DÍAS POSITIVO: Mayor a 3.5
Toxoplasmosis IGM	0.276	NEGTV: Menor a 0.500 Z. GRIS: 0.501-0.599 REPETIR EN 7-14 DÍAS POSTV: Mayor a 0.600
Rubéola IGG	315.5	< 15: NEGATIVO 15.01 A 35 ZONA GRIS > 35: POSITIVO
Rubéola IGM	0.364	0-0.400: NEGATIVO 0.401-0.499: Z. GRIS MAS DE 0.500: POSTV

HIV 1+2	0.65	< 1.2 NO REACTIVO 1.2- 2.5 ZONA GRIS REPETIR EN 7 DÍAS > 2.5 REACTIVO SE SUGIERE PRUEBA CONFIRMATORIA: WESTER BLOTT
Hepes II - IGG	0.103	NEGATIVO: < 0.51 IC Z. GRIS: > 0.5 - < 1.0 IC POSITIVO: > 1.0 IC

7.1.4 TABLA 4: EXÁMENES DE CONTROL POR CONSULTA EXTERNA

CITOMEGALOVIRUS	RESULTADO	RANGO
Citomegalovirus IGG	48.22	< 250: NEG, >250 POS
Citomegalovirus IGM	0.786	<0.400: NEG 0.400-0.499: Z. GRIS > = 0.500 : POS

TEST DE O' SULLIVAN	RESULTADO	RANGO
GLUCOSA BASAL	75.6 mg/dl	< 100 mg/dl
GLUCOSA (50G DE GLUCOSA)	120 mg/dl	< 140 mg/dl

7.1.5 TABLA 5: RESULTADO DE CRISTALOGRAFÍA Y EXÁMENES

CRISTALOGRAFÍA	NEGATIVO
BIOMETRÍA HEMÁTICA	12/01/2015

Recuento Leucocitario (WBC) x 10³	10.40
Recuento de glóbulos rojos	4.61
Hemoglobina (HGB) g/dl	12.6
Hematocrito (HCT) %	38.0
Volumen corp. medio (MCV)	82
Hemoglobina Cospus Media (MCH)	27.3
Concen HB Corp. media (MCHC)	33.2
Recuento Plaquetas x 10³	262
Neutrófilos %	61.2
Linfocitos %	33.5
Monocitos %	4.2
Eosinófilos %	1.1
Basófilos %	0.0

QUÍMICA SANGUÍNEA	12/01/2016
Glucosa	78.70
Creatinina	0.5
Ácido úrico	4.0

BILIRRUBINAS	12/01/2016
BILIRRUBINA TOTAL	0.30
BILIRRUBINA DIRECTA	0.15
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.15

ALT / AST	12/01/2016
ALT	16
AST	15

PROTEÍNAS EN ORINA	12/01/2016
PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 H	332.01mg/24 horas

EMO	12/01/2016
Color	Amarillo
Aspecto	Claro
Densidad	1.006
PH	8.0
Glucosa en orina	Negativo
Cetonas	Negativo
Bilirrubinas	Negativo
Leucocitos en orina	Negativo
Nitritos	Negativo
Hemoglobina	Negativo
Proteínas	Negativo
Urobilinógeno	Negativo
Piocitos	2.1
Hematíes	0.9
Bacterias	356.8
Células epiteliales	4.7

CITOMEGALOVIRUS	RESULTADO	RANGO
Citomegalovirus IGG	44.65	< 250: NEG, >250 POS
Citomegalovirus IGM	0.449	<0.400: NEG 0.400-0.499: Z. GRIS > = 0.500 : POS

7.1.6 TABLA 6: EXÁMENES DE CONTROL

BIOMETRÍA HEMÁTICA	13/01/2015
Recuento Leucocitario (WBC) x 10³	9.10
Recuento de glóbulos rojos	4.37
Hemoglobina (HGB) g/dl	11.6
Hematocrito (HCT) %	35.9
Volumen corp. medio (MCV)	82
Hemoglobina Cospus Media (MCH)	26.6
Concen HB Corp. media (MCHC)	32.4
Recuento Plaquetas x 10³	263
Neutrófilos %	58.9
Linfocitos %	34.9
Monocitos %	5.3
Eosinófilos %	0.8
Basófilos %	0.1

PCR	NEGATIVO
------------	-----------------

TIPIFICACIÓN SANGUÍNEA	13/11/2015
GRUPO ABO	“O”
FACTOR RH	POSITIVO

QUÍMICA SANGUÍNEA	13/01/2016
Glucosa	105.70
Urea	22
Creatinina	0.5

Ácido úrico	3.6
-------------	-----

EMO	13/01/2016
Color	Amarillo
Aspecto	Turbio
Densidad	1.032
PH	5.5
Glucosa en orina	500
Cetonas	Negativo
Bilirrubinas	Negativo
Leucocitos en orina	Negativo
Nitritos	Negativo
Hemoglobina	Negativo
Proteínas	20
Urobilinógeno	2
Piocitos	5.3
Hematíes	1.0
Bacterias	206.2
Células epiteliales	5.0

7.1.7 TABLA 7: EXÁMENES DE CONTROL

BIOMETRÍA HEMÁTICA	14/01/2016
Recuento Leucocitario (WBC) x 10³	11.30
Recuento de glóbulos rojos	3.47
Hemoglobina (HGB) g/dl	9.4
Hematocrito (HCT) %	28.7
Volumen corp. medio (MCV)	83

Hemoglobina Cospus Media (MCH)	27
Concen HB Corp. media (MCHC)	32.8
Recuento Plaquetas x 10³	240
Neutrófilos %	61.8
Linfocitos %	31.7
Monocitos %	5.6
Eosinófilos %	0.9
Basófilos %	0.0

HCG BETA CORIÓNICA	14/01/2015
HCG CORIÓNICA	3815

7.1.8 TABLA 8: EXÁMENES DE CONTROL

HCG BETA CORIÓNICA	16/01/2016
HCG CORIÓNICA	2520

7.1.9 TABLA 9: EXÁMENES DE CONTROL

HCG BETA CORIÓNICA	20/01/2016
HCG CORIÓNICA	0.68

7.1.10 TABLA 10: CLASIFICACIÓN DE HAMMOND

Enfermedad metastásica de pronóstico favorable.	Enfermedad metastásica de pronóstico desfavorable.
Último embarazo hace menos de 4 meses	Último embarazo hace más de 4 meses.
HCG < 40 000 UI/L o < 100 000 UI en orina de 24 h antes del tratamiento.	HCG > 40 000 UI/L o > 100 000 UI en orina de 24 h antes del tratamiento
Sin metástasis en cerebro o hígado	Metástasis en cerebro o hígado.
Sin quimioterapia previa significativa.	Quimioterapia previa no satisfactoria.
	Neoplasia trofoblástica gestacional tras embarazo a término.

TOMADO DE: Guía de práctica clínica de OSECAC – Enf. Trofoblástica gestacional. 2014

7.1.11 TABLA 11: CLASIFICACIÓN DE LA OMS – FIGO

Factores de pronóstico	Puntuación			
	0	1	2	4
Edad	< 40 años	> 40 o más		
Embarazo previo	Mola hidatiforme	Aborto	Término	
Meses de último embarazo	< 4	4 – 6	7 – 12	> 12
HCG (UI/L)	< 103	103 – 104	104 - 105	> 105
Tumor más grande (cm)	3 – 4	> 5		
Zona de metástasis		Bazo, riñón	Digestiva	Hígado, SNC
Número de metástasis	0	1 – 4	4 – 8	> 8
Quimioterapia previa			1 droga	> 2 drogas

TOMADO DE: Guía de práctica clínica de OSECAC – Enf. Trofoblástica gestacional. 2014