

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA  
SALUD**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



**TESIS**

**EMBARAZO MOLAR**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

BEDOLLA ESCOBEDO TERESITA MONSERRAT

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARIA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

**MORELIA, MICHOACAN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA  
SALUD**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



**TESIS**

**EMBARAZO MOLAR**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

BEDOLLA ESCOBEDO TERESITA MONSERRAT

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARIA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

**MORELIA, MICHOACAN**

# **EMBARAZO MOLAR**

## DEDICATORIA

En primer plano esta mi madre, ese ser humano que es significativo para cualquier persona, ya que es quien nos impulsa a vivir desde el momento de la concepción. Es el motor que inyecta esas ganas de superarse, de esforzarse para lograr ser alguien en la vida. Me ha demostrado incansablemente que si se puede, me demuestra que no hay limitantes para el aprendizaje y que la inteligencia no se empaña con la edad.

A todas aquellas personas que pusieron su granito de confianza en mí para lograr lo que hasta hoy es un verdadero reto, y que no me dejaron caer en momentos difíciles.

## AGRADECIMIENTO

A mis hermanos por su apoyo y tolerancia para conmigo, a mi mama por esas noches de desvela conmigo, por su confianza en mí y que al final del camino no la defraude, juntos llegaremos a la realización de cada uno de nuestros propósitos.

Gracias por la familia que está conmigo, no seremos la única familia pero si los mejores de nuestro entorno.

A mis amigas del colegio por sus regaños así como el enseñarme a no desistir ante las adversidades y que se puede ser mejor cuando te lo propones, a mis maestros por compartir sus conocimientos y experiencias conmigo.

A todas esas personas que estuvieron presentes en cada momento difícil y me dieron alientos para sobresalir, no me queda más que decirles:

GRACIAS

# ÍNDICE

CAPÍTULO I -----	
Antecedentes del problema -----	
Planteamiento del problema -----	
Pregunta de investigación -----	
Objetivos -----	
Justificación-----	
Hipótesis-----	
Variables -----	
CAPÍTULO II-----	7
<b>2. Embarazo fisiológico</b> -----	<b>24</b>
2.1 Signos presuntivos -----	25
2.1.1 Signos de certeza-----	25
2.2 Inicio y duración-----	26
2.3 Etapas del desarrollo -----	26
2.4 Cambios fisiológicos, psicológicos y endocrinos-----	27
2.4.1 Tamaño abdominal -----	27

2.4.2 Contracciones de Braxton Hicks-----	28
2.5 Actividad cardiaca fetal-----	29
2.6 Alimentación en el embarazo-----	30
2.6.1 Aumento aproximado de peso-----	31
2.7 Actividad física-----	31
3.8 Actividad sexual-----	32
3.9 Etapas del trabajo de parto-----	33
2.10 <b>Placenta humana</b> -----	35
2.10.1 Desarrollo de la placenta-----	35
2.10.2 Decidua-----	37

### CAPÍTULO III

3. <b>Mola hidatiforme</b> -----	8
3.1 Que es un embarazo molar-----	8
3.2 Evolución-----	9
3.3 Fisiopatología-----	10
3.4 Frecuencia-----	11
3.5 Factores de riesgo-----	11
3.6 Variedad de presentación-----	12



3.7 Clasificación -----	14
3.8 Por que se produce -----	14
3.9 Signos y síntomas-----	14
3.10 Diagnóstico-----	15
3.11 Diagnóstico diferencial-----	16
3.12 Tratamiento -----	18
3.13 complicaciones -----	20
3.14 Se puede prevenir -----	21
3.15 Salud después del embarazo molar -----	22
CAPÍTULO IV -----	40
4.1 Metodología-----	
4.2 Tipo de estudio-----	
4.3 Universo -----	
4.3.1 Muestra-----	
4.4 Confiabilidad y validez-----	
4.5 Técnicas utilizadas -----	

CAPÍTULO V -----	44
Resultados de encuestas-----	45
CAPÍTULO VI -----	74
Conclusiones -----	75
CAPÍTULO VII-----	76
Anexos-----	77
Bibliografías-----	84
Referencias bibliográficas -----	85

## ANTECEDENTES

Es de suma importancia recordar que a lo largo de la evolución de la medicina la parte ginecológica ha ganado un gran campo de estudio. Tanto es así que se ha investigado uno de los grandes acontecimientos sucedidos en la concepción de un nuevo ser.

Hablamos de una de tantas alteraciones de la placenta que deforman su función, convirtiéndose en una masa poliquística, debido a un crecimiento anormal, aún se desconoce la causa de su patología, pero existen ya estudios para detectarlo a tiempo y salvaguardar la vida de la madre.

Con el objetivo de que la mujer sexualmente productiva logre procrear un ser dentro de su vientre, se conoce que 1 de 1,500 embarazos es molar y que la probabilidad de repetición de dicha alteración placentaria es del 1.5%.

Así pues, queda claro que los avances en cuestión de esta patología están a la vanguardia, latentes para lograr un mejor atención y nivel de vida, ayudando a la mujer fértil a reproducirse satisfactoriamente, a tal grado de diagnosticar a tiempo cualquier anomalía en las primeras 10 semanas de gestación que son de suma importancia y que dictaminará alguna malformación en el embarazo.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo molar, es una patología que ha causado curiosidad a lo largo de la historia y desde la época de los griegos. Fue descrita como una forma anormal del embarazo, al observar la salida de vesículas y sangre como producto de la gestación, en lugar del feto.

El nombre de hidatiforme, se debe a la semejanza de las vesículas con las gotas de agua, cuyo nombre griego es hidátide (Ober and Fass 1961).

La enfermedad se caracteriza por vellosidades coriónicas edematizadas y vesiculosas, acompañadas por una cantidad variable de tejido trofoblástico proliferativo.

“Enfermedad trofoblástica gestacional” es denominación general para una variedad de anomalías proliferativas del trofoblasto. La mola hidatiforme representa usualmente una forma benigna de la enfermedad en tanto que el coriocarcinoma es muy maligno. Se derivan de la capa más externa del huevo y no se sabe si ya desde su diferenciación es patológico o son solamente productos de la degeneración de un trofoblasto sano

Estas neoplasias se originan en elementos trofoblásticos del blastocisto en desarrollo y conservan ciertas características de la placenta normal, como tendencia invasora y capacidad de síntesis de la hormona polipeptídica gonadotrofina coriónica humana (HCG).

La enfermedad casi siempre se vincula con algún suceso gestacional y difiere específicamente del coriocarcinoma que se encuentra en tumores de células germinativas del ovario o el testículo. Aunque no está claro el tratamiento preciso, hay inactivación o desaparición del material cromosómico del óvulo, con penetración subsecuente de éste por un espermatozoide diploide o dos espermatozoides. Las gestaciones molares verdaderas o completas suelen ser euploides, de origen paterno y entrañan un riesgo de malignidad latente.

Las gestaciones molares transicionales suelen ser trisómicas. Las molas parciales son triploides, de origen materno y paterno.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un embarazo molar es una experiencia aterradora. La mujer no sólo pierde el embarazo (producto) sino que además tiene el riesgo latente de desarrollar cáncer en el útero. Para protegerla debe extirparse todo el tejido molar del útero, mediante un procedimiento de dilatación y legrado con anestesia general. Ocasionalmente, cuando la mola es extensa y la mujer ha decidido no tener embarazos en el futuro, se puede realizar una histerectomía.

Las mujeres que han tenido un embarazo molar deben esperar seis meses a un año para tener un nuevo embarazo, ya que de lo contrario se dificultaría o sería un nuevo fracaso dentro de su vida reproductiva.

La pregunta surge como una inquietud de conocer que sucede dentro del cuerpo de la mujer al presentar un embarazo molar, y si es posible concebir posteriormente de un embarazo de este tipo.

De ahí que surge la pregunta a discernir:

**¿Después de desarrollar un primer embarazo molar simple en mujeres en edad reproductiva captadas en el H.N.S.S. se corre el riesgo de presentar un subsiguiente embarazo con la misma patología?**

## 2. EMBARAZO FISIOLÓGICO

El embarazo es un proceso fisiológico durante el cual se forma y desarrolla un ser humano. Se inicia con la unión del óvulo con el espermatozoide (fecundación) y termina con la expulsión de la placenta (alumbramiento) luego de la salida del bebé durante el expulsivo.

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está adosado al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón de mucosidad densa durante el embarazo para dificultar el ingreso de microorganismos que provoquen infección intrauterina. Este tapón será expulsado durante el inicio del trabajo de parto.

Mientras permanece dentro, el cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está anclada a la pared interna del útero y está unida al feto por el cordón umbilical.

El embarazo dura cuarenta semanas (nueve meses calendarios o diez meses lunares) pero de acuerdo a su desarrollo, el embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto.

Durante el primer trimestre el riesgo de aborto es mayor (muerte natural del embrión o feto). Esto tiene mayor incidencia en embarazos conseguidos mediante fecundación in vitro, ya que el embrión implantado podría dejar de desarrollarse por fallos en los cromosomas heredados de los gametos de sus progenitores.

Durante el segundo trimestre el desarrollo del feto puede empezar a ser monitorizado o diagnosticado.

El tercer trimestre marca el principio de la viabilidad —aproximadamente después de la semana veinticinco — que quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un parto prematuro, parto normal o cesárea.

## **2.1 Signos presuntivos del embarazo**

Tal vez el primer signo presuntivo del embarazo sea la amenorrea o ausencia del período menstrual. Debido a que puede ocurrir amenorrea por causas distintas a un embarazo, no siempre es tomada en cuenta, especialmente si la mujer no tiene ciclos regulares. Sin embargo, pueden presentarse varios signos más que, junto a la amenorrea sugieren un embarazo, como son: la hipersensibilidad en los pezones, mareos, vómitos matutinos, somnolencia, alteración en la percepción de olores, y deseos intensos de ciertos tipos de alimentos (antojos).

Durante el embarazo la mujer debe evitar en lo posible todo tipo de medicamentos (no tomar nada sin prescripción médica). Las radiaciones e infecciones pueden provocar que se adelante el parto, malformaciones en el bebé e inclusive abortos espontáneos.

Hay necesidad de recibir suplementos de calcio, fierro y ácido fólico para que el embarazo se desarrolle normalmente y prevenir malformaciones en el bebé. Es también muy importante que la gestante participe de algún programa de psicoprofilaxis para que pueda estar mejor preparada para el parto.

### **2.1.1 Signos de certeza de un embarazo**

Los signos positivos de certeza de un embarazo consisten en poder demostrar sin error la presencia de estructuras embrionarias mediante ultrasonido y otras imágenes radiológicas.

### **2.2 Etapas del desarrollo intrauterino**

El embarazo se suele dividir en trimestres (considerando meses calendarios) y durante estos períodos el ser humano va tomando diferentes denominaciones:

- Al momento de la concepción se le denomina *concebido, huevo o cigoto*.
- Durante las primeras ocho semanas (período en que se forman los órganos) se denomina *embrión*.
- A partir de la novena semana del embarazo y hasta el momento del parto se denomina *feto*.

Sin embargo, todas estas etapas del desarrollo intrauterino son continuas y planificadas. Se da estas denominaciones simplemente para facilitar identificar ciertas características propias que se va adquiriendo, de manera análoga a como después del parto se va dando diferentes denominaciones:



- Recién nacido y neonato (hasta los 28 días de vida)
- Lactante o infante (hasta el año de edad)
- Pre escolar (hasta los 3 o 4 años)
- Escolar, cuando inicia el colegio (5 o 6 años)
- Niño, hasta los 14 años 11 meses 29 días
- Adolescente, adulto joven, adulto mayor, anciano, etc.

Queda claro que aunque se den diferentes denominaciones, se trata de la misma persona, del mismo *ser humano* único e irrepetible, desde la concepción hasta la muerte.

### **2.3 Cambios fisiológicos, psicológicos y endocrinológicos durante el embarazo**

El embarazo es un estado fisiológico, no una enfermedad, en el que se dan una serie de cambios en la mujer, tanto en lo orgánico, como en lo hormonal y psicológico.

Así, durante el embarazo el embarazo, de manera análoga como va creciendo el útero y el abdomen, también habrá un incremento y dilución de la sangre de la mujer (se incrementa el volumen sanguíneo a expensas de la cantidad de agua que contiene, preparándola para el momento del parto). De otro lado, la mujer experimentará una serie de cambios hormonales.

Después de la semana diecisiete de gestación, se perciben leves contracciones uterinas denominadas de Braxton Hicks, endureciéndose por momentos con la finalidad de facilitar un mejor flujo sanguíneo hacia la placenta, el endometrio y el feto. Estas contracciones se caracterizan porque abarcan todo el útero, comenzando en la parte superior y extendiéndose gradualmente hacia abajo y tienden a ayudar a que el útero crezca: Se diferencian de las contracciones de parto porque suelen ser sin dolor e irregulares.

### **2.3.1 Tamaño abdominal**

Por lo general, hacia las doce semanas de la gestación se hace posible palpar el útero por encima de la sínfisis púbica o monte de venus. Desde ese momento, el útero continúa aumentando gradualmente hasta el final del embarazo.

### **2.3.2 Contracciones Braxton Hicks**

Las contracciones Braxton Hicks son contracciones uterinas esporádicas que comienzan alrededor de la sexta semana del embarazo, aunque la mujer no las perciba. Probablemente la mujer embarazada no las note hasta después de la mitad del embarazo. A medida que avanza el embarazo, las contracciones de Braxton Hicks tienden a aparecer más seguidas, pero hasta que la mujer no se encuentra en las últimas semanas, suelen ser poco frecuentes, irregulares y generalmente sin dolor. Sin embargo, a veces es difícil distinguir las contracciones Braxton Hicks de las primeras señales que indican un parto prematuro.

Si se detectan antes de la semana treinta y siete y su frecuencia es de cuatro o más contracciones en una hora, o cualquier otro signo de parto prematuro, es necesario acudir al hospital.

Cuando falten un par de semanas para la fecha de parto, estas contracciones pueden volverse más intensas y frecuentes y causarle algunas molestias. A diferencia de las primeras contracciones Braxton Hicks indoloras y esporádicas, que no producen ningún cambio notorio en el cuello del útero, estas contracciones pueden hacerlo madurar, ablandarlo y afinarlo gradualmente y hasta quizás comenzar a provocar algo de dilatación. Este periodo se denomina parto.

## **2.4 Actividad cardíaca fetal**

La identificación de pulsaciones cardíacas fetales separadas y distintas de las de la madre asegura el diagnóstico del embarazo. Se puede auscultar la actividad cardíaca fetal con un estetoscopio o un fetoscopio especial o con una ecografía Doppler. El latido cardíaco fetal es rápido —entre 120 y 160 latidos por minuto —y puede ser identificado con exactitud a partir de la semana diecinueve y veinte.

### **2.4.1 Rastreo ecográfico**

En cualquier momento del embarazo, en especial en presencia de un feto maduro en la segunda mitad del embarazo, es posible demostrar por ecografía transabdominal bidimensional o tridimensional tanto sus partes anatómicas como el saco vitelino.

### **2.4.2 Factores de riesgo**

Diversos factores aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo:

- Edad menor a catorce años o mayor a treinta y cinco años.
- Enfermedades anteriores o durante el embarazo: anemia, alcoholismo, diversas cardiopatías, diabetes, hipertensión, obesidad, diversas enfermedades infecciosas, afecciones renales o trastornos mentales.
- Embarazos múltiples.
- Problemas en un embarazo previo.
- Hijos anteriores con alguna malformación.
- Peso corporal menor de 45 kg o mayor a 90 kg (varía de acuerdo a la talla)
- Talla menor a 140 centímetros.

## 2.5 Cuidados y alimentación durante el embarazo

La alimentación durante el embarazo debe ser balanceada y en mayor cantidad (pues la madre necesita alimentarse por ella y por su hijo). Hay a su vez un incremento en los requerimientos de tres cosas:

- Calcio (para la formación de los huesos del bebé y la producción de la leche materna). Si la mujer no lo ingiere en cantidades suficientes, se descalcificará y más adelante tendrá más probabilidad de sufrir de osteoporosis (descalcificación de sus huesos).
- Hierro (para la producción de la hemoglobina).
- Ácido Fólico, que es una forma de vitamina B que se ha visto que cuando hay deficiencia de este elemento los bebés pueden tener severas malformaciones del sistema nervioso (especialmente lo que se conoce como espina bífida y mielomeningocele).

Durante el embarazo se han de tratar de evitar, en lo posible, todos los medicamentos, y de ser necesario, consultar con un médico (existen muchos productos que pueden producir malformaciones o perjudicar el desarrollo del bebé en formación).

Otras cosas que debe evitar la gestante (mujer embarazada) son el tabaco (perjudica el crecimiento del bebé, además de producir hipoxia), el alcohol en exceso (pasan al bebé quien sufrirá las consecuencias de una ingesta inadecuada de alcohol, en pequeña cantidad tiene un efecto relajante sobre el músculo uterino). Así mismo los rayos X y otras radiaciones pueden producir malformaciones en los bebés por lo que la gestante debe evitar exponerse a ellos.

### 2.5.1 Incremento aproximado de peso que debe ganar la mujer embarazada

Esta tabla fue elaborada a los previos conocimientos sobre la materia por el redactor

Peso de la paciente al inicio del embarazo	Peso de la paciente al final del embarazo
Paciente delgada, baja del peso ideal	15 hasta 18 Kg
Paciente con peso ideal	12 Kg
Paciente con sobre peso u obesidad	9 Kg

### 2.6 Actividad física y preparación para el parto

En un embarazo normal, la mujer podrá desarrollar sus actividades físicas sin mayor variación durante los primeros 4 meses del embarazo (cuando existe amenaza de aborto si tendrá que observar a veces hasta reposo absoluto, según las indicaciones médicas).

En las primigestas (primer embarazo) el crecimiento del abdomen no se hace evidente hasta el quinto mes de embarazo, en tanto que en las multigestas (dos o más embarazos) ya se hace evidente desde el cuarto mes.

Cuando se controla el embarazo y todo va dentro de lo esperado, hacia el sexto mes se recomienda que la mujer ingrese a un programa de psicoprofilaxis.

Allí se le explicará cómo será el parto, cómo comportarse en cada uno de los momentos y se le enseñarán ejercicios (los esposos pueden ayudar) que la prepararán para el parto.

## **2.7 Actividad Sexual en el Embarazo y lactancia**

Durante las primeras doce semanas del embarazo, en la medida que no existan factores de riesgo (los que son identificados por el médico durante las consultas de control), la actividad sexual puede desarrollarse de manera normal. Durante este tiempo el útero está protegido dentro de la pelvis, por detrás del pubis.

A partir de entonces, cuarto al sexto mes, se puede tener actividad sexual, en la medida que no exista una contraindicación médica, pero se deberá tener cuidado de que el hombre no presione el útero de la mujer. Para ello se podrá optar por una posición con la mujer encima del hombre, tendida o sentada sobre él.

En el líquido seminal hay presencia de unas sustancias conocidas como *prostaglandinas* que originan contracciones del útero. Por ello se recomienda suprimir las relaciones sexuales a partir del séptimo mes para que no se adelante el parto.

Sin embargo, en algunas ocasiones se puede emplear las relaciones sexuales como una manera de inducir el parto. Se debe recordar que a partir de las treinta y ocho semanas del embarazo (ocho meses y una semana) ya se considera que el embarazo está a término y ya no hay problema de que nazca el bebé en cualquier momento.

Luego del parto la mujer necesita un período para recuperarse de todos los cambios sufridos durante el embarazo, esto toma un promedio de cuarenta y cinco días (período que se denomina *puerperio*), y durante éste tiempo no se deberán tener relaciones sexuales. Luego del puerperio ya se puede reiniciar la actividad sexual sin ninguna restricción.

## **2.8 El trabajo de parto consta de tres etapas bien diferenciadas, pero continuas:**

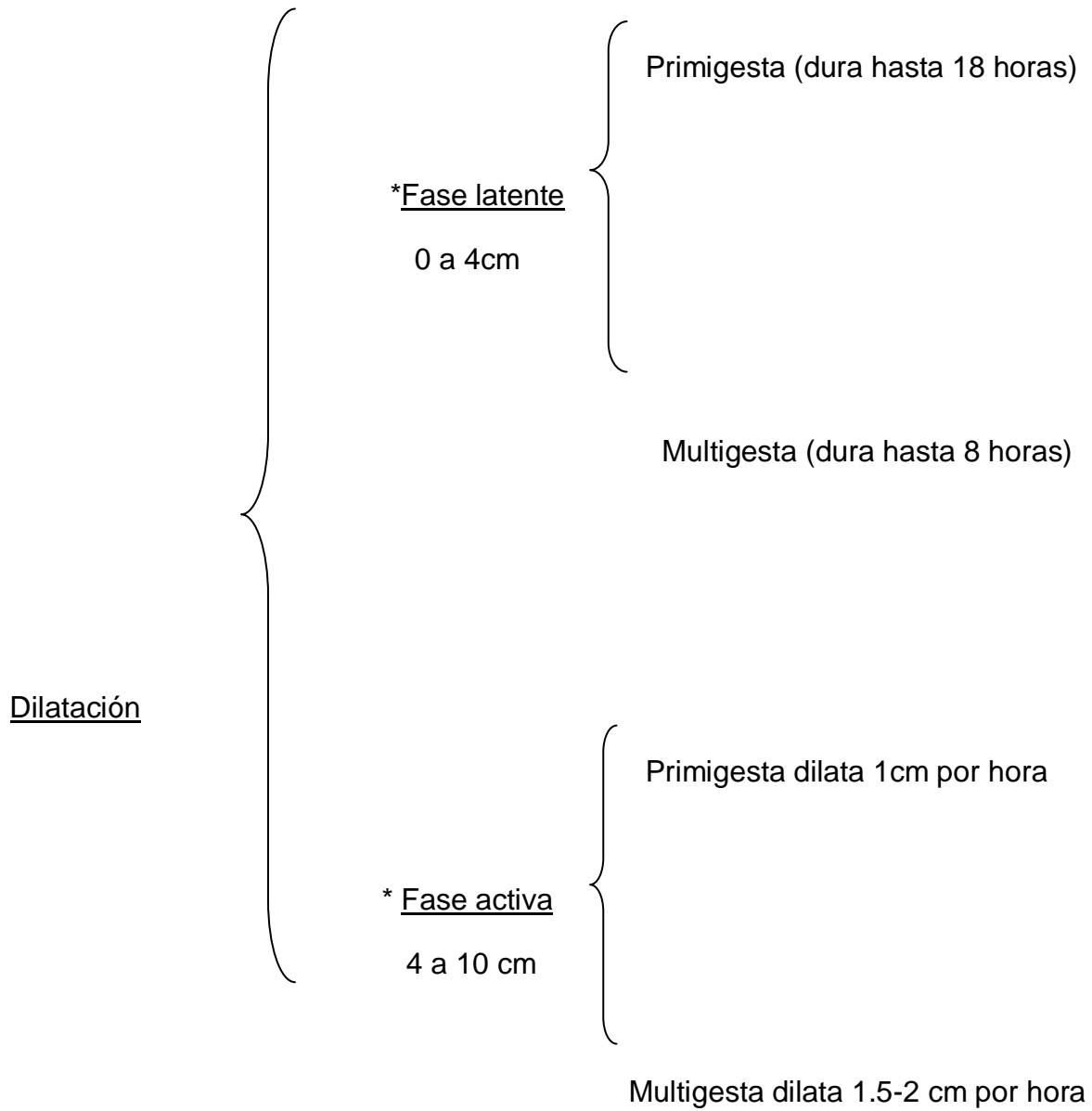
- *Dilatación:*

Que se inicia cuando la mujer empieza a tener contracciones rítmicas seguidas (más o menos tres en diez minutos). Durante este tiempo el útero se va abriendo hasta permitir que pueda salir la cabeza del bebé.

- *Expulsivo:*

Caracterizado por que la mujer siente unas ganas incontrolables de pujar (le vienen contracciones muy intensas, sostenidas y seguidas). Coincide con el momento en que el útero se ha dilatado lo suficiente como para que pueda salir el bebé (dilatación completa). Muchas veces durante este período, otras en el período previo, se rompen las membranas que envuelven al bebé y sale el líquido amniótico. Esta etapa puede durar entre veinte minutos a una hora (al igual que en el caso anterior, en las multíparas, mujeres que ya tuvieron partos previos, dura menos que en la primípara). Este período termina con la salida del bebé.

## Etapas del trabajo de parto





- *Alumbramiento:*

Aproximadamente unos veinte a treinta minutos después de la salida del bebé, la mujer experimenta unas nuevas contracciones más suaves que hacen que se expulse la placenta, con lo cual recién termina el parto y comienza el puerperio y período intergenésico recomendados.

Luego del parto empieza una etapa de puerperio que durará unos cuarenta y cinco días, tiempo en el cual la mujer se recuperará de todos los cambios fisiológicos del embarazo. Las primeras dos horas, que se conocen como *puerperio inmediato* son muy importantes. Cuando el alumbramiento no es completo (quedan restos de la placenta en el útero) o por alguna razón no se contrae bien el útero, pueden haber sangrados muy severos que requieren de un urgente e inmediato manejo médico especializado.

Cuando el parto ha sido vaginal, a las veinticuatro horas (multigestas) o cuarenta y ocho horas (primigestas) ya podrán ir a casas las puérperas y reiniciar una actividad física leve (actividades menores del hogar).

Si el parto fue por cesárea, deberán permanecer unas setenta y dos horas hospitalizadas y durante la primera semana estarán bastante limitadas en su actividad física.

Sí el parto fue normal (vaginal), la mujer podrá embarazarse rápidamente (lo recomendable es que descansa unos 6 meses (período de lactancia materna exclusiva), pero sí fue por cesárea, no debiera quedar embarazada antes de los dos años.

Sí se produce un nuevo embarazo antes de este tiempo, muy probablemente tendrá que terminar nuevamente en cesárea, en tanto que si pasan dos años, y el factor que condicionó la cesárea previa ya no está presente (por ejemplo bebé en posición inadecuada), podría tener un parto vaginal.

## **2.9 La placenta humana**

La placenta es un órgano altamente especializado, constituido por tejido materno y fetal, que tiene un sinnúmero de interacciones complejas de tipo bioquímico y biofísico, con el feto.

De la placenta depende la nutrición, la respiración y excreción fetal. Comparte con el feto funciones encaminadas a la elaboración de esteroides y otras funciones metabólicas constituyendo así, la unidad fetoplacentaria. Influyen en el desarrollo del feto y en su adaptación a su vida extrauterina, repercutiendo negativamente cuando se altera en cualquiera de sus funciones.

### **2.9.1 Desarrollo de la placenta**

El huevo se implanta en la cavidad uterina entre los días seis y siete de la fecundación, cuando es una mórula constituida por 16 células. El octavo día está incluido en el estroma endometrial y ya se está formando el macizo celular constituido por una capa interna de células grandes, claras, mononucleadas denominadas citotrofoblasto, es una zona externa multinucleada sin límites celulares que es el sinciotrofoblasto.

En el noveno día del desarrollo, el blastocisto se ha introducido profundamente en el endometrio quedando totalmente incluido en el mismo. En el sincicio aparecen vacuolas intracitoplasmáticas que al fusionarse forman una extensa laguna (periodo lacunar). El estroma endometrial se congestiona y sus células son ricas en glucógeno.

Los días once y doce el sincicio adquiere un aspecto trabeculares en el polo embrionario y los espacios lacunares forman una red intercomunicada, al contrario de lo que sucede en el polo vegetativo, en los que hay pocos espacios lacunares. Los capilares maternos forman sinusoides que proceden de anastomosis entre las arterias espirales y venas endometriales.

Estos sinusoides son erosionados por las células sinciciales permitiendo la llegada de sangre materna al sistema lacunar.

Mientras tanto las células endometriales se han tornado poliédricas y el estroma aparece edematoso, a esta transformación se le denomina reacción decidual.

Entre los días diez y trece, aparecen una serie de lagunas dentro de la masa celular trofoblástica, que rápidamente forma el espacio intervelloso. A partir del día catorce, de la base coriónica parten células que originan columnas trabeculares que son invadidas por células mesenquimatosas, de las que se forman los troncos vellosos primarios que parten hacia el espacio intervelloso y la unión decidual, para formar las vellosidades secundarias.

Entre los días dieciséis y diecisiete se establece una circulación placentaria que se completa cuando los vasos del embrión se unen a los vasos coriónicos.

Es a partir de la cuarta semana de vida en que las vellosidades están presentes en toda la superficie del saco coriónico. Durante el tercer mes de la gestación, la decidua proyecta dentro de los espacios intervellosos, tabiques que dividen la superficie materna de la placenta en los dieciocho a veinte lóbulos denominados cotiledones.

Hacia el final del cuarto mes, la placenta alcanza su forma definitiva y aunque continua creciendo hasta el final de la gestación ya no sufre más cambios, quedando finalmente constituida por una porción fetal formada por el corion frondoso y una porción materna formada por la decidua basal. En el lado fetal de la placenta es circundada por la placa coriónica y en lado materno por la decidua basal.

### **2.9.2 Decidua**

Es el endometrio del útero grávido. Se inicia con la reacción decidual provocada por la progesterona y se manifiesta por un agrandamiento de las células del estroma endometrial, transformación de éstas en células poligonales con núcleos vesiculares y citoplasma claro. Durante el embarazo aumentan progresivamente de espesor denominándose decidua basal, la que queda debajo del sitio de implantación y parietal la que reviste el resto del útero.

#### *Sincitiotroblasto:*

Capa epitelial que no posee en ningún sitio límites celulares. Estas placas epiteliales pueden desempeñar funciones neumoides por la cercanía que existe entre la sangre materna y la sangre fetal.

#### *Citotroblasto:*

Constituye la segunda capa de la superficie coriónica también se denomina capa de células de Langhans, perduran hasta el final del parto.

### *Estructura de sostén de la placenta:*

Está constituida por dos sistemas de sostén; uno para vencer la presión de la pared uterina y otro para vencer la presión del amnios. El sistema vascular sanguíneo que proporciona un manguito fibroso que llega hasta muy cerca de la ramificación sinusoidal, una trama de colágena que se despliega desde la lámina coriónica y el tronco de las vellosidades y los tabiques deciduales.

### *Morfología y circulación placentaria:*

La placenta humana normal y a término es un órgano discoidal de unos quince a veinte centímetros de diámetro y de 1.5 a dos centímetros de espesor. Pesa en promedio 500 gramos sin membranas. Su tamaño depende de la duración del embarazo, del peso del feto, de la talla y peso materno, así como enfermedades específicas como isoimmunización materno-fetal, toxemia, diabetes, nefropatías, etc.

Se distingue entre ella una cara fetal y una materna, la cara fetal está revestida del amnios, a través del cual se reconocen los vasos de la lámina corial. Tiene un color azul acerado. En la placenta a término por debajo de las membranas se aprecia un anillo fibroso en su borde y vasos esclerosados que forman una trama en zigzag blanquecina (teselación). Superficie materna: consiste en quince a veinte lóbulos o cotiledones.

### *Superficie materna:*

Consiste en quince a veinte cotiledones separados por tabiques que proceden de la decidua basal y que llegan hasta el espacio intervelloso. De aspecto granular, con perforaciones vasculares pequeñas y otras mayores de hasta dos centímetros de diámetro cada cotiledón, corresponden a los vasos maternos desgarrados durante el desprendimiento placentario. Está cubierta por una capa de decidua y fibrina que se separa con la placenta durante el parto. En el sitio de las vellosidades se aprecian una lámina fina fibrinoide que las recubren y corresponde a la capa de Nitabuch.

### *Cordón umbilical:*

Mide de treinta a sesenta centímetros de longitud. Se inserta en la cara fetal de la placenta de manera central, su diámetro es de uno a 1.5 centímetros, tiene color blanquecino mate, generalmente retorcido en espiral con pliegues en forma de nódulos.

Posee dos arterias y una vena de gran calibre que se aprecian por transparencia, de color azul oscuro, posee una muscular propia y se hallan incluidas en tejido mesenquimatoso conocido como gelatina de Wharton. Entre las dos arterias existe una anastomosis muy cerca de la superficie placentaria; la cubierta externa que le proporciona el amnios es poco elástica, delgada y rígida facilitando la circulación sanguínea.

### *Función placentaria:*

La placenta humana posee funciones metabólicas de síntesis hormonal de termorregulación, mantiene una zona inmunológicamente inerte entre la madre y el feto, comparte funciones de esteroidogénesis con el feto construyendo una unidad fetoplacentaria.

### *Producción hormonal:*

Gonadotropina coriónica. Esta hormona ha sido detectada alrededor del día siete de la gestación. Es una glicoproteína de un peso aproximado de 36,000 daltones; sus propiedades inmunológica y biológicas son similares a las de la hormona luteinizante (LH). Posee dos subunidades (alfa y beta). La subunidad alfa es idéntica a cada una de las glicoproteínas mientras que las subunidades beta difieren, de tal forma que la subunidad beta es la que proporciona la especialidad hormonal.

Después de la implantación del blastocisto la producción de HCG aumenta en forma logarítmica hasta alcanzar una meseta a las seis a ocho semanas de embarazo. Alrededor de los cuarenta a noventa días del embarazo los valores plasmáticos de HCG varían.

El método más preciso para diagnosticar el embarazo es el descubrimiento de HCG en suero o en orina. Esta hormona es capaz de inducir la ovulación de folículos previamente sensibilizados por la *hormona folículo estimulante (FSH)*, luteinizar las células foliculares, estimular el cuerpo lúteo para la producción de progesterona, estimular las células de Leydig, produciendo testosterona.

A parte del diagnóstico de embarazo y de su utilidad en el tratamiento de la insuficiencia del cuerpo lúteo la HCG es de utilidad en el pronóstico de la amenaza de aborto, en el embarazo ectópico y en el control de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional.

La HCG humana desaparece lentamente 6 a 8 semanas después de evacuado el embarazo molar. Su semidesintegración desde treinta y dos a treinta y siete horas. Después del parto a término el aclaramiento de la HCG es prácticamente inmediato.

## **CAPÍTULO III**

MARCO TEÓRICO  
EMBARAZO MOLAR



### **3. MOLA HIDATIFORME**

Es una masa o tumor poco común que se forma en el interior del útero al comienzo de un embarazo y es un tipo de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG).

Ahora, se inicia la revisión teórica después de haber abordado los antecedentes

#### **3.1 ¿Qué es un embarazo molar?**

Cuando el ultrasonido revela que un embarazo es “sin embrión” hay tristeza en la mujer y su pareja debido a que su ilusión se ve frustrada; empero, este hecho ocurre cuando la integridad del pequeño estaba en peligro y de ninguna forma significa que no se podrá tener otro hijo.

En el proceso de la reproducción humana intervienen diversos procedimientos físicos, químicos y biológicos, los cuales deben acontecer de forma correcta y exacta, ya que cualquier alteración en éstos podría dar como resultado un desarrollo anormal de la gestación o, incluso, provocar un aborto espontáneo.

El embarazo molar (anembriónico, es decir sin embrión) es un problema muy frecuente. El 9% de las pérdidas del embarazo durante el primer trimestre están asociadas a esta causa. La mola hidatiforme ocurre en 1 de cada 1,500 embarazos.

Una de estas fallas en el desarrollo fetal es el embarazo anembriónico, el cual consiste en la formación de una masa o tumor poco común que se desarrolla en el interior del útero al comienzo de un embarazo y es un tipo de enfermedad trofoblástica gestacional.

Se da por un óvulo que es fertilizado y que luego de implantarse en la cavidad uterina se desarrolla únicamente el saco gestacional pero sin desarrollarse el embrión en su interior, como consecuencias por problemas cromosómicos asociados a un óvulo o espermatozoide de baja calidad.

En palabras más simples es como si fuera un embarazo sin bebé. La placenta crece de forma anormal durante los primeros meses, resulta de la sobreproducción de tejido que se supone se transforma en la placenta, la cual normalmente le brinda alimento al feto durante el embarazo se deben a problemas durante la fecundación.

Se estima que 85% de los abortos espontáneos ocurren por ésta y puede suceder una sola vez en la vida de la mujer tanto antes como después de un embarazo y parto exitosos.

También se le conoce con el nombre de:

- Embarazo anembrionado
- Huevo anembrionado
- Enfermedad trofoblástica gestacional
- Mola hidatiforme
- Embarazo molar

### **3.2 ¿Cómo evoluciona en un principio el embarazo molar?**

El final del proceso de la unión del óvulo con el espermatozoide es la división del huevo en dos células, después en cuatro, luego en ocho, y así sucesivamente. Se calcula que al final de la primera semana hay cerca de 500 células.

Desde este momento y hasta el segundo mes del embarazo se habla de un embrión. A partir de entonces se denomina feto.

A través de cualquier enfoque resulta fascinante descubrir que algo tan preciso y complejo como el cuerpo humano se desarrolla a partir de la unión de un par de células (los gametos sexuales, óvulo y espermatozoide), y no es menos asombroso pensar en la gran cantidad de procesos especializados que tienen lugar en el interior del vientre materno a la par de que surge la vida.

Algunas veces aunque el óvulo se fertilice las divisiones no continúan sucediendo. En otras ocasiones las células continúan dividiéndose, forman la placenta, pero no se forma el embrión. Este huevo fecundado se implanta sin desarrollarse el embrión. En este caso las células continúan dividiéndose se forma el saco gestacional, se forma la placenta, pero no se forma el embrión. Este saco está vacío, no hay embrión en su interior. Por eso se le denomina *huevo ciego* o *huevo anembriónico*.

### **3.3 Fisiopatología:**

Las causas del embarazo anembrionado son generalmente las mismas que ocasionan un aborto espontáneo o el fracaso temprano del embarazo. Las causas incluyen fundamentalmente anomalías cromosómicas y anomalías embrionarias de índole genética, infecciosa o congénita que impiden el adecuado desarrollo embrionario.

En pocas palabras se supone que el embrión comienza a desarrollarse pero se detiene debido a sus alteraciones antes de que se pueda ver por ecografía; el embrión detiene su desarrollo antes de alcanzar 1mm y por lo tanto nunca lo vemos y asignamos el nombre de anembrionado.

Evolución natural del embarazo anembrionado: el producto de la concepción humana produce un huevo con dos masas celulares, una interna y una externa; una vez ocurrida la implantación la masa externa genera la placenta y los tejidos extrafetales mientras que la masa interna se va diferenciando en el embrión y los órganos que lo componen.

De existir u ocurrir algún problema embrionario su desarrollo se detiene pero es posible que los tejidos placentarios continúen desarrollándose y manteniendo la sintomatología del embarazo aun cuando no haya un embarazo como tal debido a la ausencia de un bebé.

Tarde o temprano, usualmente antes de la semana 7-10, se produce un sangrado genital o amenaza de aborto que usualmente conduce a un aborto activo debido a que la ausencia de embrión/feto impide que el tejido placentario siga desarrollándose.

### **3.4 Frecuencia:**

En embarazos clínicamente reconocidos, el aborto espontáneo ocurre con frecuencias mayores del 15%. De todos los abortos, el embarazo anembrionado quizás ocupe alrededor del 10-50% de los casos. Anteriormente este tipo de diagnóstico era difícil de hacer pero con el advenimiento de la ecografía y las pruebas de embarazo ultrasensibles gran parte de los embarazos anembrionados se diagnostican antes de que ocurra una pérdida espontánea.

### **3.5 Factores de riesgo:**

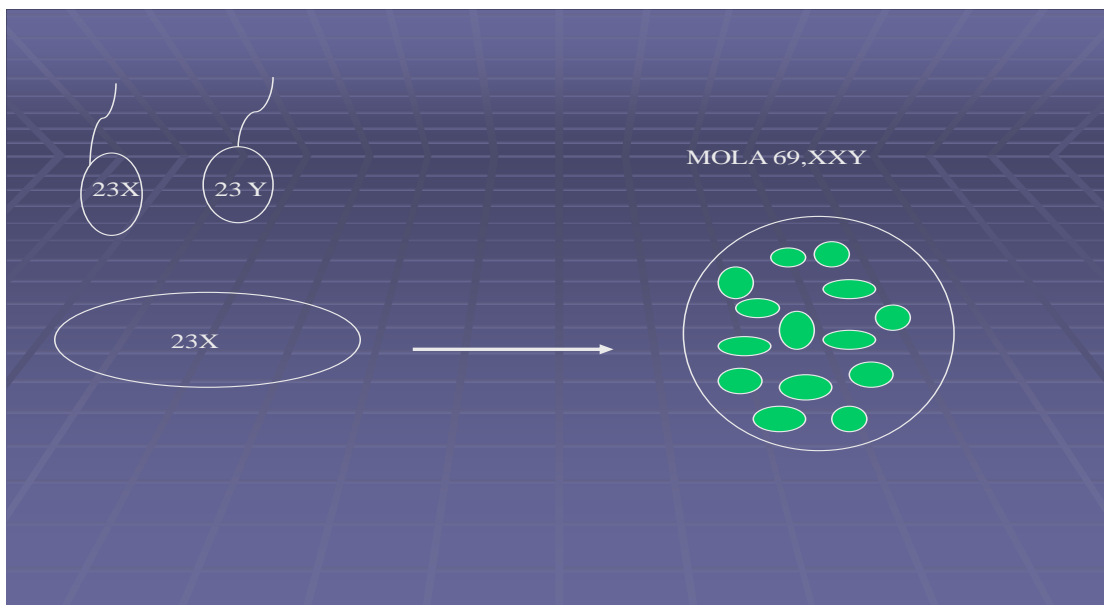
- ✓ Defectos en óvulo.
- ✓ Problemas dentro del útero.
- ✓ Dieta baja en proteína, grasa animal y vitamina A.
- ✓ Mujeres menores de dieciséis años o mayores de cuarenta.
- ✓ Embarazo molar en el pasado.
- ✓ Óvulo mal fecundado.
- ✓ Mujeres que han presentado más de dos abortos espontáneos
- ✓ En tipo de sangre "A" positivo.

### 3.6 Variedades en la presentación del embarazo molar:

#### ❖ Embarazo molar parcial o incompleta:

Se presenta en un 86% de los embarazos anembrionicos, hay una placenta anormal y algo de desarrollo fetal que es deforme, se desarrolla aunque de manera anormal. A diferencia del embarazo molar completo, los 23 cromosomas de la madre están presentes, pero existen dos grupos de cromosomas del padre (por lo que el embrión tiene 69 cromosomas en lugar de los 46 normales).

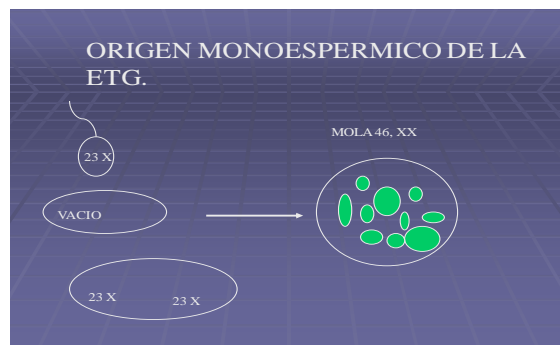
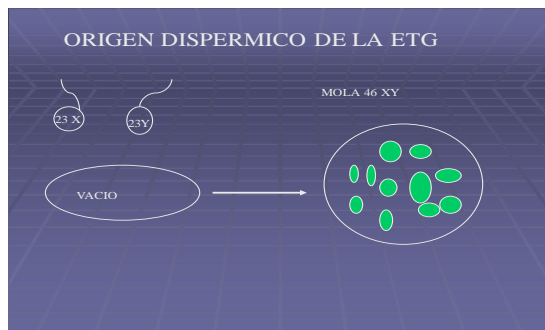
Esto puede suceder si el óvulo es fecundado por dos espermatozoides.



- **Embarazo molar completo:**

Se presenta en un 16% de los embarazos anembrónico, hay placenta anormal pero no hay ningún feto. Además, todos los cromosomas del óvulo fertilizado provienen del padre, cuando lo normal es que la mitad de los cromosomas provengan del padre y la otra mitad de la madre. Poco tiempo después de la fertilización, los cromosomas del óvulo de la madre se pierden o desactivan (por falta de maduración) y los del padre se duplican.

El embarazo molar supone un riesgo para la mujer embarazada cuando la masa penetra profundamente la pared uterina, lo que puede provocar una hemorragia importante. Ocasionalmente, la masa puede convertirse en un coriocarcinoma, una forma de cáncer poco frecuente que se relaciona con el embarazo.



### 3.7 Se clasifica en:

#### BENIGNA

- Mola Hidatiforme.
- Degeneración molar
- Degeneración hidrópica

#### MALIGNA

- No metastásica
- Mola persistente
- Mola invasora
- Coriocarcinoma
- Metastásica
- Bajo riesgo
- Alto riesgo

### 3.8 ¿Por qué se produce?

Por problemas cromosómicos asociados a un óvulo o espermatozoide de baja calidad que generan un error de información o de codificación en las células que conforman el huevo, se origina un huevo vacío. Las células que deberían formar el embrión no responden y se origina sólo la cubierta que está destinada a formar la futura placenta.

### 3.9 Signos y síntomas del embarazo molar:

- \*Náuseas y vómitos severos
- \*Sueño excesivo
- \*Dolor mamario
- \*Alta presión arterial

- \*Quistes en los ovarios.
- \***Calambres.**
- \* **Sialorrea** (aumento de la producción de saliva).
- \* **Útero más grande de lo normal** para la edad gestacional.
- \***Crecimiento excesivamente veloz** del útero.
- \***Hipertiroidismo:** frecuencia cardíaca rápida, intranquilidad, nerviosismo, intolerancia al calor, pérdida de peso inexplicable, deposiciones blandas, manos temblorosas.
- \*Incremento en los niveles de hormona gonadotrofina coriónica (HGC).
- \*Detección de falta de movimientos fetales o de latidos cardíacos.

### 3.10 ¿Cómo se diagnostica?

Dado que la mayoría de las mujeres no saben que están embarazadas, es muy frecuente que, si el aborto ocurre en las primeras semanas del embarazo, ni siquiera se haga el diagnóstico y la mujer recupera su ciclo menstrual rápidamente. En otros casos, el diagnóstico se hace porque la mujer tiene un retraso en su menstruación y como hay una placenta incipiente, la prueba de embarazo resulta positiva. Acude al médico para sus primeros controles y en algún momento entre la semana seis y once, en el momento en que acude al especialista es evaluada y se detecta que no hay latido cardíaco fetal y cuando se le realiza el ultrasonido transvaginal, el especialista observa el saco dentro del útero, pero no hay signo del embrión en su interior.

Nunca se sabe a ciencia cierta cómo se está desarrollando el embarazo hasta que no se practica una ecografía que se realiza a partir de la séptima semana de embarazo en la cual no se detecta el embrión, es decir, se visualiza un huevo vacío. Se puede presentar hemorragia vaginal anormal que comúnmente es de color marrón oscuro entre la séptima y décima semana de gesta. Este huevo produce la hormona de embarazo y por esta razón los análisis son positivos.



También se puede sospechar de un embarazo anembrionado cuando no se detectan los latidos del corazón del pequeño embrión.

Las mujeres de más de cuarenta años o que han sufrido dos o más abortos previos son más propensas a sufrir un embarazo molar. Este tipo de embarazo supone un gran riesgo para la madre, sobre todo si la masa prende profundamente en la pared uterina, lo que puede provocar una fuerte hemorragia.

El origen del embarazo anembrionario es idéntico al de uno normal, de modo que al inicio se forman el embrión y el saco que le rodea. Sin embargo, durante las primeras siete semanas puede registrarse un error que en la gran mayoría de las ocasiones es generado por malformación de los tejidos del óvulo o del espermatozoide, o porque durante la fusión de ambas células y su división se generaron daños considerables en la información genética.

La principal causa del embarazo anembrionario son generalmente las mismas que ocasionan un aborto espontáneo o el fracaso temprano del embarazo.

Cuando esto ocurre el embrión muere inevitablemente y sus células son absorbidas por el cuerpo de la madre, dando lugar a una bolsa vacía (huevo huero o vacío) que crecerá por algunas semanas más y que, debido a que produce hormonas que impiden el desalojo de la placenta y el ciclo menstrual, da la impresión de que la gestación continúa su curso normal y presenta resultado positivo en las pruebas de embarazo.

La naturaleza que es muy sabia y generalmente antes del mes posterior al diagnóstico, se inicia espontáneamente el mecanismo de expulsión en la mayoría de los casos. En aquellos casos en donde no se ha expulsado en forma espontánea y completa es necesario un legrado uterino.

### 3.11 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LAS HEMORRAGIAS EN EL PRIMER TRIMESTRE

	Amenaza de aborto	Enfermedad trofoblástica gestacional
Hemorragia	-Escasa -Roja con coágulos	-Variables -A veces con vesículas
Dolor	Leve	Leve
Otros síntomas		-anemia -hiperémesis -preeclampsia -Hipertiroidismo
Exploración	Útero gestacional normal	Útero mayor
Beta – HCG	Normal	Muy elevada
Ecografía	Latido fetal presente	-Latido ausente -No hay saco gestacional -Imagen en copos de nieve
Tratamiento	-Reposo relativo -Abstinencia sexual	Legrado por aspiración

Un embarazo molar es una experiencia aterradora. La mujer no sólo pierde el embarazo sino que además tiene un leve riesgo de desarrollar cáncer. Para proteger a la mujer debe extirparse todo el tejido molar del útero. Normalmente, esto se lleva a cabo mediante un procedimiento de dilatación y legrado uterino con anestesia general.

Ocasionalmente, cuando la mola es extensa y la mujer ha decidido no tener embarazos en el futuro, se puede realizar una histerectomía (extirpación del útero). Después de la extirpación de la mola, el médico vuelve a medir la concentración de hormona gonadotrofina coriónica. Si ha bajado a cero, por lo general la mujer no necesita tratamiento adicional. Sin embargo, el médico continuará realizando un seguimiento de las concentraciones de hormona gonadotrofina coriónica durante seis meses a un año para asegurarse de que no quede tejido molar.

Las mujeres que han tenido un embarazo molar deben esperar seis meses a un año para tener un nuevo embarazo, ya que de lo contrario se dificultaría el seguimiento de las concentraciones de hormona gonadotrofina coriónica. El embarazo anembriónico significa una pérdida muy dolorosa para la pareja, sin embargo, el pronóstico reproductivo posterior a este evento por lo general es bueno; el riesgo de que se desarrolle una mole en un embarazo posterior es sólo del 1 al 2%.

El hecho de haber ocurrido una vez un embarazo molar no significa que hay un riesgo incrementado para los embarazos siguientes. La gran mayoría de las mujeres logra embarazarse posteriormente sin problemas.

Este tipo de embarazos es sólo una variante del aborto común y como tal se comporta igual que este último: si implicaciones reproductivas futuras. Por esa razón y mientras no exista otra indicación no es necesario hacer una valoración genética, ni otros estudios especializados en fertilidad.

Sólo si se presenta de manera repetitiva (dos o más abortos, anembriónicos o no) el pronóstico cambia y se reserva en base de las condiciones que pudieran dar origen a la pérdida temprana y recurrente del embarazo (aborto habitual).

### 3.12 Como debe tratarse

Para poder atender el embarazo anembriónico, es importante confirmarlo con al menos dos estudios ultrasonográficos diferentes para entonces realizar una evacuación uterina extrayendo el tejido molar del útero esto disminuirá el riesgo de desarrollar cáncer a consecuencia de un embarazo malogrado.

Si la detección se realiza antes de que el cuerpo de la madre absorba por completo al embrión, los restos se someten a estudio genético para determinar cuál fue el defecto que ocasionó su muerte, además de que cada caso tiene que ser estudiado tomando en cuenta la edad de la madre (adolescentes o mujeres mayores de 40 años tienen más riesgo de abortos) y la historia clínica de la pareja y su familia. Asimismo, debe contemplarse la influencia de factores como tóxicos ambientales, sobre todo en parejas en donde alguno de los dos está en contacto con químicos de algún tipo, así como la alimentación de los padres, ya que una dieta pobre y sin variedad de nutrientes puede ser causante de daño en óvulos o espermatozoides y, por ende, repercutiría directamente en la posibilidad de embarazo anembrionario.

Existen varias modalidades terapéuticas ante el diagnóstico de un embarazo anembrionado:

a) Tratamiento conservador:

Si se sigue este esquema no aplicamos ningún tratamiento y sólo esperamos a que ocurra una pérdida espontánea. Una vez presentada la clínica de sangrado practicamos un estudio ecográfico para verificar la total expulsión del tejido placentario. Si hay remanentes podemos utilizar algunos medicamentos que faciliten la expulsión del tejido remanente o practicamos un legrado uterino bajo anestesia.

b) Tratamiento médico:

Se refiere al uso de medicamentos siguiendo esquemas bien detallados cuya finalidad es producir cambios en el cuello del útero y contracciones uterinas que permitan la expulsión de las membranas ovulares (tejidos placentarios). Si este método falla (alrededor del 15% de los casos) practicamos un legrado uterino.

c) Tratamiento quirúrgico:

Una vez presentadas las opciones anteriores y aceptada la decisión de la madre podemos practicar un legrado o curetaje uterino (con instrumental o por succión) para evacuar activamente el contenido uterino. La ventaja del procedimiento quirúrgico radica en que se realiza de manera inmediata y la paciente sabe que el problema ha sido resuelto y el efecto psicológico de la expectativa de la pérdida queda anulado.

En la actualidad favorecen mucho los métodos *conservador* y *médico* para evitar lesiones innecesarias a la cavidad uterina a la vez que le ahorramos a la paciente el gasto económico de un procedimiento quirúrgico; el único problema de este enfoque es que hay que informar muy bien a la paciente sobre el mecanismo de expulsión y el tiempo que puede ser necesario para que ocurra y además, luchar contra el paradigma tradicional de aborto=curetaje que aún se mantiene firme en nuestro medio, tanto por parte de los médicos como de las pacientes.

### **3.13 ¿Es frecuente qué se produzca un cáncer?**

Después del vaciado del útero, aproximadamente el 20% de las moles completas y menos del 5% de las moles parciales persisten y el tejido anormal restante puede seguir creciendo. Esta condición se denomina enfermedad trofoblástica gestacional

persistente. El tratamiento con uno o más medicamentos para el cáncer cura esta enfermedad casi en un 100%.

En raras ocasiones, una forma cancerígena de la enfermedad trofoblástica gestacional, denominada coriocarcinoma, se desarrolla y se extiende a otros órganos. El uso de varios medicamentos para el cáncer trata con éxito este tipo de tumor.

### **¿Con cuánta frecuencia se convierte la masa de quistes en tejido canceroso?**

Después de vaciar el útero, alrededor del 20% de las masas de quistes de embarazos molares completos y el 2% de los embarazos molares parciales persisten el tejido anormal remanente puede continuar creciendo, a esto se le denomina Enfermedad Trofoblástica Gestacional Persistente.

### **3.14 ¿Se puede evitar?**

Los embarazos molares pueden ser originados por una deficiente alimentación carente de proteínas, la cual también podría causar defectos en la ovulación. Algunos estudios científicos han demostrado que consumir mucha cantidad de proteínas de origen animal y vitamina A, a través del consumo de vegetales de hoja verde y amarilla y de frutas de cáscara amarilla, podría ayudar a reducir la incidencia de desarrollar embarazos molares.

Tener en cuenta que en estos casos no pueden ser evitados ni por los mejores cuidados ni por el mejor médico del mundo; tampoco es culpa de la pareja, sino que es producto de un proceso completamente natural que tiene por objeto lograr el nacimiento de seres humanos capacitados para enfrentar al mundo y sus retos.

En la mayoría de los casos, no se puede hacer nada para evitarlo. Cuando este evento se repite varias veces, el médico le recomendará acudir con un genetista para descartar problemas genéticos.

### **3. 15 La salud de la mujer luego de un aborto**

El seguimiento médico es importante para asegurar que el estado de salud es óptimo y que el útero volvió a su estado normal. Esta vigilancia médica debe continuar hasta las seis semanas del aborto.

- ✓ Anemia: Algunas mujeres que tienen mucha pérdida de sangre durante el aborto, quedan anémicas y pueden requerir tratamiento con hierro o una dieta especial.
  
- ✓ Sangrado: El sangrado vaginal generalmente continúa por siete a veinte días, siendo cada vez menor. Es aconsejable utilizar toallas higiénicas y no tampones. Si hay una pérdida o un dolor importante, es necesario consultar al médico.
  
- ✓ Relaciones sexuales: El médico te va a decir cuándo será conveniente volver a tener relaciones sexuales. Sin embargo, la preparación física no va de la mano con la preparación emocional.

## OBJETIVOS

### GENERAL:

Analizar las causas principales de la formación de una mola durante el primer trimestre del embarazo y determinar si es posible lograr un subsiguiente embarazo fuera de esta anomalía patológica.

### ESPECÍFICOS

- Describir el proceso de desarrollo y formación de la mola hidatiforme dentro de las primeras 10 semanas de gestación durante el embarazo.
- Determinar las probables consecuencias o secuelas de presentar un embarazo molar en la mujer fértil.
- Analizar las posibilidades de procrear un embarazo fisiológico, posterior a un embarazo molar.



## JUSTIFICACIÓN

En la mayoría de los casos de mola parcial, los 23 cromosomas de la madre permanecen, pero hay dos conjuntos de cromosomas del padre (por lo que el embrión tiene 69 cromosomas en lugar de los 46 normales). Esto puede ocurrir cuando los cromosomas del padre se han duplicado o cuando se produce la fertilización de un óvulo por dos espermatozoides.

El embarazo molar supone un riesgo para la mujer embarazada, puesto que ocasionalmente puede convertirse en un coriocarcinoma, una forma poco común de cáncer relacionado con el embarazo.

Es por tal razón que en esta investigación se pretende saber y discernir si después de padecer un embarazo molar en cualquier momento de la vida reproductiva de la mujer, se puede producir la misma anomalía placentaria en el subsiguiente embarazo, o si es posible que el embarazo siguiente sea normal, cuanto tiempo debe esperar la mujer antes de volver a concebir un embarazo, y si el proceso embrionario será normal.

Así como consecuencias físicas en la mujer, los tratamientos a los cuales se debe someter antes, durante y después del embarazo fisiológico, subsiguiente al embarazo normal.

Con el firme propósito de orientar a las mujeres en edad fértil a conocer este tipo de malformaciones durante el embarazo, para poder brindarle una asistencia médica adecuada e integral a su padecimiento, ayudándole a comprender y superar el mal momento por el cual atraviesa.

## HIPÓTESIS

Después de desarrollar un primer embarazo molar simple en mujeres en edad reproductiva captadas en el H.N.S.S. se corre el riesgo de presentar un subsiguiente embarazo con la misma patología placentaria.

## VARIABLES

Variable independiente:

La presencia de un primer embarazo molar

Variable dependiente:

Subsiguiente embarazo molar

Confiabilidad y validez:

Técnica de muestreo probabilística aleatoria simple

## METODOLOGÍA

Tipo de método utilizado:

✚ Mixto (deductivo y analítico)

La actual documentación se pretende realizar de manera cualitativa, describiendo la formación de la mole hidatiforme dentro del útero en las primeas 10 SDG en la mujer embarazada, con enfoque en aquellas que son atendidas en la consulta prenatal del Hospital de Nuestra Señora de la Salud en la Ciudad de Morelia.

A su vez se realizará el instrumento de cuestionamiento a pacientes que han sufrido esta patología, y a médicos especialistas que puedan aportar información interesante para el desarrollo óptimo de dicha indagación. Favoreciendo los resultados de la hipótesis formulada, así como obtener cifras en porcentajes de repetición en embarazos subsiguientes en dichas pacientes.

Tipo de estudio:

✚ Descriptivo y explicito

Paradigma de tipo:

✚ Cualitativo

## PARTICIPANTES:

Universo: la Ciudad de Morelia.

Población: todas aquellas usuarias atendidas en la consulta de control prenatal en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Muestra: por medio de método estadístico se persigue crear a muestra, en mujeres en edad fértil, embarazadas que hayan presentado un embarazo molar previo a su embarazo fisiológico en curso, (primíparas y multíparas), determinando el muestreo para la facilidad del método y la elaboración de cuestionarios.

Confiabilidad y validez:

Técnica de muestreo: probabilística aleatoria simple.

Del instrumento usado se validó mediante pilotaje previo, con una confiabilidad del 95%. Basado en las diferentes teorías utilizadas en el marco teórico.

#### FÓRMULA

$$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2 N + Z^2 pq}$$

#### SIGNIFICADO DE VALORES

$n$  = Tamaño de muestra

$Z^2$  = Consecuencias del tamaño de muestra

$e$  = Margen de error aceptado

$p$  = Probabilidad de éxito

$q$  = Probabilidad de fracaso

$N$  = Tamaño de la población

SUSTITUCIÓN

$$n = ?$$

$$z = 1.96$$

$$e = 0.05$$

$$P = 17/20 = 0.85$$

$$q = 3/20 = 0.15$$

$$N = 37$$

$$n = \frac{(1.96)^2(0.85)(0.15)(37)}{(0.05)^2(37) + (1.96)^2(0.85)(0.15)}$$

$$n = \frac{(3.8)(0.85)(0.15)(37)}{(0.037) + (3.8)(0.85)(0.15)}$$

$$n = \frac{(7.9)}{(0.6)} = 29.8$$

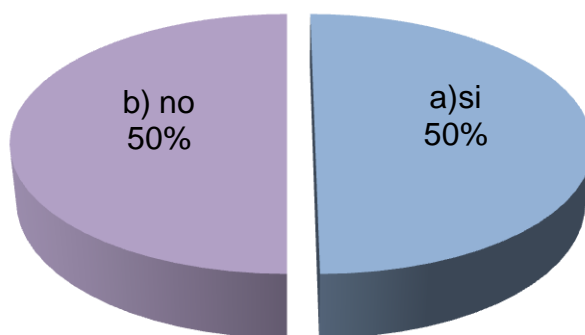
$$n = 30$$

## 5.1 RESULTADOS DE LA ENCUESTA

1. ¿Conoce lo que es un embarazo sin producto?

Respuestas	Personas encuestadas	Porcentaje
a)si	15	50%
b)no	15	50%

gráfica 1



### Descripción:

El 50% de las mujeres embarazadas con presencia de embarazo molar refiere conocer este tipo de enfermedad, por otro lado el 50% restante desconoce totalmente la situación.

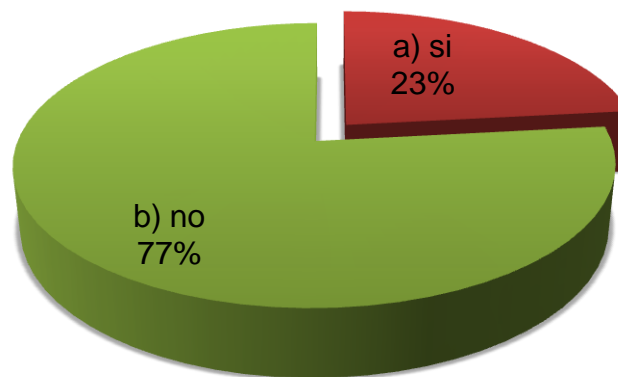
### Interpretación:

De las 30 mujeres encuestadas que presentaron embarazo sin embrión, la mitad dice no conocer de qué se trata un embarazo de este tipo, por lo tanto el restante de ellas dice si conocer la patología.

## 2. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

Respuestas	Personas encuestadas	Porcentaje
a) Uno	7	23
b) Más de uno	23	77

gráfica 2



### Descripción:

Se puede observar que no es condicionante ser primigesta para presentar un embarazo molar, así lo refiere el 77% de las encuestadas.

### Interpretación:

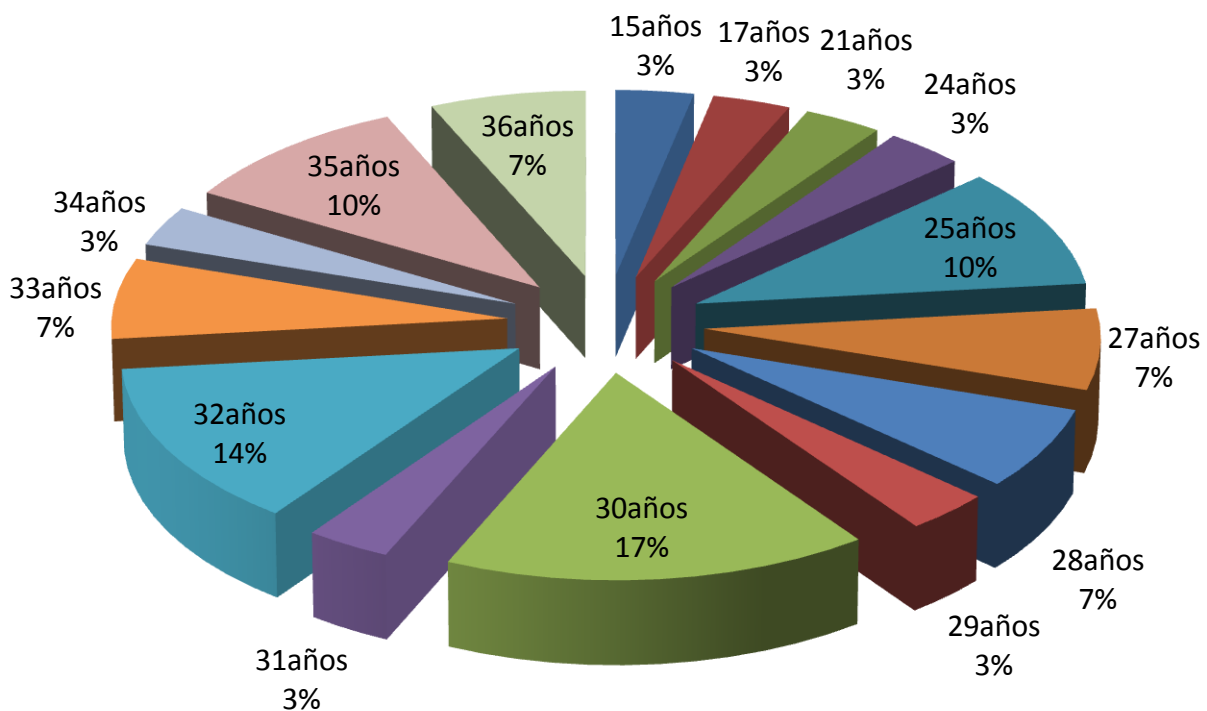
Se puede apreciar que más de la mitad de las mujeres que presentaron embarazo sin producto, tuvieron más de un embarazo, no precisamente con la misma alteración precisamente. Lo que quiere decir casi una tercera parte era multigesta.

3. ¿A qué edad presentó el embarazo sin producto?

Respuestas	Personas encuestadas	Porcentaje
15años	1	3%
17años	1	3%
21años	1	3%
24años	1	3%
25años	3	10%
27años	2	7%
28años	2	7%
29años	1	3%
30años	5	17%
31años	1	3%
32años	4	13%
33años	2	3%
34años	1	7%
35años	3	10%
36años	2	7%



gráfica 3



**Descripción:**

Aproximadamente el 50% de las mujeres que presentaron embarazo molar se encontraban entre los 25 a 35 años. El porcentaje restante lo presentó entre los 15 a 22 años.

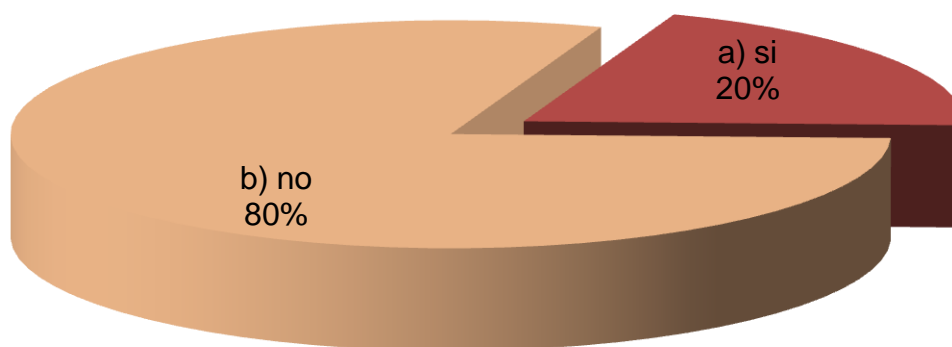
**Interpretación:**

El rango de edad que es más susceptible a que se presente la enfermedad trofoblástica gestacional es entre los 30 a 32 años, sin importar si se trata de primigestas o multigestas.

4. ¿Durante su embarazo usted o su pareja estuvo en contacto con material tóxico o químicos?

Respuestas	Personas encuestadas	Porcentaje
a)si	6	20%
b)no	24	80%

gráfica 4



**Descripción:**

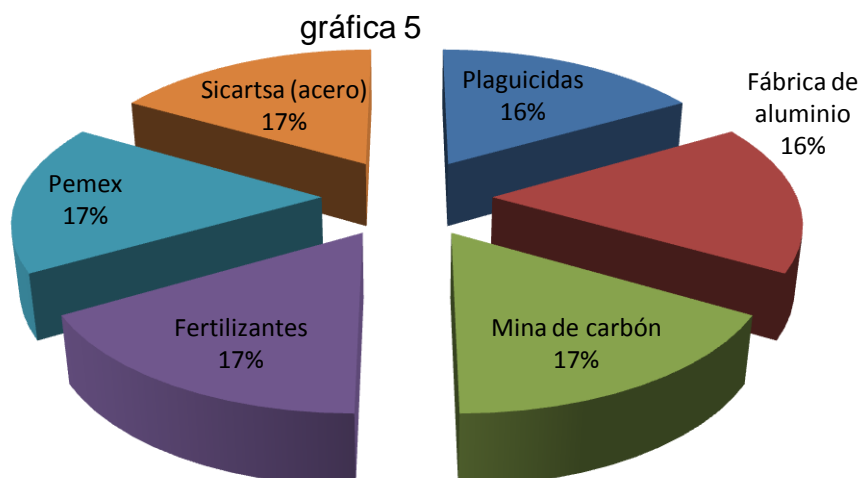
Sólo el 20% de las pacientes o sus parejas estuvieron en contacto con materiales tóxicos durante el periodo de embarazo. El 80% restante fue negativo su contacto estas sustancias.

**Interpretación:**

Se puede poner en tela de juicio si realmente el contacto con tóxicos sea un factor que condicione la aparición de un embarazo sin producto, ya que más de la tercera parte de las mujeres tuvieron contacto nulo con alguna sustancia de esta estirpe.

5. Si su respuesta es sí, diga qué tipo de sustancia fue:

Respuestas	Personas encuestadas	Porcentaje
Plaguicidas	1	17%
Fábrica de aluminio	1	17%
Mina de carbón	1	17%
Fertilizantes	1	17%
Pemex	1	17%
Sicartsa (acero)	1	17%



### Descripción:

De las 6 mujeres que dijeron tener contacto con sustancias tóxicas, todas presentaron una respuesta diversa, como lo fueron metales, carbón, plaguicidas, fertilizantes y petróleo crudo.

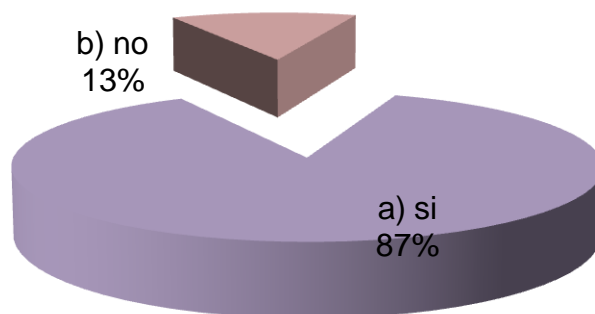
### Interpretación:

Pudiéramos suponer que materiales tóxicos pueden desencadenar un embarazo molar, con la grafica anterior se observa que son variados, de diferente proveniencia; pero que pueden afectar un embarazo fisiológico al tener contacto directo e indirecto con alguno de ellos.

6. ¿En el proceso de su embarazo su alimentación fue variada, rica en frutas y verduras?

respuestas	Personas encuestadas	Porcentaje
a)si	26	87%
b)no	4	13%

gráfica 6



**Descripción:**

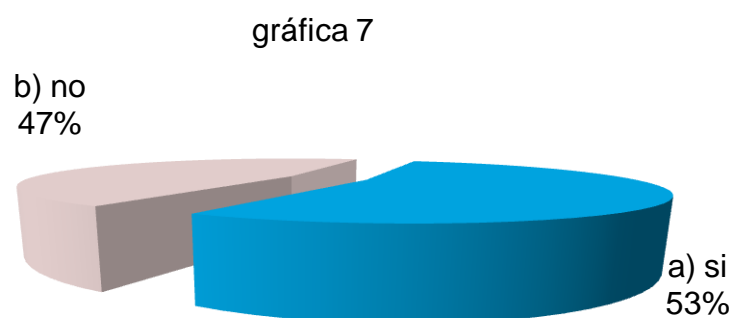
Sólo el 87% de las mujeres que cursan un embarazo llevan una alimentación variada, saludable, incluyendo todos los grupos de alimentos. Mientras que el 13 restante quizá no le presta atención suficiente.

**Interpretación:**

Falta crear un poco más de educación nutricional entre las mujeres en edad reproductiva acerca de este aspecto de la alimentación que juega un papel importante en el proceso del embarazo en general.

7. ¿Durante su embarazo presentó dolor tipo cólico?

Respuestas	Personas encuestadas	Porcentaje
a)si	16	53%
b)no	14	47%



**Descripción:**

Más de la mitad de las mujeres embarazadas presentaron dolor tipo cólico durante su periodo de gravidez (53%), el resto fue asintomático (47%).

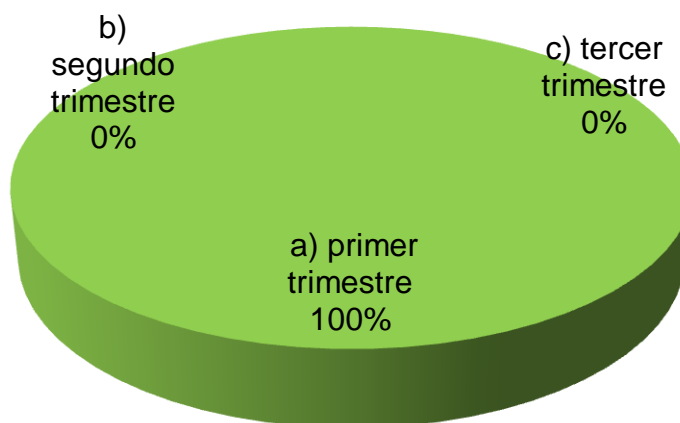
**Interpretación:**

El dolor tipo cólico durante el periodo de embarazo, puede ser parte importante para realizar un diagnóstico diferencial de embarazo molar o aborto en evolución, más de la mitad de las encuestadas respondió que si presentaron este síntoma.

8. Si contestó sí diga: ¿en qué trimestre de su embarazo se presentó?

Respuesta	Personas encuestadas	Porcentaje
a) primer trimestre	16	100%
b) Segundo trimestre	0	0%
c) tercer trimestre	0	0%

gráfica 8



**Descripción:**

Del 53% de las mujeres que presentaron embarazo molar, refieren que el dolor tipo cólico u obstétrico lo presentaron en el transcurso del primer trimestre.

**Interpretación:**

El dolor tipo cólico durante un embarazo molar forma parte del diagnóstico, aún más cuando se presente en los primeros tres meses de la gestación, así también lo refieren las pacientes que lo padecieron.

9. ¿Durante su embarazo presentó sangrado transvaginal?

respuestas	Personas encuestadas	Porcentaje
a)si	11	37%
b)no	19	63%

gráfica 9



**Descripción:**

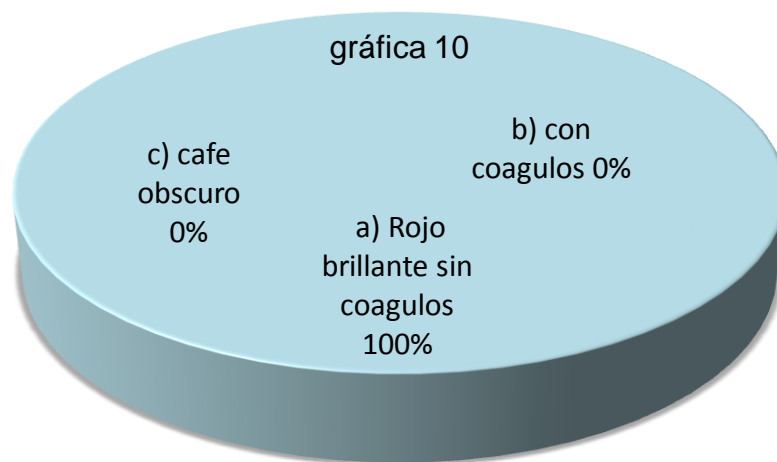
Sólo el 37% de las mujeres presentaron sangrado por vagina durante su embarazo. Sin embargo el 63% restante fue nulo.

**Interpretación:**

Aún cuando se considera que el sangrado espontáneo por vagina es de preocupación, más de la mitad de las mujeres no presentaron sangrado durante su embarazo, sólo la tercera parte mencionó que si presentaron esta anomalía.

10. Sí su respuesta fue si diga: ¿qué características tenía el sangrado?

Respuestas	Personas encuestadas	Porcentajes
a)Rojo brillante	11	100%
b)con coágulos	0	0%
c)color café oscuro	0	0%



**Descripción:**

De las 16 mujeres que respondieron positivo ante la presencia de sangrado vaginal durante su embarazo el 100%, dictamina que fue de color rojo brillante.

**Interpretación:**

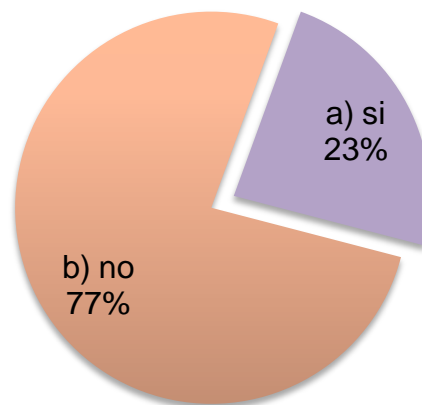
El presentar sangrado involuntario y espontáneos a través de vagina y de aspecto rojo brillante sin coágulos durante el proceso de embarazo es un signo de alarma y un síntoma de posible embarazo sin producto; ya que forma parte del diagnóstico clínico.



11. ¿En el periodo de su embarazo presentó contracciones uterinas, similares a las de trabajo de parto?

Respuestas	Personas	Porcentajes
a) Si	7	23%
b) no	23	77%

gráfica 11



Descripción:

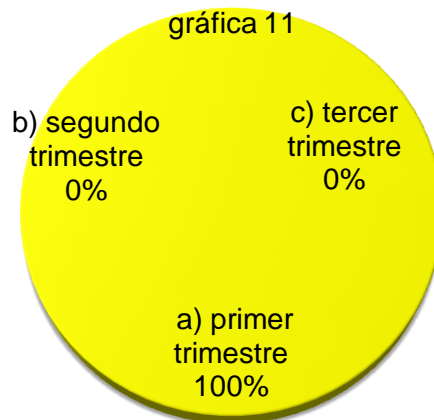
Sólo el 23% de las mujeres presentaron contracciones uterinas involuntarias antes del periodo de trabajo de parto, el 77% restante no presentó el síntoma.

Interpretación:

Durante el lapso de embarazo es normal la presencia de contracciones no dolorosas pero si perceptibles, estas facilitan el acomodamiento del bebe pero suelen presentarse después de la semana 37, esto pues, se considera un dato de alarma si es detectado dentro de las primeras 13 semanas de gestación.

12. ¿En qué trimestre se presentaron?

Respuestas	Personas encuestadas	porcentajes
a) Primer trimestre	7	100%
b) Segundo trimestre	0	0%
c) Tercer trimestre	0	0%



**Descripción:**

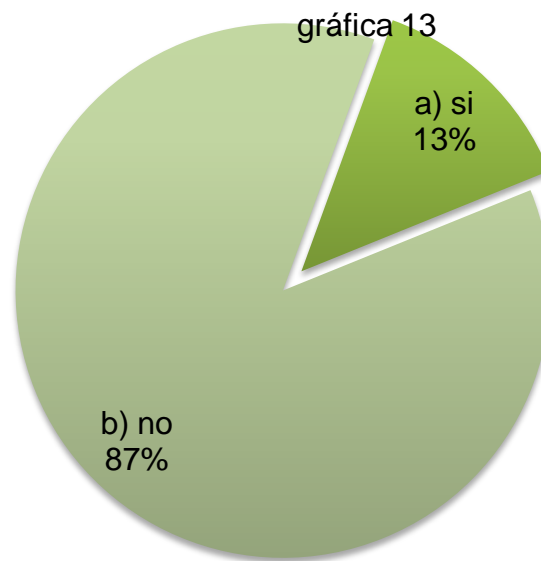
De las 7 mujeres gestantes que dijeron haber presentado contracciones en su embarazo, el 100% refiere haberlas percibido en el primer trimestre.

**Interpretación:**

Las contracciones dolorosas percibidas en el embarazo, son dato de parto pre-termino si se presenta antes de las 37 semanas de gestación, en el embarazo fisiológico no deberían presentarse sino hasta después. En el caso de embarazo molar, las contracciones forman parte del diagnóstico clínico

13. ¿Durante su periodo de embarazo se le diagnosticó amenaza de aborto?

Repuestas	Personas encuestadas	Porcentajes
a) Si	4	13%
b) no	26	87%



**Descripción:**

De las mujeres encuestadas sólo el 13% menciona que se le diagnóstico amenaza de aborto, mientras que el 87% restante refiere no habersele detectado.

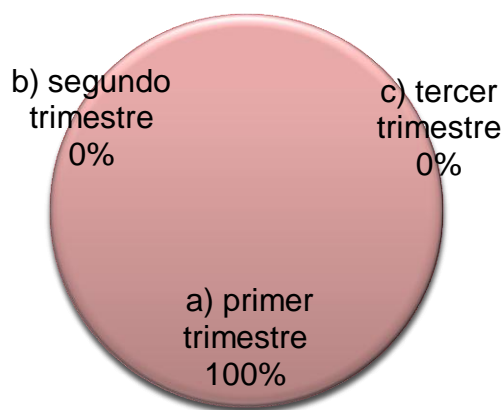
**Interpretación:**

Quizá la falta de atención por parte de la mujer gestante o la mala interpretación y atención por parte del sector salud hace que la mayoría de los casos de mola hidatiforme no se puedan diagnosticar a tiempo, como lo sería en una presentación de aborto.

14. Sí respondió que si, diga en que trimestre fue

Respuestas	Personas encuestadas	Porcentajes
a)primer trimestre	4	100%
b)segundo trimestre	0	0%
c)tercer trimestre	0	0%

gràfica 14



**Descripción:**

De las 4 mujeres a las que diagnóstico amenaza de aborto, el 100% refiere que se realizo dentro del primer trimestre de su embarazo.

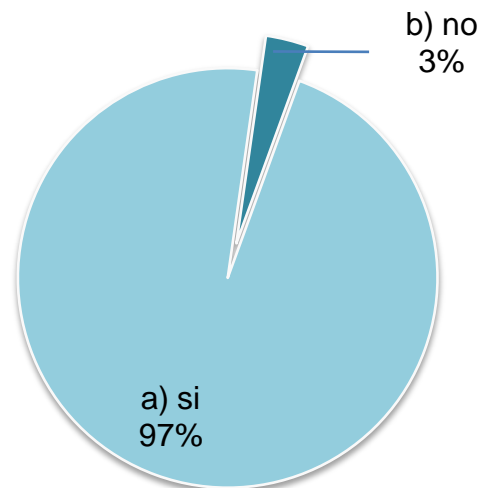
**Interpretación:**

El total de las mujeres a las que se les realizó la pregunta, si se les diagnóstico amenaza de aborto refieren fue estipulada alrededor de los primeros tres meses de embarazo.

15. ¿Durante su embarazo se le realizó algún ultrasonido?

Repuestas	Personas encuestadas	Porcentajes
a) Si	29	97%
b) no	1	3%

gràfica 15



**Descripción:**

El 97% de las mujeres que cursaron con embarazo concluyeron que si les fue practicado un ultrasonido obstétrico, mientras que sólo una parte mínima como es el 3% no se le fue practicado.

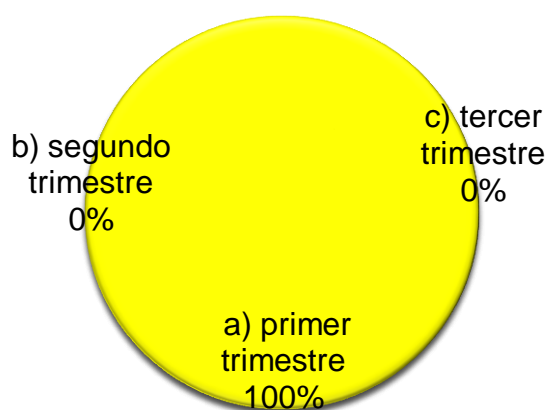
**Interpretación:**

Casi en su totalidad la mayoría de las mujeres que se encuentran en estado de gestación deberían realizarse mínimo un ultrasonido al tercer mes, para conocer las condiciones del producto, esto si no se presentara ninguna alteración durante su transcurso. Su fuera en caso de alguna sospecha de que algo anda mal, realizarlo con justificación.

**16. Sí su respuesta es si, diga: ¿en qué trimestre del embarazo se le realizó?**

Respuestas	Personas encuestadas	Porcentajes
a)primer trimestre	29	100%
b)segundo trimestre	0	0%
c)tercer trimestre	0	0%

**gráfica 16**



**Descripción:**

El total de las encuestadas (100%) las cuales se realizaron ultrasonido durante su periodo de gravidez, concluyeron que se realizaron durante los tres primeros meses.

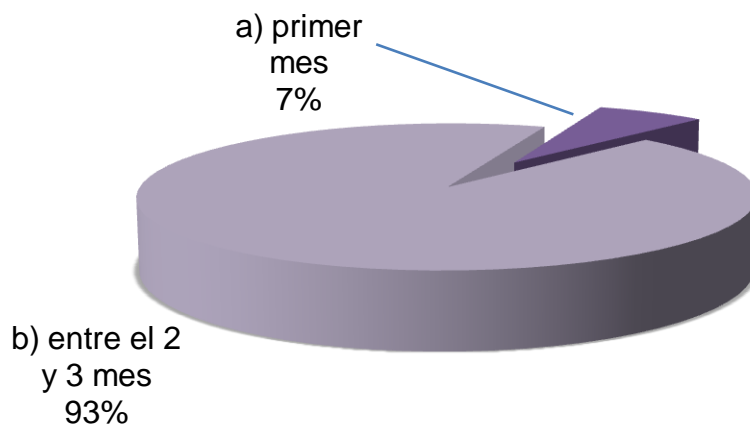
**Interpretación:**

El ultrasonido es un método de confiabilidad ante la sospecha de un embarazo molar, es un auxiliar casi confiable ante la presencia de esta patología.

### 17. ¿En qué mes de su embarazo presentó la malformación?

Respuestas	Personas encuestadas	Porcentajes
a) En el primer mes	2	7%
b) entre el 2 y 3 mes	28	93%

gràfica 17



#### Descripción:

Al preguntar sobre la aparición de la patología durante el embarazo el 93% concluyó que fue entre los primeros dos y tres meses, mientras que el 7% restante lo presentó durante el primer mes.

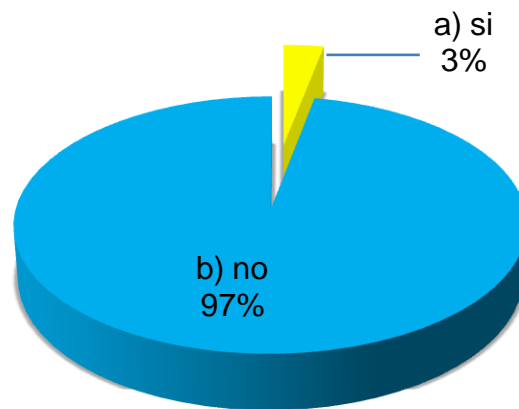
#### Interpretación:

Cabe mencionar que un embarazo anembrionico no puede evolucionar mas allá de las 13 semanas de gestación, por lo cual la mayoría de las mujeres está de acuerdo que así sucedió, su embarazo no llegó más de los tres meses.

### 18. ¿Presentó en más de un embarazo la misma alteración?

Repuestas	Personas encuestadas	Porcentajes
a) Si	2	3%
b) no	28	97%

gráfica 18



#### Descripción:

Sólo el 3% de las mujeres fértiles que prestaron embarazo molar se repitió el mismo padecimiento. Mientras el 97% que lo presentó no sufrió cuadro repetitivo.

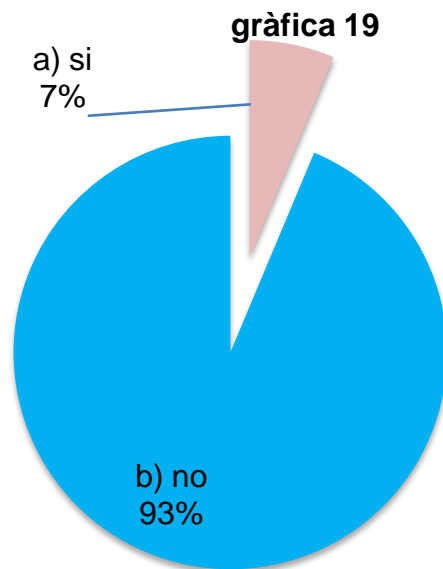
#### Interpretación:

Se puede deducir que el embarazo molar no deja inmunidad, pero si es una caso especial el que se repita la malformación. Con un bajo porcentaje queda declarado.



**19. ¿Sabe usted que un embarazo sin producto puede terminar en una complicación grave como es Cáncer de Útero?**

Repuestas	Personas encuestadas	Porcentajes
a) Si	2	7%
b) no	28	93%



**Descripción:**

En poca cantidad que implica un 2% de las mujeres conoce las complicaciones ante la presencia de un embarazo anembrionico, siendo de mayor importancia que el 93% restante desconoce totalmente la causa consecutiva al padecimiento.

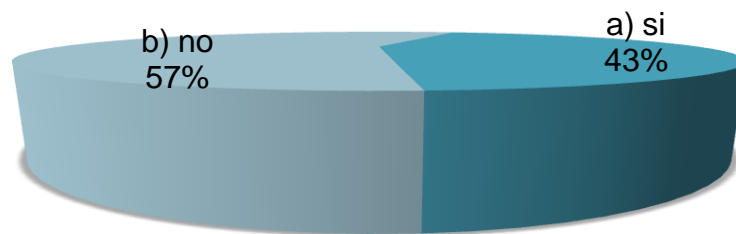
**Interpretación:**

Reitero el querer impartir la cultura en la educación de la salud, sería interesante y lo esencial que un paciente conociera las complicaciones de su padecimiento, en caso de que sea repetitivo su cuadro clínico.

**20. ¿Sabía usted que un embarazo sin producto es sólo una bolsa con muchos quistes dentro de la matriz?**

Repuestas	Personas encuestadas	Porcentajes
a) Si	13	43%
b) no	17	57%

**gràfica 20**



**Descripción:**

El 13% de las mujeres parecen estar informadas de lo que es un embarazo sin producto, pero sigue ganando la falta de información adecuada impartida por el sector salud con el 17% negativo.

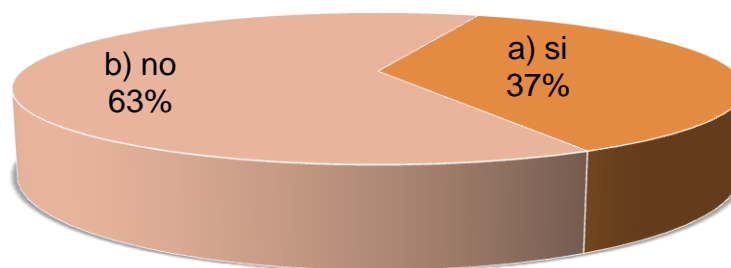
**Interpretación:**

El tema del embarazo en todos sus aspectos debería ser un tema que interesara a las mujeres en general, pero que muy pocas tienen a iniciativa por adquirirlo.

**21. ¿Sabe usted que un embarazo sin producto es consecuencia de alteraciones en el óvulo de la mujer y de el espermatozoide del hombre?**

Repuestas	Personas encuestadas	Porcentajes
a) Si	11	37%
b) no	19	63%

**gráfica 21**



**Descripción:**

El 37% de las mujeres conocen una de las posibles causas de su embarazo anembrionico. El 3% restante dice no conocer la causa de su padecimiento.

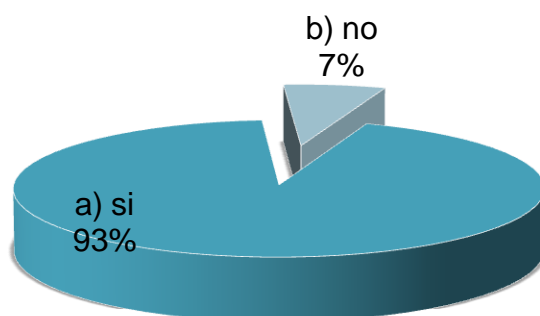
**Interpretación:**

Otras de las causas de la depresión de las mujeres post embarazo anembrionico es el sentimiento de culpa, pues no saben que la mala selección de espermatozoides para con el ovulo pueden afectar al desarrollo fisiológico del producto.

**22.¿Considera que un embarazo de este tipo (sin producto) puede diagnosticarse a tiempo?**

Repuestas	Personas encuestadas	Porcentajes
a) Si	28	93%
b) no	2	7%

**gràfica 22**



**Descripción:**

El 97% de las mujeres está de acuerdo en que un embarazo con alteraciones de este tipo puede diagnosticarse a tiempo. Mientras tanto el 3% refiere ignorar si puede o no diagnosticarse.

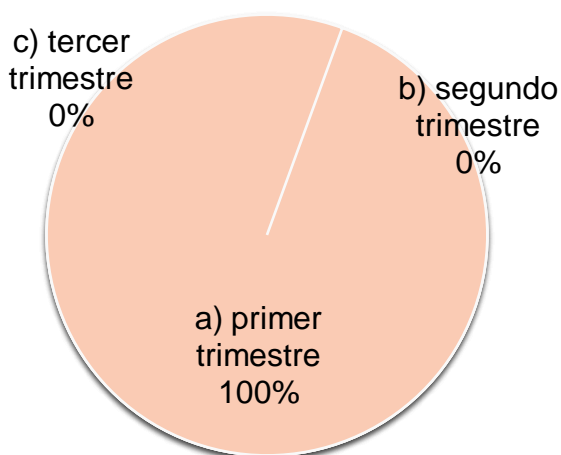
**Interpretación:**

La mayoría de las mujeres en edad reproductiva sabe que la realización de un ultrasonido durante el embarazo es de múltiple ayuda. Aún más para diagnosticar alguna alteración de tipos variados.

### 23. ¿Hasta qué mes su embarazo evolucionó como normal?

Respuestas	Personas encuestadas	Porcentajes
a)primer trimestre	30	100%
b)segundo trimestre	0	0%
c)tercer trimestre	0	0%

gráfica 23



#### Descripción:

El 100% de las mujeres concluyó que su embarazo evolucionó como normal hasta las 13 semanas de gestación.

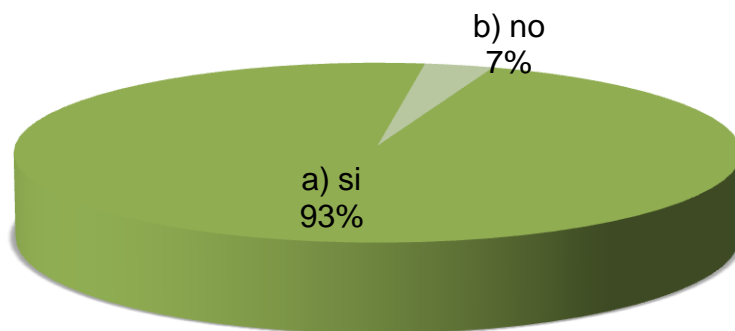
#### Interpretación:

De acuerdo con la investigación se sabe que un embarazo molar no puede evolucionar a más de las 13 semanas, previo a este tiempo ya se ha presentado alguna alteración, signo o síntoma.

**24. ¿Su subsiguiente embarazo fue normal, después de haber presentado un embarazo sin embrión?**

Repuestas	Personas encuestadas	Porcentajes
a) Si	28	93%
b) no	2	7%

**gràfica 24**



**Descripción:**

Después de presentar el embarazo molar, el 93% de las mujeres presentaron un subsiguiente embarazo sin alteraciones. Únicamente el 7% presentó alteraciones variadas a la anterior.

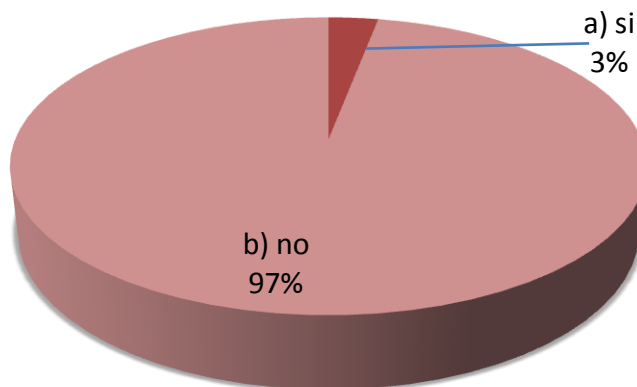
**Interpretación:**

El embarazo molar es muy difícil de repetirse, mas no imposible, existe un bajo porcentaje de repetición, un bajo número de pacientes presenta alteraciones diferentes a la mola hidatiforme.

**25.El hijo que nació después de de haber presentado el embarazo sin embrión ¿Nació con alguna malformación o complicación?**

Repuestas	Personas encuestadas	Porcentajes
a) Si	1	3%
b) no	29	97%

**gràfica 25**



**Descripción:**

El índice de presentar malformación en el embarazo subsiguiente a uno molar es muy bajo (1%), el 97% de los nacimientos posteriores fueron sanos.

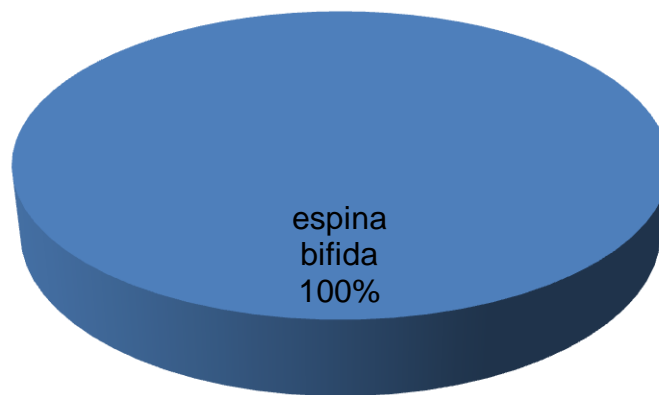
**Interpretación:**

Se considera que los nacimientos posteriores a la presencia de mola hidatiforme son sanos, puede existir patología pero por otras causa ajenas al padecimiento previo.

## 26. Sí su respuesta es sí, mencione cuál

Repuestas	Personas encuestadas	porcentajes
Espina bífida	1	100%

gràfica 26



### Descripción:

De los casos de los nacimientos no sanos reporta alteraciones en el cierre del tubo neural (espina bífida).

### Interpretación:

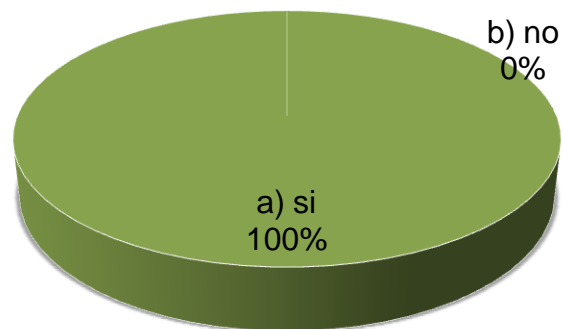
Pudiera considerarse que las alteraciones que se presentan posterior al embarazo molar, pudieran sospecharse de otras causas, como la deficiencia de ácido fólico durante el embarazo, o alimentación deficiente.



**27.¿Su médico gineco-obstetra le sugirió esperar cierto tiempo para volverse a embarazar después de haber presentado un embarazo sin producto?**

Repuestas	Personas encuestadas	Porcentajes
a) Si	30	100%
b) No	0	0%

**gràfica 27**



**Descripción:**

El 100% de los especialistas advirtieron a las pacientes que presentaron mola hidatiforme del tiempo esencial para la próxima procreación.

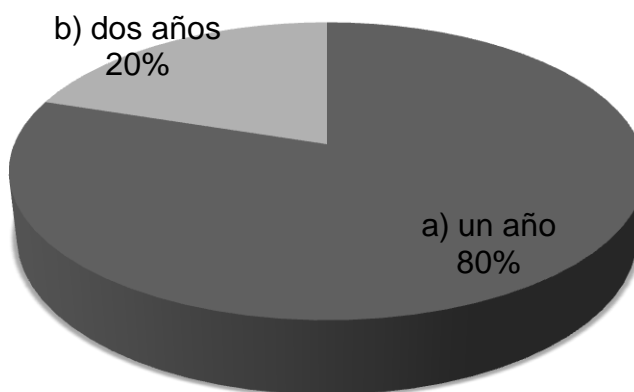
**Interpretación:**

Es de suma importancia que una mujer que ha sufrido una alteración de este tipo durante su embarazo, sea bien informada de los cuidados, tratamiento, secuelas y sobre todo el tiempo estipulado ideal, para la próxima creación de un nuevo ser, para evitar alteraciones.

**28. Sí dijo sí, mencione cuanto tiempo:**

Respuestas	Personas encuestadas	Porcentajes
a) Un año	24	80%
b) Dos años	6	20%

**gráfica 28**



**Descripción:**

El tiempo promedio para procrear es de un año (80%), y el 20% restante dice que es mejor esperar 2 años.

**Interpretación:**

Fisiológicamente es ideal esperar un año para intentar procrear de nuevo, pero en los aspectos psicológicos la mujer tarda aún más tiempo, mientras intentará superar el sentimiento de culpa, la etapa de duelo y superar el temor de repetir la misma patología.

## 6. CONCLUSIONES

Debería de considerarse al embarazo molar como una variedad en la presentación de aborto, no tomarlo como embarazo, esto implica que la mujer crea que existió vida intrauterina, sintiendo culpa por no poder retenerlo, cuando este proceso es una selección natural, para evitar que productos mal formados lleguen a nacer.

Tomando en cuenta que es un acto involuntario, son errores en la fecundación, en la división celular, nada tiene que ver la voluntad del ser humano.

Tener la información suficiente para conocer los posibles riesgos en caso de no mantener un buen control posterior a la presencia de un embarazo anembriónico, a su vez que sea el médico o personal capacitado el encargado de brindarle confianza a la mujer físicamente reproductiva y a su pareja, para que comprendan que pueden volver a procrear nuevamente. Es solo cuestión de esperar a que se normalice todo tanto físico y mental en ambas partes, es posible lograr un nuevo embarazo totalmente fisiológico si sufrir la misma alteración.

Es un tabú y error de pensar que si se sufre un embarazo molar es imposible lograr procrear, existiendo un margen de repetición en estos casos del 1.5 %, así que no deberían preocuparse tanto. Ninguna mujer está exenta, cualquiera pudiera padecerlo.

Al final de la indagación se llegó a cumplir la hipótesis creada, cumpliendo perfectamente todos y cada uno de los objetivos planteados, con una satisfacción personal completa.

## ANEXO 1

Desarrollo fisiológico del embrión en el periodo del embarazo.



Mes 1: Mide 4 mm y pesa 1 g. Desarrollo incipiente de la cabeza. El corazón ya late



Mes 2: Mide 3 cm y pesa 3 g. Desarrollo de brazos y piernas, así como del cerebro y órganos internos.



Mes 3: Mide 10 cm y pesa 45 g. Desarrollo de los párpados y movimiento de las extremidades.



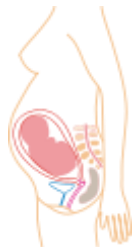
Mes 4: Mide 15 cm y pesa 180 g. Se cubre de lanugo. El intestino comienza a llenarse de meconio. La piel es todavía muy fina, casi transparente.



Mes 5: Mide 18 cm y pesa 500 g. Crece el cabello de la cabeza, pestañas y cejas. Desarrollo del sistema inmunitario



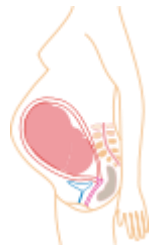
Mes 6: Mide 25 cm y pesa 1000 g. La cara ya está completamente formada. La piel se cubre de un material graso llamado vérnix caseoso. Abren los ojos y se mueven mucho



Mes 7: Mide 30 cm y pesa 1500 g. Comienzan a moverse los pulmones. Aumenta la grasa subcutánea y ya no cabe bien en el útero.



Mes 8: Mide 35 cm y pesa 2500 g. Generalmente se pone boca abajo (posición cefálica). Se engrosa la piel, adquiriendo el tono rosáceo que tendrá definitivamente.



Mes 9: Mide 50 cm y pesa 3000 g. Los pulmones ya están completamente formados para la vida exterior. Se cae el lanugo y la piel se estira.

## ANEXO 2

### “EMBARAZO MOLAR”

Por medio de la siguiente encuesta, se pretende reunir información suficiente. Lea detenidamente cada uno de los reactivos encerrando la Respuesta de acuerdo a su criterio.

1. ¿Conoce lo que es un embarazo sin producto?
  - a) Si
  - b) no
  
2. ¿Cuántos embarazos ha tenido?
  - a) uno
  - b) más de uno
  
3. ¿A qué edad presentó el embarazo sin producto?
  
4. ¿Durante su embarazo usted o su pareja estuvo en contacto con material tóxico o químicos?
  - a) Si
  - b) no
  
5. Si su respuesta es sí, diga qué tipo de sustancia fue:
  
6. En el proceso de su embarazo su alimentación fue variada, rica en frutas y verduras
  - a) Si
  - b) No
  
7. Durante su embarazo presentó dolor tipo cólico?
  - a) Si
  - b) No
  
8. Si contesto sí diga: ¿en qué trimestre de su embarazo se presentó?
  - a) Primer trimestre
  - b) Segundo trimestre
  - c) Tercer trimestre

9. ¿Durante su embarazo presentó sangrado transvaginal?
- a) Si
  - b) No
10. Si su respuesta fue si diga: que características tenía el sangrado
11. ¿En el periodo de su embarazo presentó contracciones uterinas, similares a las de trabajo de parto?
- a) Si
  - b) no
12. ¿En qué trimestre se presentaron?
- a) Primer trimestre
  - b) Segundo trimestre
  - c) Tercer trimestre
13. ¿Durante su periodo de embarazo se le diagnosticó amenaza de aborto?
- a) Si
  - b) No
14. Si respondió que sí, diga en que trimestre fue
- a) primer trimestre
  - b) segundo trimestre
  - c) tercer trimestre
15. ¿Durante su embarazo se le realizó algún ultrasonido?
- a) Si
  - b) No
16. Si su respuesta es sí, diga: ¿en qué trimestre del embarazo se le realizó?
- a) Primer trimestre
  - b) Segundo trimestre
  - c) Tercer trimestre
17. ¿En qué mes de su embarazo presentó la malformación?
- a) En el primer mes
  - b) Entre el segundo y tercer mes



18. ¿Presentó en más de un embarazo la misma alteración?
- a) Si
  - b) No
19. ¿Sabe usted que un embarazo sin producto puede terminar en una complicación grave como es Cáncer de Útero?
- a) Si
  - b) No
20. ¿Sabía usted que un embarazo sin producto es solo una bolsa con muchos quistes dentro de la matriz?
- a) Si
  - b) no
21. ¿Sabe usted que un embarazo sin producto es consecuencia de alteraciones en el ovulo de la mujer y de el espermatozoide del hombre?
- a) Si
  - b) No
22. ¿Considera que un embarazo de este tipo (sin producto) puede diagnosticarse a tiempo?
- a) Si
  - b) No
23. ¿Hasta qué mes su embarazo evolucionó como normal?
- a) Primer trimestre
  - b) Segundo trimestre
  - c) Tercer trimestre
24. ¿Su subsiguiente embarazo fue normal, después de haber presentado un embarazo sin embrión?
- a) Si
  - b) No
25. El hijo que nació después de de haber presentado el embarazo sin embrión ¿Nació con alguna malformación o complicación?
- a) Si
  - b) No

26. Si su respuesta es sí, mencione cuál

27. ¿Su médico gineco-obstetra le sugirió esperar cierto tiempo para volverse a embarazar después de haber presentado un embarazo sin producto?

- a) Si
- b) No

28. Si dijo si, mencione cuanto tiempo:

## BIBLIOGRAFÍA

1. Núñez, Maciel, Eduardo. (2000). *Ginecología y Obstetricia*. México. Ediciones Cuellar.
2. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Vol.57 Num.3.2006.
3. Benson, Pernoll. (1999). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Novena edición, México. Mc Graw Hill interamericana.
4. Castelazo, Ayala, Luis. (1999) *Obstetricia*. 5ta edición. México DF
5. Severino, Rubio, Dominguez. (1999) *Obstetricia I*. 2da edición. México.
6. Cuningham, Macdonald, Gant, Leveno, Gilstrap Hankins, Clark. (1999) *Williams Obstetricia*. 20a edición. México
7. Danford, Scot, (2002). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, octava edición. México. Mc Graw Hill.
8. Félix, Ramírez, Alonso. (2002). *Obstetricia para la enfermería Profesional*. . Edición XVI. Edit. El Manual Moderno. México DF.
9. Gilbert y Tournier por Fabre Prof. (1999). *Manual de Obstetricia, tomo II embarazo molar*. 8va edición. Barcelona, Buenos Aires. Salvat editores.
10. Juan, Aller y Gustavo, Pages. (2003). *Obstetricia Moderna*. 5ta edición. México. Mc Graw Hill.
11. Llaca, Rodríguez, Victoriano, y Fernández, Alba, Julio. (2000). *Obstetricia Clínica*, Primera Edición. México. Mc Graw Hill,
12. Núñez, Maciel, Eduardo y Colaboradores. (2001). *Ginecología y Obstetricia*, II volumen. Tercera edición. México. Ediciones Cuellar.

## REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

1. Embarazo molar. En [www.todoembarazogaleon.com](http://www.todoembarazogaleon.com). Extraído:17 febrero 2010
2. Imágenes mola hidatiforme. En [www.Imágenes.google.com](http://www.Imágenes.google.com). Extraído: 23 febrero 2010
3. Embarazo molar. En [www.bbmundo.com/embarazo/articulo](http://www.bbmundo.com/embarazo/articulo). Extraído 4 marzo 2010
4. Embarazo anembriónico. En [www.todopapas.com/embarazo/interrupcionembarazo](http://www.todopapas.com/embarazo/interrupcionembarazo). Extraído 4 marzo 2010
5. Formación de la mola hidatiforme. En [www.Spanol.pregnancy-info.net/embarazos-molares](http://www.Spanol.pregnancy-info.net/embarazos-molares). Extraído 11 marzo 2010.
6. Evolución del embarazo molar. En [Infogen.org.mx.embarazo-molar](http://Infogen.org.mx/embarazo-molar). Extraído 11 mayo 2010.
7. Embarazo fisiológico. En <http://ceprofarena.blogspot.com/2007/01/embarazo-parto-y-puerperio.html>. Esextraído11marzo 2010.
8. Embarazo fisiológico. En <http://www.nuevemeses.com.mx/cgi-bin/albebe/embarazo.pl?700.html>. Extraído 13 marzo 2010
9. Evolución del embarazo fisiológico. En <http://html.rincondelvago.com/cambios-fisiologicos-durante-el-embarazo-en-el-sistema-circulatorio.html>. Extraído 13 abril 2010.
10. Embarazo. En <http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo>. Extraído 13 abril 2010.

11. Embarazo complicado. En [http://www.babysitio.com/embarazo/complicaciones\\_etg.php](http://www.babysitio.com/embarazo/complicaciones_etg.php). Extraído 15 abril 2010.

12. complicaciones en el embarazo. En <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000909.htm>. Extraído 15 abril 2010.

13. Contracciones de Braxton Hicks. En [http://espanol.babycenter.com/pregnancy/el\\_parto\\_y\\_el\\_nacimiento/braxton\\_hicks/#ixzz0pFaJ0Ay7](http://espanol.babycenter.com/pregnancy/el_parto_y_el_nacimiento/braxton_hicks/#ixzz0pFaJ0Ay7) (contracciones de Braxton Hincks). Extraído 20 abril 2010