



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

EMBARAZO MOLAR

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
ELIZABETH SANCHEZ TENORIO



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 está 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.

I N D I C E

	Págs.
INTRODUCCION	4
1. MARCO TEORICO	4
1.1. Generalidades de Anatomía y Fisiología del aparato reproductor femenino	4
1.1.1. Evolución normal del embarazo	17
1.1.2. Generalidades de Anatomía y Fisiología del Complejo Feto-Placentario.....	18
1.2. Epidemiología	29
1.2.1. Etiología	30
1.2.2. Sintomatología	31
1.2.3. Diagnóstico	32
1.2.4. Tratamiento	34
1.2.5. Complicaciones	37
1.2.6. Pronóstico	38
1.3. Historia Natural del Embarazo Molar	38
2. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA	43
3. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA	54
3.1. Objetivos	54
3.2. Desarrollo del Plan	55
CONCLUSIONES	70
BIBLIOGRAFIA	73
ANEXOS	78
GLOSARIO DE TERMINOS	78

INTRODUCCION.

La Mola Hidatiforme es un producto anormal de la gestación que se caracteriza por profundos cambios patológicos en el embrión y en la mayoría de los casos conducen a la desaparición temprana del embrión con la continuación del crecimiento tumoral. Se desconoce la causa precisa, se ha observado que hay una relación entre mujeres de edad avanzada o - muy jóvenes, con vida sexual activa, en edad fértil, grandes multíparas, desnutrición, factor genético, mola de repetición.

La Mola Hidatiforme o embarazo Molar es uno de los padecimientos del trofoblasto más frecuente.

El medio ambiente de las mujeres con mola hidatiforme es tanto el urbano como el rural y cualquier nivel socioeconómico.

Tiene gran importancia comprender la actividad trofoblástica en el curso del embarazo normal, y aplicar esto para explicarse el proceso extraordinariamente imprevisible de la enfermedad trofoblástica, la mola hidatiforme, el coriocarcinoma o corioepitelioma.

Durante el embarazo normal, las vellosidades coriónicas tienen -- tendencia a invadir y penetrar profundamente en la decidua materna, en ocasiones incluso hasta el miometrio lo mismo que las células trofoblásticas.

También se ha observado, en una proporción elevada de 30-40 por ciento de embarazos normales, se descubre trofoblasto en el pulmón a consecuencia de la deportación de vellosidades.

Resulta manifiesto, en el trofoblasto dos características que corresponden a la enfermedad maligna, la tendencia invasora y la tendencia a formar metástasis. Por lo anterior es fundamental la detección oportuna de las pacientes con embarazo molar, la evidencia clínica se caracteriza por incremento en la severidad de la sintomatología neurovegetativa, hasta llegar a hiperemesis gravídica, el crecimiento acelerado del útero en relación a la edad gestacional para determinar la concentración de gonadotropina coriónica que en éste caso es mayor de 700 000 UI y posteriormente la hemorragia profusa o un sangrado leve, no fétido, achocolatado sin dolor.

Las embarazadas con esta patología tienden a manifestar rechazo a la pareja. La mola puede repetirse, o bien que posteriormente se desarrolle cáncer.

La atención de Enfermería está encaminada a la detección oportuna de las manifestaciones como son: hiperemesis gravídica, crecimiento uterino mayor al de la edad gestacional. De inmediato se realizan las pruebas de laboratorio y gabinete, determinación de gonadotropina coriónica y ultraecsonograma para diagnóstico preciso y el tratamiento adecuado.

En este tipo de pacientes es fundamental el apoyo psicológico, escuchar temores y resolver dudas para lo cual se consideró de trascendencia realizar el Proceso de Atención de Enfermería de una paciente con -- Mola Hidatiforme.

CAMPO DE LA INVESTIGACION.

El estudio clínico se realizó en la Unidad de Gineco-obstetricia del Centro Médico "La Raza", del Instituto Mexicano del Seguro Social.

OBJETIVOS DEL PLAN.

- Actualizar los conocimientos sobre el embarazo molar.
- Elaborar la Historia Clínica de Enfermería para detectar los problemas de la paciente y elaborar el diagnóstico de Enfermería.
- Planear la Atención de Enfermería con base en los problemas detectados para disminuir el riesgo de complicación.
- Proporcionar una atención óptima al paciente, reflexionada científicamente, y que limite los daños tanto físicos como psicosociales.

METODOLOGIA GENERAL DEL ESTUDIO.

- Estructurar Marco Teórico a través de la utilización de fichas bibliográficas y de trabajo.
- Para el Proceso se elaboró la Historia Clínica de Enfermería, se identificaron los problemas y con base a ellos se estructura el diagnóstico de enfermería.
- El Plan de Atención de Enfermería, se realizó a través del desarrollo de cada uno de los problemas con base en el modelo del Proceso de Atención de Enfermería utilizado en la E.N.E.O. - U.N.A.M.

1. MARCO TEORICO.

1.1. Generalidades de Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino.

Los órganos femeninos de la reproducción se dividen en externos e internos.

ORGANOS GENITALES EXTERNOS:

Las partes pudendas u órganos genitales externos, suelen designarse con el nombre de vulva, que incluye todas las estructuras visibles - externamente desde el borde inferior del pubis hasta el perineo; monte de Venus, labios mayores y menores, clitoris, vestibulo, himen, orificio uretral y diversas estructuras glandulares y vasculares.

MONTE DE VENUS:

Se dá éste nombre a la almohadilla adiposa que descansa sobre la cara anterior de la sínfisis púbica. Después de la pubertad su piel se reviste de pelo ensortijado, el vello pubiano.

En general, la distribución del vello pubiano es diferente en los dos sexos. En la mujer ocupa un espacio triangular cuya base superior - de la sínfisis y con algunos pelos que se extienden hacia abajo hasta la superficie externa de los labios mayores.

LABIOS MAYORES:

Son dos pliegues redondeados de tejido adiposo cubierto de piel - que se extienden hacia abajo y atrás a partir del Monte de Venus.¹

¹ Pritchard; A. Jack; Obstetricia; pp. 910.

Su aspecto es variable, depende de la cantidad de tejido adiposo - que tengan. Los ligamentos redondos terminan en sus bordes superiores. - Son menos prominentes en las mujeres que no han parido y en la anciani--dad suelen estar arrugados, miden de 7 a 8 cm de longitud, de 2 a 3 cm - de ancho y de 1.5 de espesor. En las niñas y en las vírgenes están bas--tante juntos, ocultan completamente las partes subyacentes, mientras que en las multíparas suelen estar abiertos. Se prolongan directamente con el Monte de Venus por arriba y se desvanecen en el perineo por atrás, juntán dose en la línea media para formar la comisura posterior. La cara exter--na del labio mayor se parece a la piel contigüa y después de la pubertad se cubre de pelo. En la mujer nulípara, la cara es húmeda, parece una mem--brana mucosa, mientras que las multíparas presentan un aspecto parecido al de la piel, pero no está cubierta de pelo. Contiene gran abundancia - de glándulas sebáceas. Por debajo de la piel hay una capa de tejido adi--pososo , pero sin elementos musculares.

LABIOS MENORES:

Al separarse los labios mayores muestran dos pliegues planos y ro--jizos, los labios menores que se juntan en el extremo superior de la vul--va. Varían gradualmente en tamaño y forma. En la mujer nulípara están cu--biertos por los labios mayores; en las multíparas sobresalen de éstos.

Cada labio menor consta de un delgado pliegue de tejido, que cuando está cubierto por los labios mayores presenta un aspecto húmedo y rojizo, similar al de la mucosa. Sin embargo está cubierto de epitelio estratifi--cado en el que sobresalen numerosas papilas. No tiene pelo, pero sí mu--chas glándulas sudoríparas. El interior de los pliegues labiales está --

formado por tejido conjuntivo rico en vasos y pobre en fibras musculares lisas como las estructuras eréctiles. Son sumamente sensibles y están -- abundantemente provistos de diversas clases de terminaciones nerviosas. Los labios menores convergen hacia adelante y cada uno se divide cerca -- de su extremidad superior en dos laminillas. De las inferiores se unen y forman el frenillo del clítoris y las superiores se desvanecen en el prepucio. Hacia atrás se desvanecen de manera casi imperceptible en los labios mayores y se aproximan a la línea media y constituyen la horquilla.

CLITORIS:

Es una estructura pequeña, cilíndrica y eréctil, situada en el extremo anterior de la vulva que sobresale entre las extremidades ramificadas de los labios menores, las cuales forman su prepucio y su frenillo.

Consta de glándula y dos pilares, es el homólogo del pene. El clítoris es la principal zona erógena de la mujer.²

VESTIBULO:

Es el área en forma de almendra, limitada por los labios menores, que se extiende desde el clítoris a la horquilla. Es el resto del seno -- urogenital del embrión y está perforado por cuatro orificios: la uretra, la vagina, y los conductos de las glándulas de Bartholin . La porción -- posterior del vestíbulo, situada entre la horquilla y el orificio vaginal se distinguen como fosa navicular. Sólo suele observarse en las mujeres nulíparas, ya que se oblitera después del parto.

=====

² Ibidem; pp. 10-11.

Las glándulas de Bartholin son dos pequeñas glándulas, situadas por debajo del vestíbulo a ambos lados del orificio vaginal. Están localizadas debajo del músculo constrictor de la vagina y algunas veces están cubiertas en parte por los bulbos vestibulares.

ORIFICIO VAGINAL E HIMEN:

Ocupa la porción inferior del vestíbulo y es de tamaño y forma muy variable. En las vírgenes queda oculto por los labios menores superpuestos y cuando se apartan éstos aparece casi por completo cerrado por el himen. El himen es sumamente variable en cuanto a forma y consistencia. Está compuesto principalmente por tejido conjuntivo, rico en fibras elásticas y en fibras colágenas.

ORIFICIO URETRAL:

El meato urinario está situado en la línea media del vestíbulo, de 1 a 1.5 cm por debajo del arco púbico y algo por encima del orificio vaginal. Suele estar como arrugado. El orificio se vé en forma de hendidura vertical. Los conductos parauretrales desembocan, por lo general, en el vestíbulo a ambos lados de la uretra, pero algunas veces lo hacen en su pared posterior inmediatamente por encima del orificio. Generalmente se les conoce con el nombre de conductos de Skena.

BULBOS VESTIBULARES:

A cada lado del vestíbulo, por debajo de su mucosa, se hallan los bulbos vestibulares, que son unos conjuntos de venas. Están muy próximos a las ramas isquiopúbicas y cubiertos en parte por los músculos isquiocavernosos y constrictor de la vagina.

VAGINA:

Es un conducto músculomembranoso que se extiende desde la vulva -- hasta el útero y se encuentra entre la vejiga urinaria y el recto, es el conducto excretor del útero, por lo que salen su secreción y la menstruación; es el órgano femenino del coito y, por último, forma parte del canal del parto. Por delante la vagina está en contacto con la vejiga y la uretra, de las cuales la separa el tejido que suele denominarse tabique vesicovaginal. Por detrás, entre su porción inferior y el recto, hay un tejido similar que forma el tabique recto-vaginal. La extremidad superior de la vagina es una bóveda en la que sobresale la porción inferior del - cuello uterino. La bóveda vaginal se subdivide en fondos de saco ante--- rior, posterior y dos laterales. Como la vagina se inserta más arriba en la partecervical posterior que en la anterior, el fondo de saco anter--- rior, posterior y dos laterales es mucho mayor que el anterior. Los fon- dos de saco tienen gran importancia ya que a través de sus delgadas pare- des, casi se puede palpar los órganos pélvicos internos.³

ORGANOS GENITALES INTERNOS.

UTERO:

Es un órgano muscular cubierto en parte por el peritoneo. Su cavi- dad está revestida por el endometrio. Durante el embarazo, el útero sirve para recibir, retener y nutrir el óvulo fecundado. El útero no gestante está situado en la cavidad pélvica entre la vejiga y el recto, y su extre- midad inferior sobresale en la vagina. Casi toda su pared posterior se -

3 Ibidem; pp. 12-13.

encuentra el peritoneo, mientras que su porción inferior limita en su -- parte anterior el fondo de saco de Douglas. Sólo la porción superior de la pared superior de la pared posterior de la vejiga, mediante una capa bien definida del tejido conjuntivo.

El útero es periforme y consta de dos partes desiguales: una por-- ción superior triangular en el cuerpo y una porción inferior cilíndrica o fusiforme, el cuello.

La cara anterior del cuerpo es casi plana, pero la cara posterior es claramente convexa. Las trompas de Falopio se inician en los cuernos del útero, en la unión del borde superior con el lateral. El borde superior convexo comprendido entre los puntos de inserción de las trompas -- recibe el nombre de fondo uterino. Los bordes laterales se extienden des de los cuernos hacia el cuello pélvico.

Lateralmente el útero, por debajo de la inserción de las trompas, no está cubierto directamente por el peritoneo sino que recibe la inser ción de los ligamentos anchos. ⁴

El útero es sumamente variable en cuanto a forma y tamaño según - edad y número de partos. La mayor parte del útero consiste en tejido mus cular y las paredes anterior y posterior de su cuerpo están en contacto, de ahí que la cavidad existente se reduzca a una simple hendidura.

El cuello uterino es fusiforme y tiene un pequeño orificio en cada extremo, el orificio cervical interno y el orificio cervical externo.

=====

⁴ Ibidem; pp. 12-21.

El itsmo, de especial importancia obstétrica, debido a que el embarazo contribuye a la formación del segmento inferior.

CUELLO UTERINO:

Es la porción del útero por debajo del itsmo y del orificio interno. En la cara anterior del útero su límite superior está más o menos en el punto donde el peritoneo se dobla y se dirige a la vejiga.⁵

La posición del útero normal es de ligera anteflexión. Cuando la mujer está en posición erecta, el útero permanece casi horizontal y algo doblado sobre su cara anterior, de manera que el fondo uterino descansa sobre la vejiga mientras que el cuello mira hacia atrás en dirección a la punta del sacro, con su orificio externo a la altura de las espinas isquiáticas. La posición del útero varía según el grado de distensión de la vejiga y el recto. El útero es un órgano dotado de cierta movilidad. El cuello se mantiene fijo, pero el cuerpo tiene libertad de movimientos en el plano antero-posterior.

LIGAMENTOS ANCHOS:

Son dos estructuras en forma de alas, que se extienden desde los bordes laterales del útero hasta las paredes de la pelvis, y dividen la cavidad pélvica en los compartimientos anterior y posterior. Cada ligamento ancho está formado por un pliegue de peritoneo que encierra diversas estructuras y tiene los bordes superior, lateral, inferior y medial. Los dos tercios internos del borde superior forman el mesosalpinx, al que está unida la trompa de falopio. El tercio externo, que se extiende desde la extremidad franjeada de la trompa hasta la pared pélvica, forma el ligamento infundibulopélvico (ligamento suspensorio del ovario) por

⁵ Ibidem; p.p. 10-20.

el que pasan los vasos ováricos. La porción del ligamento ancho situada por debajo de la trompa de falopio es el mesosalpinx; consta de dos capas de peritoneo entre las que a veces hay el paraovario.

El paraovario consta de varios tubos verticales delgados, cuyo interior está revestido por un epitelio. Sus extremidades superiores se comunican con un conducto longitudinal que se extiende inmediatamente por debajo de la trompa hasta el borde lateral del útero, donde termina en fondo de saco cerca del orificio interno.

LIGAMENTOS REDONDOS:

Uno a cada lado, se extienden desde la porción anterior y lateral del útero, inmediatamente por debajo de la inserción de las trompas. Cada uno de ellos está situado en un pliegue de peritoneo unido al ligamento ancho y se dirige hacia arriba y afuera hasta el canal inguinal, para pasar a través de él y terminar en la porción superior del labio mayor.⁶

LIGAMENTOS UTEROSACROS:

Se extienden desde la porción posterior y superior al cuello uterino, circundan el recto y se insertan en la fascia que cubre la 2a. y 3a. vértebras sacras. Se componen de tejido conjuntivo y muscular y están recubiertos por el peritoneo. Forman los límites laterales del fondo de saco de Douglas y ayudan a mantener el útero en su posición normal al ejercer tracción sobre el cuello.

=====

⁶ Ibidem; pp. 22-23

VASOS SANGUINEOS DEL UTERO:

La irrigación vascular del útero procede principalmente de las arterias uterinas y ováricas. La arteria uterina rama principal de la hipogástrica, después de descender un corto trecho penetra en la base del ligamento ancho, cruza el uréter continua hacia el borde lateral del útero. Inmediatamente antes de llegar a la porción supravaginal del cuello, se divide en dos ramas. La arteria cervicovaginal, que es la menor, riega la porción inferior del cuello y la porción superior de la vagina.

TROMPAS DE FALOPID U OVIDUCTOS:

Se extienden desde los cuernos uterinos a los ovarios y son los conductos a través de los cuales el óvulo alcanza la cavidad uterina. Los oviductos tienen de 8 a 14 cm de longitud. Cada trompa se divide en: porción intersticial está incluida en la pared muscular del útero.⁷

A partir de la cavidad uterina sigue una dirección fuertemente oblicua hacia arriba y afuera.

OVARIOS:

Son dos órganos con forma más o menos almendrada cuyas funciones principales son el desarrollo y expulsión del óvulo y la elaboración de las hormonas estrógenos y progesterona. Por lo general los ovarios están situados en la parte superior de la cavidad pélvica, en una pequeña depresión de la pared lateral de la pélvis, entre los vasos iliacos externos y los hipogás-

=====

⁷ Ibidem. pp. 23-24

tricos, que se denomina fosa ovárica de Waldeyer.

En el ovario está unido al ligamento ancho por el meso-ovario.

El ligamento ovárico se extiende desde la porción lateral y posterior del útero, inmediatamente por debajo de la inserción tubárica, hasta el polo uterino o inferior del ovario.

El ligamento infundivulopélvico o suspensorio del ovario se extiende - el polo superior o tubárico hasta la pélvica.

A través de él pasan los vasos y nervios ováricos.

La corteza, que constituye la capa externa, tiene un espesor que varía con la edad y adelgaza al envejecer.

En esta capa están situados los óvulos y los folículos de De Graaf.

La médula o porción central, se compone de tejido laxo que se continúa con el mesovario.⁸

CAMBIOS EN LOS EFECTORES DEL APARATO REPRODUCTOR:

Útero, la descamación regular y cíclica se divide en dos fases, una de duración variable, la proliferativa y otra más constante, la fase secreto--ra; por esto último se piensa que las variaciones en la extensión del ciclo menstrual son a expensas de la fase proliferativa. Esta primera etapa se - caracteriza por una proliferación del estroma y del epitelio glandular bajo la acción de los órganos.

A su vez, la fase proliferativa se ha subdividido en tres estadios.

=====

⁸ Ibidem. pp. 28-30

- 1.- El temprano, que va hasta el día 5 del ciclo y se caracteriza por glándulas escasas, rectas y de epitelio delgado con una luz estrecha.
- 2.- La proliferación media, que va del día 6 al 10, se caracteriza porque - las glándulas aumentan en número, se hacen tortuosas y se aprecia por - primera vez mitosis tanto en las glándulas como en el estroma que se ha ce celular.
- 3.- Entre el día 11 y 14 es la proliferación tardía, la cual se distingue - por presentar pseudoestratificación en su epitelio glandular, el estroma muy denso y la gran cantidad de mitosis.

Los cambios histológicos que caracterizan a la segunda fase, llamada - secretora, aparecen hasta aproximadamente 36 horas después de la ovulación. La primera indicación de que hay un cuerpo amarillo funcionando con producción de progesterona es la presencia de vacuolas de glucógeno en la base de las células del epitelio glandular y pocas horas después, correspondiendo - al día 18 del ciclo, las vacuolas se encuentran en todas las glándulas. 9

Entre los días 18 y 20, la luz de las glándulas se encuentran llenas - por la secreción de glucógeno y entre los días 21 y 22, las glándulas están exhaustas y se inician los cambios característicos del estroma que se hace laxo y edematoso lo cual finalmente facilitaría la implantación del huevo.

Poco después entre los días 23-24 se presenta la reacción predecidual que se inicia característicamente alrededor de los vasos y luego se extiende a las glándulas.

=====

⁹ Zarate Treviño A: Ginecología, pp. 190-192

Finalmente, después del día 25 la reacción predioidal ha alcanzado su máxima intensidad, abarca todo el estroma y hay infiltración linfocitaria.

Todos los cambios descritos anteriormente siguen una secuencia tan regular que se dice que se puede "fechar" el ciclo menstrual por medio de la apariencia histológica del endometrio. En la fase proliferativa se van produciendo pequeños gránulos de glucógeno en la base de las células, los cuales migran por arriba del núcleo de la ovulación y pronto se vierten en la luz glandular al principio de la fase lútea.

La fosfatasa alcalina que se encuentra en la membrana celular, juega un papel importante en el transporte de sustancias a través de la membrana y además puede ser muy activa, para el metabolismo del glucógeno.

Esta enzima aparece en el estroma poco después de iniciada la menstruación, tal vez para influir en el proceso de regeneración endometrial durante la fase proliferativa se le encuentra en el endotelio vascular y al rededor de las glándulas.

La fosfatasa alcalina participa en el transporte de glucosa y glucógeno a la luz alrededor de la ovulación.

Y ya en la fase lútea, se localiza en el endotelio de las arterias espirales. La fosfatasa ácida es más abundante en la fase lútea y de aquí -- aumenta progresivamente; al igual que otras enzimas proteolíticas se localiza en los lisosomas de citoplasma de la célula glandular. Alrededor de la menstruación, la fosfatasa ácida es liberada de los lisosomas y se difunde así en el citoplasma ocasionando la lisis de la célula. 10

=====

10 Ibidem, p. 192.

Cuello Uterino: a diferencia del útero, la pared muscular del cuello uterino es mucho menos prominente y en cambio existe una gran abundancia de tejido conjuntivo con fibras colágenas y elásticas. En la mucosa existen abundantes glándulas tubulares con epitelio formado por células columnares que secretan moco en grandes cantidades. Tanto la morfología del epitelio como la cantidad de secreción se modifican por la influencia hormonal: en esta forma, bajo la acción de los estrógenos se observa una secreción mucosa con descamación, hace que el moco cervical se haga muy copioso y disminuya su viscosidad.

Este moco está constituido en un 98 por ciento de agua y un gran contenido de cloruro de sodio. El moco de origen epitelial está constituido de glucoproteínas que tienen una proporción de 75 por ciento de hidratos de carbono y 25 por ciento de grasas.

OVIDUCTOS:

En la fase preovulatoria aumentan las células ciliadas y secretoras; después de la ovulación disminuyen las células y aumentan las secretoras.

VAGINA:

El eje longitudinal de la vagina forma con el útero un ángulo de más de 90° . La vagina se encuentra dilatada en la parte media con una estrechez en sus dos extremos.

La pared de la vagina tiene una capa externa muscular y otra interna, la mucosa constituida por un epitelio estratificado escamoso y un tejido muy laxo y vascularizado. El epitelio vaginal también tiene la propiedad responder a las hormonas circulantes con:

- 1) Proliferación.

2) Diferenciación celular y

3) Descamación.

Antes de la pubertad y en la menopausia, cuando el nivel de estrógenos es bajo, el epitelio es estrófico por estar desprovisto de células intermedias y superficiales.¹¹

En cambio, bajo la acción de los estrógenos, la mucosa prolifera y sufre una descamación en el momento que se adiciona el efecto de la progesterona. Los estrógenos son únicos capaces de inducir cariopicnosis y cornificación y, por lo tanto, de completar la diferenciación celular.

LA CARIOPICNOSIS:

Consiste en disminución del núcleo con tinción de hematoxilina, muy -- aparente; y la cornificación es la propiedad del citoplasma de teñirse de -- rojo con eosina. El proceso de descamación sólo se lleva a cabo en las capas intermedias y superficiales.

La respuesta hormonal no es uniforme en toda la vagina y así, la parte superior de la misma es la más susceptible; además los factores locales como infestaciones e infecciones, también modifican la respuesta.

1.1.1. EVOLUCION NORMAL DE EMBARAZO.

De los muchos espermatozoides depositados en la vagina sólo -- unos cuantos alcanzan la ámpula tubaria que es donde esperan el arribo del óvulo.

=====

¹¹ Ibidem., pp. 193-194

Parece que el espermatozoide necesita "capacitarse" para poder realizar la fecundación y en ello participan las secreciones tubarias. El cigoto así formado se segmenta en blástomas y después de 7 días de fertilización se implanta por invasión activa en el endometrio quedando totalmente cubierto por esta mucosa una semana después, que es cuando el blastocito se ha diferenciado en células trofoblásticas productoras de hormonas coriónica.

En el ciclo menstrual en el que ocurrió la fertilización, en lugar de descender, sufre un nuevo incremento que se extiende hasta la cuarta semana de gestación.

Desciende temporalmente para volver a aumentar alrededor de la semana ocho y desde aquí seguirá aumentado hasta el final del embarazo. Por otro lado, la 17 alfa hidroxiprogesterona, por ser de origen ovárico descenderá paulatinamente en paralelo con el funcionamiento del cuerpo amarillo, hasta la semana ocho.¹²

El cuerpo amarillo sigue presente durante toda la gestación pero su función es muy limitada. La concentración de FSH (Hormona Folículo Estimulante) y LH (Hormona Luteinizante) se mantiene prácticamente inhibida durante todo el embarazo probablemente por la acción de los esteroides sexuales.

1.1.2. GENERALIDADES DE ANATOMIA Y FISILOGIA DEL COMPLEJO FETO PLACENTARIO.

FECUNDACION MADURACION DE GAMETOS.

La fecundación es el fenómeno en el que dos células altamente especializadas, por inicios se unen para formar la primera célula de un --

=====

¹² Ibidem. pp. 193-194

nuevo organismo, llamado cigoto. El gameto masculino o espermatozoide se origina en el testículo y madura en las vías seminales, y el óvulo o gameto femenino se origina y madura en el ovario.

Durante su desarrollo, antes de que la fecundación tenga lugar, tanto el óvulo como el espermatozoide deben experimentar una serie de cambios morfológicos en el citoplasma y en el núcleo, que tienen por objeto reducir el número de cromosomas a la mitad de los que posee la célula somática, mediante dos divisiones meióticas o de maduración. En las mujeres, al completarse la diferenciación sexual durante la pubertad, y simultáneamente al desarrollo del folículo durante el ciclo ovárico, el llamado ovocito primario termina su primera división de maduración, la cual se inició en la etapa prenatal. La primera división meiótica termina con la ovulación, pudiendo ser la acción de la LH el estímulo precipitante. De esta división se originan dos células con 23 cromosomas cada una. La primera de ellas la cual conserva su volumen inicial al recibir prácticamente todo el citoplasma, se conoce como ovocito secundario; la otra, de menor tamaño, recibe el nombre de primer "cuerpo polar" y quedará situada entre la zona pelúcida y la membrana celular del ovocito secundario.

Tam pronto como ha terminado esta primera división de maduración y antes de que el núcleo del ovocito secundario haya vuelto a su fase de reposo, se inicia en la célula la segunda división de maduración, que origina el óvulo maduro y el segundo "cuerpo polar". La segunda meiosis, expulsión del segundo cuerpo polar ocurre en el momento de la fecundación; siendo la penetración por medio de un proceso enzimático. A continuación se describe un mecanismo que impide penetración de más espermatozoides al huevo.¹³

=====

¹³ Ibidem. pp. 3-5.

TRANSPORTE DE LOS GAMETOS:

Una vez que ocurre la ovulación y antes de que la fecundación tenga lugar, tanto el óvulo como el espermatozoide deben recorrer cierta distancia por las vías genitales, hasta que se encuentran en la trompa de falopio. Los espermatozoides depositados en la vagina durante el coito tienen que efectuar un recorrido largo y lleno de obstáculos, por lo cual la mayoría de ellos alcanza el sitio de encuentro con el óvulo.

El primer obstáculo lo constituye el moco cervical, de permeabilidad variable, depende del estado hormonal de la mujer.

Durante la ovulación el moco cervical es un gel cuyas mallas se encuentran dispuestas en heces paralelos, formando canales que permiten, e incluso guían, la progresión del espermatozoide hacia la cavidad uterina; por el contrario en la fase postovulatoria, la estructura física de este gel mucoso es totalmente diferente, ya que forma una densa red de intrincadas y pequeñas que impiden su penetración.

Una vez que se franquea esta barrera, los espermatozoides pueden continuar más fácilmente su tránsito. Parece que diversos factores, tales como las contracciones uterinas y a la prostaglandinas del semen, desempeñan un papel relevante en el transporte del espermatozoide hacia la trompa.

Se piensa que los espermatozoides, al pasar por las vías genitales femeninas, sufren cambios que son necesarios para poder efectuar la fecundación a este fenómeno se le denomina de "capacitación".

En el hombre no se ha podido aclarar el proceso íntimo de capacitación.

Por otra parte, en cuanto al transporte del óvulo la corona radiada que lo rodea y el líquido folicular son expulsados hacia la cavidad peritoneal en donde son captados por las fimbrias del pabellón tubario e introducidos

a la luz de la trompa.

Esta estructura posee un epitelio ciliado, el cual mantiene una corriente formada por líquido peritoneal y folicular hacia la cavidad uterina además, el tejido muscular, permite los movimientos peristálticos de la trompa.¹⁴

FERTILIZACION Y FORMACION DEL BLASTOCITO.

La función de los gametos ocurre habitualmente en el segmento istmico ampular de la trompa. Al ponerse en contacto el espermatozoide con el ovocito secundario, se adhiere de manera firme en la parte anterior de su cabeza libera el contenido acromial, el cual es rico en enzima proteolítica hialuronidaza y neoraminidaza, lo que aparentemente le permita disociar las células de la corona radiada y llegar a la zona pelúcida, que es una capa mucho más densa, constituida principalmente por polisacáridos. Al continuación, el espermatozoide penetra, sigue un trayecto oblicuo, casi tangencial a la superficie del óvulo. En el momento que el espermatozoide penetra al óvulo, éste termina su segunda división de maduración, y sus cromosomas, en número haploide (22 X) se disponen en una masa vesicular llamada pronúcleo femenino.

El homoplasma se contrae simultáneamente y se forma el espacio perivitelino que incluye los cuerpos polares.

Mientras se lleva a cabo lo anterior, el espermatozoide avanza hasta situarse cerca del pronúcleo femenino, aumenta de volumen y forma el pronú-

cleo femenino; aumenta de volumen y forma el pronúcleo masculino, morfológicamente idéntico al femenino; en este momento, la cola se separa de la cabeza y el centriolo anterior se convierte en un centroma, el cual se divide en dos mitades, cada una de las cuales se desplaza a uno de los polos del nuevo huso. Los pronúcleos pierden su membrana celular y la cromatina experimenta resolución formando un conjunto único completo de cromosomas, que se organizan en el huso.

Los cromosomas se tienden longitudinalmente y las mitades correspondientes se desplazan a los centrómeros o puestos, con lo cual se restablece el número diploide de cromosomas de la célula. En forma simultánea, aparece un surco profundo en la superficie de la célula, el cual divide gradualmente el citoplasma en dos partes, originándose así el cigoto empieza a dividirse por mitosis para formar la mórula, la cual, al cavitarse, originará el blastocito. En estas condiciones, el huevo recorre la trompa de Falopio con destino a la cavidad del útero en donde permanece flotando aproximadamente dos días, nutriéndose de las secreciones de la mucosa uterina, y después penetra en el endometrio. Para que todo lo anterior se realice en una forma sincrónica, es necesario la presencia de un medio hormonal constituido por los estrógenos y la progesterona producidos por el cuerpo amarillo.^{15.}

PLACENTA:

La placenta es un órgano constituido por tejido materno y fetal. La ve

=====

15 Ibidem. pp. 7-8

llosidad corial es la unidad funcional. Esta vellosidad inicia su formación a partir del trofoblasto 11 a 12 días después de la fecundación; esta vellosidad se transforma en una secundaria al adquirir carácter mesenquimatoso y es terciaria cuando se forman los vasos embrionarios y hay desarrollo de las lagunas trofoblásticas este estado la placenta tiene una porción fetal, el corion frondoso y una materna, la decidua basal.

Del lado de la placenta fetal se encuentra la placa corial que es un tejido mesodérmico y entre ésta y la decidua basal se encuentran los espacios intervellosos recubiertos de tejido sincicial fetal y llenos de sangre materna. Los árboles vellosos crecen entre los lagos sanguíneos, pero no se mezcla la sangre materna con la fetal ya que los dos sistemas se encuentran separados por endotelio de los capilares fetales, por el estroma y trofoblasto.

Alrededor del cuarto o quinto mes, a partir de la decidua basalis se forman tabiques que se proyectan hacia el interior de los espacios intervellosos, pero sin alcanzar la placa corial. De esta manera la placa queda dividida en compartimientos que se denominan cotiledones. Las arterias espirales perforan la placa decidual y penetran al espacio intervelloso.

La presión en las arterias fuerza la sangre hacia estos espacios y baña así las vellosidades con oxígeno.

Por otro lado existen aperturas venosas en toda la superficie de la placenta decidual drena la sangre hacia los espacios.

El intercambio sanguíneo se limita a los sitios en los cuales el vaso fetal está en contacto íntimo con la membrana sincicial de la vellosidad.

METABOLISMO PLACENTARIO:

El trofoblasto es un órgano energético primordial ya que se sintetiza glucógeno y triglicéridos, además es capaz de almacenarlos como glucosa y -- ácido grasoso. Esta función del trofoblasto se mantiene hasta que el hígado fetal lo revela. En estas reacciones intervienen la insulina y la lipasa li poproteica. La placenta lleva a cabo simultáneamente funciones de transporte de material energético y de aminoácidos para el desarrollo del feto.¹⁶

Como un órgano endócrino sintetiza hormonas proteicas y esteroides de naturaleza muy compleja.

ANIDACION Y EMBRIOGENESIS:

Transporte del huevo e implantación. El huevo llega a la cavidad uterina 4 días después de la fecundación, fase de mórula, conteniendo entre 12 y 14 células o blastómeras, y pasa al estado de blastocito al implantarse. El blastocito está constituido por dos partes: una externa que es el trofoblasto, el cual rodea íntimamente a la otra estructura, que es el embrión, existiendo entre ambos una cavidad central, el blastocele, que sólo se interrumpe en un punto de contacto. En el momento de la implantación, el trofoblasto se ha diferenciado en dos tipos de células, una interna, el citotrofoblasto, y otra externa, que es el sincitotrofoblasto. El sincitiotrofo blasto penetra en el endometrio, el cual, a su vez, forma una reacción predecidual alrededor del trofoblasto, lo que establece un intercambio vascular. Aproximadamente siete días después de la fecundación, el trofoblasto inicia la producción de gonadotropina, la cual pasa de inmediato a la circulación -

¹⁶ IBidem; pp. 9-10.

materna y aparentemente actúa sobre el cuerpo amarillo para prolongar su función y asegurar así la continuación del embarazo. Este momento se puede considerar como el principal del intercambio endócrino entre la madre y el producto de la concepción. Mientras que el huevo prosigue la anidación, el embrioblasto se transforma en un disco con dos hojas. La primera, que ya se había diferenciado en la fase de blastocito libre, se llama endoblasto y la segunda, de células más voluminosas, situada por encima de la primera, se llama ectoblasto primitivo. El endoblasto primitivo forma así un disco embrionario bidérmico, que se une en la periferia con los amnioblastos.¹⁷

GASTRULACION.

Antes que finalicé la segunda semana de gestación a nivel del disco bidérmico, se esbozan los cambios característicos de la tercera etapa en la embriogénesis, que es la gastrulación, la cual consiste en una modificación de la organización del huevo, al final de la segmentación, que conduce a la instalación de las tres hojas definitivas del embrión: el ectodermo, el mesodermo y el endodermo. El ectodermo dará origen a la dermis, las placodas sensoriales, el cerebro, la médula espinal y las crestas neurales. El mesodermo dará la dermis, el aparato músculo-esquelético, a los aparatos urogenitales y cardiovasculares, a la parte no epitelial de los aparatos digestivo y respiratorio y a la sangre y los órganos hematopoyéticos. Finalmente, el endodermo se forma de los derivados braquiales, los aparatos respiratorio y digestivo y sus glándulas anexas. Durante la gastrulación se rica

el período de la organogénesis, que es la siguiente etapa del desarrollo del nuevo individuo.

DESARROLLO DEL EMBRION:

Diferenciación del blastocito; el primer signo de diferenciación de células aplanadas que van a formar el endodermo embrionario. El otro grupo de células que tiene características hormonales, forma el ectodermo.

Más adelante la cavidad del blastocito, recubierta por células trofoblásticas, se reduce en tamaño y se convierte en el saco vitelino primitivo.

Las células del endodermo embrionario crecen alrededor de la membrana de Henser, que está constituida por células mesenquimatosas, cambiando el saco vitelino a su forma definitiva. En la primera semana aparecen pequeños espacios entre la capa del ectodermo y la cubierta externa del trofoblasto. Estos cualecen alrededor de los días 8-12 de vida y forman la cavidad amniótica, la cual va aumentando de tamaño a medida que se reduce paulatinamente el saco vitelino. El mesodermo extraembrionario desarrolla cavidades que al unirse forman el celoma extraembrionario, cintilla primitiva al final de la segunda semana: las células ectodérmicas en la región caudal del disco germinal, se hacen esféricas, proliferan y migran hacia la línea media. Los cambios resultan en la formación de una banda gruesa que es el ectodermo embrionario o cintilla primitiva con un surco. En el interior del embrión algunas células ectodérmicas ya modificadas migran lateralmente entre las capas del ectodermo y del endodermo, formando así una nueva capa de células mesenquimatosas, ésta es la última ca

pa embrionaria que se desarrolla.

Células del mesodermo intraembrionario emigran a cada lado de la línea media hasta que se encuentran en la parte más cefálica del disco germinal enfrente de la placa precordial que es el área engrosada del endodermo. El polo craneal de la cintilla se engruesa y forma el "Nódulo primitivo" - que contiene una depresión que se califica "primitiva". Las células que migran del nódulo a la placa precordial, forman un cordón como proceso notocordial el cual da origen a la estructura del esqueleto del embrión.

Después del día 19 la cintilla involuciona caudalmente, pero las células superficiales continúan invaginando anterior y lateralmente, pero en la 4a. semana la cintilla y el nódulo primitivo disminuyen rápidamente en tamaño. A cada lado de la línea media, algunas células mesodérmicas forman una capa delgada de tejido que la porción cefálica, vecina de la proliferación notocórdica, se engruesa y forma el mesodermo paraxial. Al final de la tercera semana este mesodermo forma dos bandas longitudinales que gradualmente se segmentan en porciones de células epiteliodes, que son los somitas. El primer par de somitas aparece en la parte cefálica embrionaria. Al final del primer mes ya se han formado 40 pares, por lo que confiere una apariencia segmentada del embrión. Mientras tanto el mesodermo lateral se divide en dos capas: una externa en contacto con el ectodermo que se conoce como mesodermo parietal y la otra que cubre el saco vitelino, que el mesodermo esplácnico. Estas dos capas tapizan la cavidad celómica intraembrionaria, la cual a cada lado del embrión se continúa con la cavidad celómica extraembrionaria. El mesodermo intermediario que conecta el mesodermo paraxial y la placa lateral, se diferencia en las regiones cervical y torá

cica formando masas celulares segmentadas, pero en su porción caudal forman la cuerda nefrogénica. Al final de la tercera semana se forma el sistema cardiovascular a expensas de la capa mesodérmica. Estas células mesodérmicas localizadas en la zona cefálica embrionaria, se agrupan y se localizan dando lugar a células sanguíneas y células endoteliales periféricas. Los islotes sanguíneos se fundan y forman pequeños vasos sanguíneos. Durante todo el tiempo el embrión tiene la forma de un disco aplanado y oblongado. ¹⁸

BIOLOGIA DEL TROFOBLASTO:

Origen del sincitio de todos los componentes placentarios, el trofoblasto es el que tiene una estructura, una función y un desarrollo más variable. Su capacidad invasora determina la fijación del blastocito al útero; su papel en la nutrición del óvulo fecundado queda reflejado en su nombre, y su función como órgano endócrino es un requisito para el mantenimiento del embarazo.

Morfológicamente el trofoblasto, puede ser celular o sincitial o al parecer como células gigantes mono o multinucleadas. El genuino carácter sincitial del sincitio trofoblasto humano ha sido confirmado por la microscopía electrónica. El mecanismo de crecimiento del sincitio sigue siendo, no obstante, un misterio en vista de la discrepancia entre el aumento en el número de los núcleos en el sincitio trofoblasto y la sóla evidencia equívoca de replicación nuclear intrínseca. Las figuras mitóticas faltan
=====

¹⁸ Ibidem; pp. 9-10

totalmente en el sincitio y están confinadas al citotrofoblásto. Para distinguir la proliferación nuclear amitótica dentro del sincitio de origen citotrofoblásto del sincitiotrofoblásto.

Galton 1962 empleó la microspectrometría, se basa en el método de Feulgen para la medición del DNA. Observó una distribución diploide unimodal, del DNA el sincitio en el momento de un rápido crecimiento placentario, -- mientras que numerosos núcleos citotrofoblásticos contenía DNA en exceso de la cantidad diploide, refleja la síntesis del DNA en los núcleos de interfase preparatoria por la división Galton a la conclusión de que la acumulación rápida de núcleos en el sincitio se explica por la proliferación celular dentro del citotrofoblásto seguido de la unión de las células hijas en el sincitio.¹⁹

1.2. EPIDEMIOLOGIA DE LA MOLA HIDATIFORME.

La mola hidatiforme es un producto anormal de la gestación, que se caracteriza por profundos cambios patológicos en el corion y que en la mayoría de los casos conducen a la desaparición temprana del embrión con la continuación del crecimiento tumoral.

Se caracteriza por vellosidades hidrópicas con proliferación anormal del sincitio y el citotrofoblásto, así como avascularidad. En esta enfermedad, las vellosidades coriónicas se vuelven adematosas, excesivamente distendidas con líquidos, produciendo vesículas transparen--

=====

¹⁹ Pritchard, Op. Cit. pp. 109-113

tes con aspecto de racimo de uvas, que llenan la cavidad uterina.

El embarazo extrauterino en la trompa o en el ovario puede producir -- en raros casos mola o coriocarcinoma, se debe recordar que incluso en la -- gestación normal, algunas placentas muestran zonas localizadas de degeneración hidatídica.

1.2.1. LA ETIOPATOGENIA:

Se desconoce. Ninguna de las teorías que se han planteado , se justifica al momento y solamente queda patente el hecho de que su frecuencia se relaciona de alguna forma con aspectos socioeconómicos.

1.- En los países Asiáticos se informan frecuencia que van desde un embarazo molar por 82 embarazos hasta 1 x 530, en cambio en Estados Unidos de América y gran parte de los países Europeos que tienen denominador un al to nivel de vida, la frecuencia disminuye notablemente.

En nuestro medio las cifras varían de acuerdo del tipo de población hos pitalaria que se analice, en el hospital de Gineco-Obstetricia Número Uno - del Instituto Mexicano del Seguro Social, que se maneja un tipo de pobla-- ción de nivel socioeconómico medio y medio bajo, la frecuencia es de 1 x 614 embarazos.

A pesar de existir esta relación entre frecuencia y nivel socioeconómi co no ha sido posible identificar ningún factor específico nutricional o am biental que sea directamente responsable de la etiología de la mola.

La edad también modifica la frecuencia del embarazo molar pues si bien es cierto que los valores absolutos muestran su mayor frecuencia en la época de la fertilidad, 20 a 30 años, en un estudio realizado por el lapso de

10 años en el Hospital Número Uno del Instituto Mexicano del Seguro Social, ocurriendo 308,660 embarazos, de estos 299,680 corresponden a 542 casos de enfermedad del trofoblasto, de las cuales 62 (11.2%) correspondieron a mujeres de más de 40 años. El porcentaje de padecimientos del trofoblasto en - mujeres jóvenes fue de 0.16, en tanto las mayores de 40 años fué de 0.69; - lo anterior de una proporción de un embarazo molar por cada 624 embarazos - para las jóvenes y 1 x 145 embarazos para las mayores.²⁰

1.2.2. SINTOMATOLOGIA:

La mola se caracteriza por aumento de los síntomas simpáticos - de la .gravidéz, lo cual traduce un cierto estado tóxico materno, pero además el útero aumenta de tamaño, de una manera bastante más rápida que el em - barazo normal. Esta circunstancia determina que la altura uterina no con - cuerda con la edad gestacional; como las vellosidades se nutren de sangre - materna, la mola puede continuar creciendo en forma considerable aún después de la muerte del embrión, alcanzando unas veces gran tamaño. La expulsión espontánea se produce precedida de una hemorragia de sangre obscura entre - el segundo y el tercer mes a veces llega más adelante, pero casi nunca pasa de la vigésima semana. La hemorragia puede ser profusa, a veces tan impor - tante que llega a producir anemias agudas, La enferma continúa sangrando hasta tanto no sale la mola o se vacía la cavidad uterina. Cuando se pal - pa el útero, así como cuando se hace tacto vaginal o se práctica la explora -
=====

²⁰ Novak; Compendio de Ginecología pp. 292-297.

ción bimanual, se obtiene la sensación de un tumor blando, en el cual, generalmente no se tocan elementos fetales y la auscultación en consecuencia resulta negativa.²¹

1.2.3. DIAGNOSTICO:

La sospecha de embarazo molar, requiere que primero se establezca el diagnóstico de embarazo y se funda en la presencia de sangrado genital persistente, crecimiento uterino mayor que el correspondiente a la amenorrea, hiperemesis y excepcionalmente la expulsión de vesículas por vagina. Sin embargo el cuadro clínico de embarazo molar típico es relativamente poco frecuente, ya que nuestra experiencia que coincide con lo reportado por otros autores, solamente del 20 al 30% de los casos presentan síntomas gestosicos severos y del 40 al 60% crecimiento uterino mayor que el correspondiente al tiempo de amenorrea. Con frecuencia, que va del 5 al 25% pueden observarse quistes tecaluteinicos de los ovarios de muy diversos tamaños. Cuando la edad gestacional o el tamaño del útero lo justifica, adquiere valor el hecho de que no se ausculta foco fetal y no se palpan partes fetales. Debe tenerse presente que algunos casos de mola presentan los síntomas clásicos de la toxemia del embarazo.

Estas condiciones son de interés; pues ponen de manifiesto la necesidad de pensar en el embarazo molar aún en ausencia del cuadro clínico que clásicamente se ha descrito. Ante la sospecha clínica se practica determinación cuantitativa seriada de gonadotrofina coriónica. La gonadotrofina
 =====

²¹ Fragoso Lizalde, Lecciones de Obstetricia. pp. 390

coriónica es elaborada por el trofoblasto normal, las neoplasias que provienen del corion fetal humano tales como mola hidatiforme, corioadenoma, - también la elaboran y frecuentemente en cantidades francamente mayores que el embarazo normal; así mismo existen tumores que poseen elementos trofoblásticos, tanto ovario y testículo como extragenitales que pueden producir gonadotropina coriónica.

Para fines de diagnóstico de embarazo molar, debe hacerse un análisis cuantitativo de esta hormona y utilizar métodos biológicos o métodos inmunológicos en forma seriada que permiten establecer una curva de valores a los que es normal de acuerdo a la evolución cronológica del embarazo. No en todos los embarazos molares se encuentra una elevación característica de la - gonadotropina coriónica se hace evidente que en aquellos embarazos molares que cruzan con niveles elevados de gonadotropina coriónica se observan con mayor frecuencia los datos clínicos característicos.

ULTRASONIDO:

El método simple para detectar foco fetal, es útil desde la décima semana de embarazo; su ausencia sugiere la posibilidad de mola.

El método de ultraecsonograma que en el momento actual debe considerarse el más confiable, pues da una imagen característica de mola a partir de la semana diez con un alto porcentaje de seguridad y con la ventaja de que cuando existe duda puede repetirse sin riesgo alguno si se trata de un embarazo normal.

RADIOGRAFIA SIMPLE:

Se emplean desde las doce semanas de amenorrea. La ausencia de partes óseas fetales es compatible con el diagnóstico de embarazo molar.

ELECTROCARDIOGRAFIA FETAL:

Si se trata de embarazo molar no se obtendrá trazo electrocardiográfico fetal.

AMNIOGRAFIA Y ARTERIOGRAFIA PELVICA:

No deben emplearse en la actualidad para el diagnóstico de embarazo molar por los riesgos que implican sin ventajas sobre los métodos anteriores.

Siempre que se confirme el diagnóstico de embarazo molar debe practicarse estudio radiológico de campos pulmonares para investigar la posibilidad de metástasis.

1.2.4. TRATAMIENTO:

Confirmado el diagnóstico de embarazo molar, se produce al vaciamiento uterino de acuerdo con los siguientes puntos:

- a) Si el trabajo de aborto se establece espontáneamente se vigila y el momento en que la dilatación permite se practique legrado dígito instrumental o aspiración endouterina y legrado instrumental.
- b) Si no existe trabajo de aborto se induce con ocitocina en venocli--sis y cuando se alcanza condiciones propicias de dilatación se practica vaciamiento digito-instrumental y legrado uterino instrumental.
- c) La evacuación de la mola se efectúa por histerectomía abdominal sólo por excepción, cuando se trata de un embarazo molar de gran tamaño, presente sangrado profuso y no puede efectuarse adecuadamente - la aspiración endouterina.²²

=====

²² Zarate, Op. Cit. pp. 419-225

- D) Si se establece el diagnóstico de mola perforante debe hacerse histerectomía total con conservación de anexos.
- e) Se envía al servicio de anatomía patológica la totalidad del tejido molar obtenido y el producto del legrado uterino por separado.
- f) En la paciente de alto riesgo para coriocarcinoma cerca a los 40 -- años de edad o problemas de mola de repetición, debe considerarse la indicación de quimioterapia profiláctica durante 5 días, seguida de histerectomía con la mola in-situ, y prolonge la quimioterapia hasta negativización persistente de la gonadotropina coriónica.

1.- Si a los 30 días de vaciado el embarazo molar la paciente se encuentra asintomática con involución uterina normal titulación de gonadotropina coriónica, cada tres meses durante un año. Durante este lapso de observación debe evitarse el embarazo mediante el uso de algún método anticonceptivo seguro.

2.- Si a los 30 días existe uno o más de los siguientes datos sangrado genital, subinvolución uterina y/o gonadotropina coriónica presentes debe - practicarse legrado uterino instrumental y estudio histopatológico del material obtenido y de acuerdo con el resultado caben las siguientes posibilidades.

- a) Si el estudio histopatológico revela sólo la presencia de tejido molar y hay remisión de los síntomas y de los niveles de gonadotropina coriónica, sigue el criterio señalado en el punto 1.
- b) Si el producto del legrado muestra ausencia de tejido molar de cualquier proceso de degeneración maligna, pero persiste el sangrado y - los títulos de gonadotropina coriónica muestran cifras persistentes, con estudio radiológico de torax negativo para metástasis, se catalo

ga como enfermedad trofoblástica persistente y si se trata de paciente joven que no ha cumplido con la necesidad de su vida reproductiva, se somete a quimioterapia, habitualmente el esquema de dosis bajo es ambulatoria, si no responde, debe utilizarse alguno de los esquemas clásicos.

En pacientes cercanas a la menopausia, conviene practicar histerectomía total y quimioterapia simultánea con el criterio expuesto.

- c) Cuando el producto del legrado uterino revela la existencia de un coriocarcinoma, se hace investigación radiológica de metástasis y se practica histerectomía total asociada, a quimioterapia, control clínico y de laboratorio hasta la resolución del caso. Cuando se trata de enfermedad metastásica, se prefiere la quimioterapia, salvo en su localización cerebral y hemática, que requiere radioterapia.
- d) En mujer joven en la que se requiere conserve el útero aún ante diagnóstico histológico de coriocarcinoma, puede anteponerse la quimioterapia al tratamiento quirúrgico y llegar a este último, sólo si la quimioterapia fracasa.
- 3.- En las enfermas anteriores, resulten candidatos a recibir quimioterapia, se siguen diversos esquemas.
- a) En los casos de la enfermedad trofoblástica persistente, methotrexate oral en paciente ambulatorio, 5 mg diarios durante 5 días por 5 días de descanso, repitiendo el esquema por el tiempo que sea necesario hasta obtener negativización de gonadotrofina coriónica durante 3 semanas consecutivas.

Si durante las primeras seis semanas de tratamiento no se logre

=====la negativización, debe pasarse a otro esquema de quimioterapia. 73.

4.- Si bien para el diagnóstico de embarazo molar se vale de los métodos biológicos habituales para la cuantificación de la gonadotropina coriónica en el control de las pacientes, después de la evacuación de la mola o bien para el control durante y post-tratamiento con quimioterapia, se busca el método que brinda mayor especificidad y sensibilidad con objeto de poder detectar aún muy pequeñas cantidades de gonadotropina coriónica y evitar reacciones cruzadas con hormona luteinizante; para este fin sí se cuenta con radioinmuno análisis de la subunidad beta de gonadotropina coriónica.

Cuando se establece el criterio de curación por la negativización de gonadotropina coriónica determinada, siguiendo esta última técnica se incrementa sensiblemente el porcentaje de éxitos.

1.2.5. COMPLICACIONES:

No malignas, la hemorragia antes, durante y aún después del vaciamiento uterino u operatorio, es común especialmente en los embarazos molares avanzados. Las infecciones constituyen un problema importante, ya -- que la cavidad uterina no está protegida por una barrera amniótica contra las contaminaciones cervicales o vaginales. La perforación de la delgada pared uterina, durante la extracción operatoria de la mola, puede dar lugar a infecciones generales.

La ruptura espontánea del útero puede ocurrir tanto con la mola benigna como con la mola maligna. ²⁴

=====

²⁴ Benson Ralph; Manual de Ginecología y Obstetricia. pp. 250

1.2.6. PRONOSTICO:

La incidencia de la transformación de una mola hidatídica en un coriocarcinoma franco varía entre un 2 y un 3%, con la cifra que sube rápidamente en las mujeres de más edad. A veces pasan años entre la presentación de una mola hidatiforme y el desarrollo de un coriocarcinoma.

Antes de la utilización de la quimioterapia muestra que sólo en un reducido porcentaje de casos se desarrolla un verdadero tumor letal, aunque más de un cuarto no presentará, al comienzo, un curso del todo benigno.

Sin embargo, un número considerable de casos remite espontáneamente o se logró la curación con métodos y medios relativamente sencillos, como dilatación y raspado.

1.3. HISTORIA NATURAL DEL EMBARAZO MOLAR:

CONCEPTO:

La mola hidatiforme es un producto anormal de la gestación, que se caracteriza por profundos cambios patológicos en el embrión y que en la mayoría de los casos conducen a la desaparición temprana del embrión con la continuación del crecimiento tumoral.

FACTORES DEL AMBIENTE:

No se conoce existen, factores predisponentes edad, mujeres de edad avanzada o muy jóvenes, cantidad de hijos, primigestas o multiparas, desnutridas.

FACTORES DEL HUESPED:

Mujer con vida sexual activa.

FACTOR DEL MEDIO AMBIENTE:

Todos los medios socioeconómicos urbano, rural.

HORIZONTE CLINICO:

Inicia con cambios tisulares embarazo normal alteración del trofoblasto.

CAMBIOS ANATOMICOS Y FISIOLÓGICOS:

Histológicamente existe una degeneración quística de la vellosidad corial con proliferación anormal del trofoblasto.

SIGNOS Y SINTOMAS INESPECIFICOS:

Sialorrea, aumento de frecuencia de toxemia del embarazo.

SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS:

Aumento de los síntomas del embarazo, vómito, náuseas, crecimiento uterino mayor que amenorrea, ausencia de partes fetales y latido cardíaco fetal, sangrado por vagina con salida de vesículas, obscuro, indoloro, aumento de gonadotropina coriónica.

DEFECTO Y LIMITACION POR DAÑO:

Hemorragia transvaginal, desequilibrio hidroelectrolítico, infección, mola destruens.²⁵

INVALIDEZ O ESTADO CRONICO:

Después de la evacuación de la mola hidatiforme tiene frecuencia de recidivas aproximadamente de 1% de los embarazos subsecuentes, coriocarcinoma, enfermedad trofoblástica persistente, muerte por metástasis.

En el período prepatogénico, en la prevención primaria, para la promoción a la salud se llevará a cabo: charlas acerca de educación sexual, planificación familiar, educación higiénica.

=====

²⁵ Fragoso, Op. Cit. pp. 390

Nutrición ajustada a las fases de desarrollo y fases del embarazo.

Mantener condiciones favorables en vivienda, familia y comunidad, capacitación familiar y laboral para un mejoramiento económico.

EN LA PROTECCIÓN ESPECÍFICA:

Dar a conocer la enfermedad embarazo molar

Evitar exposición a factores carcinógenos.

Visita Médica periódica.

Atención prenatal.

En el período patogénico, en la Prevención Secundaria, para el diagnóstico temprano se llevarán a cabo las siguientes funciones:

- Realizar Historia Clínica Completa, exploración física, exploración ginecológica.
- = Estudios de laboratorio y gabinete, ultrasonido, arteriografía, determinación cuantitativa de gonadotropina coriónica.
- Administración de solución glucosada al 5% I.V.
- Colaboración en la inductoconducción.
- Transfusión sanguínea si el caso lo amerita.
- Tratamiento adecuado a embarazo molar, legrado uterino.

DENTRO DE LA PREVENCIÓN TERCIARIA:

Limitación del daño: prevenir que deje secuelas, vigilar signos vitales, estado de conciencia.

REHABILITACION:

- Concientizar a la paciente acerca de seguir el tratamiento.
- Visita ginecológica.

- Control durante un año
- Control de fertilidad.
- Orientación a la familia para que apoye a la paciente.
- Dieta adecuada.
- Terapia ocupacional en su hogar. ²⁶

=====
26 Zarate, Op.cit.; pp. 419-425.

II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

Datos de Identificación.

Nombre: J.C.C.
Sexo: Femenino
Edad: 21 años
Escolaridad: 6º de preparatoria.
Ocupación: Hogar
Religión: Católica
Nacionalidad: Mexicana
Servicio: Embarazo de Alto Riesgo
Fecha de ingreso: 7/III/87
Núm. de cama: 341

Nivel y Condiciones de Vida.

Habitación:

Características físicas: 4 habitaciones, cocina y baño, paredes de ladrillo y concreto, piso de concreto.

Casa: propia.

Animales domésticos: 1 gato

Servicios Sanitarios: agua suficiente, intradomiciliaria, potable.

Control de basura: cuenta con cestos para basura en su domicilio, el camión recoge la basura dos veces por semana.

Eliminación de desechos: cuenta con drenaje, W.C., lavabo, regadera, llaves en buen estado, coladera.

Iluminación: tiene una ventana en cada pieza

Pavimentación: es una zona pavimentada.

Vías de comunicación:

- Teléfono, no tiene.
- Medios de transporte, variado

Recursos para la Salud.

La paciente cuenta con el I.M.S.S. y un centro de salud.

Hábitos Higiénicos.

Aseo, baño de regadera diario con cambio total de ropa; aseo de manos las necesarias durante el transcurso del día y después de ir al baño.

Aseo bucal tres veces al día, con cepillo, dentrífico y agua.

Alimentación.

Desayuno: A las 8 ó 12 AM toma sólo leche, pan, huevo y frutas.

Comida: Come de 3 a 6 PM verduras, carne de res de vez en cuando, sopa de pasta, tortilla, agua simple o de frutas.

Cena: No acostumbra cenar.

Alimentos que originan preferencia: Pescado

Alimentos que originan desagrado o intolerancia: ninguno

Descanso.

Todos los días después de los quehaceres del hogar, se recuesta y ve televisión.

Sueño: Acostumbra dormir de 8 a 10 horas a veces con sueños, concilia el sueño con facilidad.

Estudio y/o Trabajo.

Sólo estudió hasta sexto de preparatoria, no trabaja actualmente.

Dinámica Familiar.

Actualmente existen discusiones, las cuales se trata de dialogar y llegar a una solución, los cónyuges conviven con sus familiares tanto como de parte de ella como de él.

Dinámica Social.

A las únicas personas que visitan es a sus familiares; con respecto a sus vecinos reciben saludos, no tienen problemas en su comunidad.

Rutina Cotidiana.

Se levanta, prepara el desayuno para su esposo, el baño, su ropa, - tiende su cama, barre, trapea, limpia sus muebles, lava ropa de los dos, lava trastes, parrillas de la estufa; cada fin de semana plancha ropa o - según la necesidad de la ropa en uso, se baña ella, va de compras para la preparación de la comida, y visita la mayor parte del día a su mamá.

Problema Actual o Padecimiento.

Esta paciente inicia vida sexual a los 19 años de edad, teniendo el control del ritmo, no refiere la utilización de algún otro anticonceptivo.

A los 21 años de edad se embarazó. La paciente se refiere que es un hijo deseado por ella, su cónyuge no lo acepta.

La pareja llega a la conclusión de casarse, al llegar el mes de febrero la paciente estando acostada se da cuenta que existe un sangrado transvaginal, indoloro, no abundante y obscuro. Razón por la cual

decide asistir a consulta en la cual se le efectúa un interrogatorio, exploración ginecológica y ultrasonido.

A la paciente se le da un diagnóstico de embarazo molar.

Antecedentes Personales Patológicos.

Amigdalitis, fiebre reumática, se encuentra cubierto cuadro de vacunación.

Antecedentes Familiares Patológicos.

Madre aparentemente sana, Padre asmático.

Comprensión y/o comentario acerca del problema o padecimiento.

No se explica el porqué fue ella quien tuviera ese padecimiento a pesar de no saber que es el embarazo molar. Si ella en el futuro podrá tener más hijos, quiere volver a embarazarse lo antes posible. La paciente desconoce lo que puede suceder en el futuro si no tiene la precaución adecuada.

Participación de la paciente y la familia en el diagnóstico, tratamiento y Rehabilitación.

La paciente al principio quería saber si su hijo vivía, que le dijeran la verdad, después se enteró de que no existía feto. Lo aceptó, se sometió al tratamiento estando de acuerdo su cónyuge y su familia de ambos. Actualmente su familia y su cónyuge la apoyan, con respecto a seguir su -- tratamiento, y debe seguir las indicaciones médicas para que pueda volver a embarazarse

EXPLORACION:

Antecedentes traumáticos: negativo.

Fracturas: negativo.

Intervenciones quirúrgicas: amigdalectomía.

Intoxicaciones: negativo.

Transfusiones: negativo.

Antecedentes Gineco-obstétricos:

Telarca: 13 años

Pubarca: 13 años

Menarca: 13 años

Ciclo menstrual: 30x3

Duración: 3 días

Cantidad normal

Número de toallas 4 al día húmedas

Coágulos: negativo.

Edad a la que inicia vida sexual: a los 18 años.

Menstruaciones alteradas por relaciones sexuales: negativo.

Pareja circuncidada: negativo.

Abortos: 1 actualmente por embarazo molar.

Legrados: 1

Fecha de aborto:

Complicaciones de legrado: negativo

Embarazos eutócicos: 0

Molas 1, Fecha de 15 de Febrero de 1987.

Hemorragias gestacionales 1 .

Antecedentes de Toxemia gravídica negativo
Antecedentes de infección gravída puerperal negativo
Partos prematuros negativo
Partos a término negativo
Partos post-maduros negativo
Fórceps negativo
Episiotomías negativo
Desgarros en genitales negativo
Cesáreas negativo
Sexo de Producto(s) negativo
Peso de producto(s) negativo
Malformaciones negativo
Ictericia neonatal negativo
Estado actual de los productos negativo
Puerperios normales, 1 positivo
Con hemorragia negativo
Puerperio con infecciones negativo
Tiempo intermedio entre gestación y gestación negativo

Resúmen de Antecedentes Obstétricos.

Gestas 1 Abortos 1 Cesáreas 0 Eutócicos 0 Partos 0

Fecha de última citología vaginal negativo

Resultados negativo

Anticoncepción ritmo

Observaciones:

Motivo de la consulta, por presencia de sangrado transvaginal obscuro, no abundante, no espeso, no es fétido.

Cuadro de inicio: estando acostada

Fecha de inicio: 15 de febrero de 1987.

A qué lo atribuye la paciente: no se lo explica

Evolución hasta el día que se realizó la historia clínica.

Se induce y conduce a trabajo de parto de aborto. La paciente continúa con náuseas, sangrado por ratos, en ocasiones ninguna vez al día.

Aparato Digestivo:

Vómitos positivo

Cantidad abundante

Olor ácido

Color amarillo

Frecuencia un día

Náuseas positivo

Cantidad abundante

Ptialismo negativo

Diarreas negativo

Meteorismo negativo

Vértigos negativo

Odontalgias negativo

Cefalalgia negativo

Neuralgias negativo

Somnolencia negativo

Aparato Urinario:

Características de la orina, amarillo claro, sin molestia a la micción, 4 -

veces al día.

Signos Reflejos:

Aumento del volumen de las mamas, areola más oscura, existencia de calostro en muy poca cantidad.

Pigmentación de la cara, existe ligero cloasma facial, línea morena más obscura.

Locomotor:

Dolor en articulaciones negativo

Inflamación, deformación de articulaciones negativo

Rigidez, trastornos de la marcha negativo

Respiratorio:

Percibe y diferencia bien los olores, 20 respiraciones por minuto, disnea negativo.

Tos y expectoración negativo

Habitus Exterior:

Expresión libremente escogida

Edad aparente a la cronológica

Biometría corresponde a la ectomórfica, persona hiperactiva de miembros -
alargados

Coefficiente intelectual, nivel socioeconómico medio

Exploración:

Pelo: abundante, bien hidratado e implantado

Cabeza: no se palpan hundimientos, deformaciones, normocéfala.

Ceja: arqueada, escasa, pestañas chicas, bien implantadas, abundantes, hidratadas, buena coloración de párpados.

Ojos: buena agudeza visual, lubricados, sin alteración en las conjuntivas.

Nariz: Percibe bien los olores, no presenta traumatismos, no presenta salida de secreción.

Oídos: simétricos con respecto a nariz, distingue bien los sonidos, pabellones bien formados.

Boca: hidratada, rosada, buena percepción de sabores, piezas dentarias completas, con regular estado de higiene.

Cuello: cilíndrico, corto, sensible, sin problemas a la deglución de alimentos, no se palpan molestias en ganglios y tiroides.

Tórax: movimientos respiratorios normales, sensible, mamas simétricas, turgentes, no se palpan nódulos aumentados de volumen, presencia de callosos, no presenta grietas.

Abdomen: línea morena oscura, buena sensibilidad, buena temperatura, ruidos peristálticos normales, se palpa masa, no se palpan partes fetales, no se escucha Frecuencia Cardíaca Fetal, ni movimientos fetales.

Genitales: vello bien implantado, labios mayores y menores hidratados, coloración rojo púrpura, presenta sangrado rojo oscuro.

Extremidades: simétricas, no presenta várices, cicatrices, color igual al resto del cuerpo.

Pies: No se aprecian malformaciones, micosis, buen estado de higiene.

CIFRAS DE LABORATORIO:

	Paciente	Normales	Observaciones
BIOMETRIA DE RUTINA			
BIOMETRIA COMPLETA			
HEMOGLOBINA	11.8g/dl	12.8-17 g	baja
HEMATOCRITO	35.0 ml/dl	40-52 ml	baja
C.M.H.G.	33.7%	32-36	normal
LEUCOCITOS	13.400 mm ³	5,000-10,000	aumentada
MONOCITOS	2%	4-9-	baja
LINFOCITOS	15%	24-38	baja
EOSINOFILOS	0%	1-4	baja
BASOFILOS	0%	01	normal
SEGMENTOS	77%	45-65	aumentados
EN BANDA	0%	0-7	normal
METAMIELOCITOS	0%	0	normal
MILOCITOS	0%	0	normal
PLAQUETAS	160 200mm ³	150,000- 400,000mm ³	normal
T. de Protombina	80.055%	80-100%	normal
T. de Tromboplastina parcial	34.5	30-50 segundos	normal

ESTUDIOS DE GABINETE:**Ecosonografía:**

Reporta útero sin producto intrauterino con imagen en copos de -
nieve.

III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

Nombre: J.C.C.

Sexo: femenino

Edad: 21 años

Servicio: embarazo de alto riesgo

Núm. de cama: 341

Diagnóstico Médico: Embarazo molar

3.1. Objetivos.

- 1 Participar en las medidas terapéuticas indicadas en la paciente con mo la hidatiforme.
2. Aplicar las acciones de Enfermería sistematizadas y específicas a los problemas detectados como son
 - 2.1. Planear las acciones de Enfermería en forma sistematizada y es pecífica a los problemas detectados.
 - 2.2. Mantener un control estricto de líquidos y la reposición de los volúmenes sanguíneos perdidos.
 - 2.3. Proponer un plan de alta que integre a la paciente en su propio control de salud conforme a lo establecido en su caso.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Paciente adulto joven, primigesta, casada, con escolaridad de preparatoria, Se dedica al hogar, forma parte de una familia organizada, tienen casa propia y con todos los servicios públicos. Su esposo trabaja en una oficina y son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Los antecedentes patológicos trascendentes son cuadros repetidos de amigdalitis y fiebre reumática controlada desde hace tres años. Vida sexual activa durante los cuales se controla con el método del ritmo, pese al cual se embarazó, y posteriormente contrajo matrimonio. En febrero de 1987, se presenta salida transvaginal de sangre color achocolatado no abundante, no fétido, sin dolor. Muy preocupada de lo ocurrido asiste a consulta médica al Hospital de Gineco-obstetricia Núm. 3 del IMSS, donde le son practicados estudios de diagnóstico y llegan a la conclusión de que se trata de un embarazo molar. Se inicia la inductoconducción del trabajo de aborto. Esto fué frustrante para ella, por lo que presenta un estado de depresión. La familia se ha mantenido cerca de la paciente y concientes de la severidad del caso, tratan de participar con la paciente.

3.2. DESARROLLO DEL PLAN:

Problema, embarazo molar.

3.2.1. Manifestación Clínica del Problema.

Crecimiento uterino mayor al de la edad gestacional, 10 semanas de evolución. Utero extrapélvico, 15 cm de altura, cérvix cerrado, hemorragia uterina transvaginal indolora, color rojo oscuro, no fétido con salida de vesículas.

3.2.2 Razón Científica del Problema

El crecimiento uterino acelerado es compatible con el embarazo molar. SE presenta uno en 1,500 embarazos. Una de las grandes incógnitas en la reproducción placentaria es el mecanismo por el cual se da la invasión trofoblástica del huésped materno. En el momento de la implantación, el trofoblasto se ha diferenciado en dos tipos de células, una interna el citotrofoblasto, y otra externa, que es el sincitiotrofoblasto. El sincitiotrofo-

blasto penetra en el endometrio, el cual, a su vez, forma una reacción -- predecidual alrededor del trofoblasto, lo que establece un intercambio -- vascular. Aproximadamente 7 días después de la fecundación materna y aparentemente actúa sobre el cuerpo amarillo para prolongar su función y - asegurar así la continuación del embarazo. Este momento se puede considerar como el principal del intercambio endócrino entre la madre y el producto de la concepción. La mola hidatiforme resulta de procesos que presentan un aspecto de actividad trofoblástica que va de lo benigno a lo maligno.

Histológicamente hay edema y degeneración quística de la vellosidad con proliferación anormal del trofoblasto sincitio citotrofoblasto y vascularidad. 27

La mola hidatiforme es un producto anormal de la gestación, que se caracteriza por profundos cambios patológicos en el corion y en la mayoría de los casos que conducen a la desaparición temprana del embrión con la - continuación del crecimiento tumoral.

La hemorragia uterina constituye el signo destacado, que aparece - en el 89 por ciento de las molas hidatídicas. La cantidad varía de pérdidas sangrantes a las menstruales, pequeñas a hemorragia profusa, aparece justo antes del aborto, más a menudo, aparece intermitente durante semanas y se prolongan más de un mes, y como consecuencia de estas hemorragias la anemia por pérdidas sanguíneas se presenta. Mientras que la cara

fetal de la p centa es brillante, en su centro la inserción del cordón umbilical; éste está constituido por una vena gruesa y dos arterias. La presión en las arterias fuerza la sangre hacia los espacios vellosos y baña - así las vellosidades con oxígeno. En el embarazo molar el crecimiento uterino acelerado provoca mayor gasto sanguíneo uterino, por lo que al no es tar la decidua basal en contacto con una estructura embrionaria constituida, el trofoblasto se implanta en toda la cavidad uterina y erosiona los vasos de la decidua, lo cual le da característica de sangrante. Sale al - exterior al perderse el tapón que sella el orificio uterino.

3.3. ACCIONES DE ENFERMERIA.

- Observar características del sangrado: color, olor, cantidad, cantidad - de toallas utilizadas por la paciente.
- Colaboración en la inductoconducción a trabajo de aborto.
- Administración de solución glucosada al 5% I.V., con 60 U.I. de ocitocina, 12 gotas por minuto para 12 horas dosis-respuesta, la cual se incrementa hasta maduración del cuello.
- Preparación de la paciente para legrado uterino.
- Realizar tricotomía y aseo vulvar.
- Participación de Enfermería durante el legrado uterino.
- Solicitar paquete globular.

RAZON CIENTIFICA:

La ocitocina tiene efectos estimulantes sobre el músculo liso del - útero y de la glándula mamaria, tan potentes y selectivos que indican una verdadera función hormonal del pólipéptido en esos sitios. La ocitocina se

destaca por producir contracciones del fondo de la matriz que son idénticas en amplitud, duración y frecuencia a las observadas en el embarazo avanzado y durante el trabajo de parto espontáneo. Se ha demostrado que los -- adecuados estímulos sensoriales que se originan en el cuello del útero y en la vagina o en los pezones, provocan liberación refleja de ocitocina de la hipófisis posterior. La iniciación del trabajo de parto se produce sin demostrar la dependencia de la ocitocina. Sin embargo, la dilatación del canal del parto es un estímulo reflejo demostrado para la liberación de la hormona.²⁸

La señalada elevación del nivel de ocitocina en plasma se produce durante el parto y tiene gran importancia en la expulsión del feto y placenta.

USO CLINICO DE LOS OCITOCITOS:

Inducción del trabajo de parto a término, control de la hemorragia después del parto, corrección de la atonía uterina post-parto, promover la contracción del útero, inducción del aborto terapéutico después del primer trimestre del embarazo.

INDUCTO CONDUCCION:

Es el procedimiento mediante el cual se provoca el inicio del trabajo de aborto, y conducción es el procedimiento que permite regularizar la dinámica uterina en el paciente que ya se encuentra en trabajo de aborto.

=====

²⁸ Goodman, Bases Farmacológicas de la Terapéutica. pp. 726

METODOS INDUCTORES:

Para llevar a cabo esta técnica consiste en administrar una disolución de ocitocina por vía intravenosa en goteo controlado (dosis respuesta).

TECNICA DE INDUCCION CONDUCCION:

1.- 500 ml de solución glucosada al 5% se agregan 2 unidades de ocitocina, con lo cual se obtiene una solución de 4 miliunidades.²⁹

2.- La administración se inicia con 12 gotas por minuto es decir 1 ml por minuto, y se duplica la dosis cada 20 minutos, hasta obtener respuesta, que consiste en 3 contracciones en 10 minutos. La respuesta a la ocitocina siempre es individual los factores que modifican la dosis respuesta son:

- a) Edad del embarazo, ya que a menor edad mayor dosis de ocitocina debe administrarse.
- b) Patología agregada-diabetes mellitus, toxemia gravídica.

Colocar en posición adecuada para la intervención, posición ginecológica, paciente en decúbito dorsal con región glútea apoyada en el borde de la mesa de exploración, miembros inferiores flexionados y separados por medio de piñeras.

FACILITA LA REALIZACION DEL LEGRADO:

Preparación física de la región. Lavado y tricotomía del área, asepsia

=====

²⁹ Mondragón Castro, Obstetricia Básica. pp. 172-173

de la zona sin contaminar la vagina. La dirección del lavado es de arriba a abajo y de la perideria al centro pues el introito se considera como el punto más sucio.

El legrado uterino constituye un método quirúrgico que permite la -- evacuación total del contenido de la cavidad uterina, se realiza con fines terapéuticos o diagnósticos.

TECNICA DE LEGRADO:

1. Colocar a la paciente en posición ginecológica.
2. Contar con el procedimiento anestésico de elección.
3. Efectuar tricotomía puboperineal.
4. Realizar sondeo vesical, asepsia de la región.
5. Contar con el diagnóstico preciso de posición, tamaño y consistencia.
6. Colocar campos estériles.

Introducir una valva vaginal abatiendo la pared posterior de la vagina para visualizar el cérvix.

Tomar el labio anterior del cérvix con una pinza de Pozzi, Mauseaux o Foerster.

Practicar histerometría de cavidad uterina para corroborar su tamaño y precisar la posición y dirección del útero.

En caso de que el cérvix se encuentre cerrado, practicar la dilatación progresiva de ésta con los dilatadores de Hegar, hasta que permita el paso de una pinza de Foerster.

Con la pinza de Foerster extraer la mayor cantidad posible de tejido ovular; hay que tener la precaución de cerrarla y abrirla con suavidad, en

en el interior del útero, para evitar lesionar este órgano. A continuación introducir una legra fenestrada de preferencia cortante y traccionar presionando siempre del fondo hacia el cérvix y limpiando la cara anterior, el -- borde derecho, la cara posterior y el borde izquierdo de la cavidad uterina guiándose por la marca que tiene la legra en el mango y que indica la parte anterior del mismo.³⁰

La transfusión de sangre completa, es el tratamiento de elección en la hemorragia aguda y activa o en el choque hipovolémico causado por hemorragia. Si el sujeto requiere transfusión masiva y recibe 4 a 5 litros o más de sangre. y ésta es almacenada de 24 horas o más puede sufrir trombocitopenia; pues las plaquetas son muy lábiles y se destruyen en la sangre almacenada. También puede presentar deficiencias en los factores V y VIII de coagulación que permanecen activos sólo durante varios días de almacenamiento. Estas deficiencias pueden evitarse si el paciente recibe unidades de sangre fresca captada en el lapso que no excede de 24 horas de obtenida.

Eritrocitos conglomerados (paquete globular) los eritrocitos se separan de la sangre completa por centrifugación y sedimentación. Se elimina 80 % del plasma, lo cual hace que el hematocrito sea de 60 a 70%. Los eritrocitos conglomerados están indicados en transfusiones en todos los sujetos anémicos, y al paciente quirúrgico antes y después de la operación. El empleo de eritrocitos conglomerados en vez de la sangre completa disminuye la carga volumétrica. Por esta razón es más inocuo para sujetos con insuficien--

=====
 30 Ibidem pp. 593-595

cia congestiva incipiente y aminora la frecuencia de reacciones postransfusionales causadas por factores plasmáticos.³¹

TECNICA DE TRANSFUSION:

La enfermera es la primera en recibir la unidad de sangre del banco de sangre, momento en el cual es necesario refrigerarla si no se emplea en los siguientes 30 minutos en el lapso equivalente.

Revisar etiquetas en la sangre del donador, y tener seguridad absoluta de que la recibe el paciente adecuado.

La sangre suele administrarse por un catéter de grueso calibre 16 o 18 en una vena de pliegue. Los tubos deben incluir siempre un filtro para evitar que el receptor reciba cualquier coágulo pequeño.

Registrar el momento en que comienza la administración de sangre.

Vigilar pulso y temperatura desde la transfusión y estar alerta en busca de cambios, molestias, disnea, náusea, vómito, urticaria, síntomas que indiquen reacción.

Permanecer con la paciente 10 minutos de comenzada la transfusión.

El goteo no debe exceder de 20 gotas por minuto salvo en los casos de pérdida sanguínea profusa.

El flujo debe ser continuo, para evitar la oclusión del volumen del catéter.

=====

³¹ Brunner, Enfermería Médico Quirúrgica. pp. 711-712

EVALUACION:

En la paciente después de haberse realizado el diagnóstico de embarazo molar por ultrasonido que reportó útero crecido sin producto intrauterino con imagen en copos de nieve y la determinación de la gonadotropina coriónica mayor de 700,000. Se llevan a cabo indicaciones médicas para la inducción al aborto molar.

Administración de solución al 5%, I.V. con 60 U.I. de ocitocina, 12 gotas por minuto dosis-respuesta con la cual se obtiene la dilatación del cuello y se practica el legrado uterino instrumental.

La evacuación del útero es completa y se envía al servicio de patología al producto obtenido, las vesículas en racimo.

Los resultados obtenidos del servicio de patología descartan masa maligna.

PROBLEMA:

Hiperemesis gravídica.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA:

Presencia de síntomas neurovegetativos con predominio de hiperemesis.

RAZON CIENTIFICA:

Las náuseas y los vómitos son molestias corrientes durante la primera mitad del embarazo entre la primera y la segunda falta de menstruación. La gonadotropina coriónica, ha sido implicada sobre la base de que sus niveles son bastante elevados durante el tiempo que son más comunes las náuseas y los vómitos. En los casos de mola hidatiforme en la cual es típico la elevación de los niveles de gonadotropina coriónica hasta 700,000UI cifra mayor que en la embarazada normal por lo que las náuseas y los vómitos están

muy exacerbados.

Los factores emocionales construyen a veces, a la gravedad de las náuseas y de los vómitos, las cuales llegan a adquirir tal intensidad o son tan prolongados que causan graves trastornos metabólicos en la madre.³²

Acciones de Enfermería:

- Vigilar vómito, cantidad, contenido.
- Vigilar dieta hipercalórica, hiperproteica, poco residuo.
- Balance de líquidos y electrolitos.
- Determinación de cuerpos cetónicos.

RAZON CIENTIFICA:

El vómito es lo suficientemente dañino, para producir pérdida de peso, deshidratación, acidosis debido a hambre, alcalosis debido a pérdida de ácido clorhídrico por el vómito y la hipocalcemia.

La ingesta de los alimentos se necesita continuamente, pero su aprovechamiento depende del proceso que sufren para ser absorbidos por el aparato gastrointestinal. Un individuo debe recibir una alimentación balanceada, preparada en forma correcta.

Cuando ésto no ocurre, el organismo se ve forzado a realizar ciertos ajustes, ya sea poder utilizar cantidades exageradas de ciertas sustancias nutritivas, o para continuar funcionando correctamente a pesar de no recibir diariamente las sustancias que requiere el organismo en cantidades ade

=====

32 Pritchard; Op. cit. pp. 261-619.

das. En el caso de un organismo enfermo la capacidad de ajustes se encuentra reducida y, cuando la dieta no es adecuada, aparecen signos de trastornos muy rápidamente. De ahí la necesidad de vigilar más directamente la alimentación del enfermo y tener un criterio mucho más estricto para evitar que ocurran transgresiones en la dieta pre-escrita, por deficiencia, por exceso o por otras características.

La dieta debe ser adecuada al enfermo y debe modificarse en los aspectos que sea necesario para que satisfaga las necesidades y características del individuo.³³

En este caso se dará dieta hipercalórica según el valor calórico sea sustancialmente mayor del requerido por el paciente. En este caso aumentar los alimentos ricos en calorías como azúcares, grasas, granos, hortalizas y aumentar la cantidad de frutas para lograr un mayor volumen que permita satisfacer el hambre sin proporcionarle mayor cantidad de calorías.

Dieta hiperproteica será necesario aumentar la cantidad de alimentos ricos en proteínas como las carnes, huevos, leguminosas, el queso y la leche.

En la hiperemesis gravídica la cantidad de alimentos se reduce en cada toma y se proporcionan pequeñas fracciones de acuerdo a la tolerancia -- gástrica.

Generalmente el aporte de la cantidad de líquidos y electrolitos se ha

=====

33 Icaza, Susana; Nutrición; pp. 80-85.

ce por vía endovenosa. Así que la dieta es a base de alimentos secos.

Los líquidos son indispensables para mantener la homeostasia del organismo.³⁴

El equilibrio o balance de cualquier sustancia es igual a la suma de los ingresos de esa sustancia por todas las vías de entrada menos las pérdidas de la misma sustancia por todas las vías de salida.

Cuando el organismo excede al egreso se consigue un balance positivo, y las concentraciones de esta sustancia se agota en el organismo.

Cuando las salidas son iguales a las entradas se logra un balance neutral con valor de cero. La terapéutica de sostén con líquidos tiene por objeto conservar al organismo en un balance neutral de agua, sodio y potasio, cloruro.³⁵

La presencia de cuerpos cetónicos en la orina indica el grado de utilización de grasas que hace el organismo para obtener la energía necesaria en las funciones que realiza.

Lo positivo de la prueba de cetonuria determinará el tipo de soluciones parenterales necesarias para evitar la concesión de la reserva adiposa en el individuo.

EVALUACION:

Se mantuvo a la paciente desde su ingreso con soluciones parenterales

=====
34 Nordmark; Bases Científicas de Enfermería; pp. 319.

35 Goodman, Op.cit; pp. 634-640.

solución glucosada al 5% de 1000 ml, para 8 horas y en ayuno en tanto se -
 practicaron los exámenes de diagnóstico y una vez definido el plan de tratam
 miento y realizado éste. La paciente inicia la ingesta de dieta líquida y -
 después dieta blanda sin interferencia de náusea o del vómito.

PROBLEMA:

Depresión y angustia.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA:

Debilidad, inquietud, nerviosismo, excitabilidad.

RAZON CIENTIFICA:

La paciente hospitalizada es un individuo que frecuentemente se sien-
 te deprimida y sumamente sola. La transición del estado de salud-enfermedad
 es una experiencia compleja y muy particular. El paciente tiene que modificar
 su imagen corporal, el concepto de sí mismo y sus relaciones con los demás
 y reajustarse a las limitaciones y adaptaciones reales de su estado. Esto -
 empieza a efectuarse en un medio en el cual la persona recibe tratamiento -
 para su trastorno físico.

En el ciclo de salud-enfermedad, la mayoría de las personas pasan por
 3 etapas: transición del estado de salud al de enfermedad aceptada y conva-
 lescencia. El tipo y la clase de experiencia que un individuo tenga en eta-
 pas, varía con su personalidad, el trastorno específico y los cambios origi-
 nados en su vida.

La angustia ocupa una posición de gran importancia en la teoría psicol
 analítica, según la cual es el resultado de la amenaza ejercida ya sea las

fuerzas autodestructivas del super yo. Según esta teoría, la angustia tiene dos papeles importantes: sirve como señal o indicador de conflicto y como agente que respalda la represión, la formación reactiva y la proyección. De hecho los diversos recursos y mecánicas mentales que sirven a un propósito defensivo, ejercen su fenómeno a través de su habilidad para reducir la intensidad de la angustia. 36

A través de su efecto sobre el sistema nervioso autónomo, la angustia tiene una especial facilidad para provocar trastornos, los fenómenos fisiológicos y encontrar expresión de síntomas psicofisiológicos. En las formas usadas a través de una estimulación del sistema nervioso, puede producir una tensión visceral generalizada y por lo tanto espasmos en la porción del corazón y del píloro, del estómago, irritabilidad intestinal, hiperclorhidria, diarrea, constipación, taquicardia y dificultad respiratoria.

Puede acompañarse de náuseas, desmayo, debilidad y temblores. Las manos y cara se cubren de sudor. La paciente toma una posición tensa, mueve nervios y una de las manos y los pies. Su voz se vuelve irregular y forzada, sus pupilas se dilatan ampliamente.

A veces se confunde la tensión con el efecto de la angustia de tirantez tanto emocional como muscular.

Experimentan inquietud, insatisfacción, miedo intenso y una espec--tación inquieta, la tensión aparece cuando una lucha por su seguridad y por otras situaciones diversas.

=====

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Brindar ayuda y apoyo psicológico.
- Brindar confianza y atención afectuosa.
- Reconocer la angustia en la paciente, así que pueden desencadenar ansiedad y advertir los signos fisiológicos, emocionales y de conducta.

RAZON CIENTIFICA:

La actitud del paciente y sus modales traicionan el estado de ánimo - prevalente de depresión de desaliento y de desesperación. En otras palabras la respuesta afectiva, la cual es la expresión externa de sentimientos está en relación con el ánimo deprimido.

Si se le ubica perfectamente en su situación y la razón de cada uno de los cuidados que se le están proporcionando, la paciente comprenderá su tratamiento y se mostrará confiada y cooperará con el equipo de salud, la - hará sentirse segura y que no se siente sola.

EVALUACION:

En la paciente una vez que se establece una comunicación afectiva fue posible disminuir la tensión y la angustia. Sobre todo por el temor a morir sola, sin que nadie se diera cuenta y a la hemorragia profusa del cuadro de la mola la hacían temer. Se logró que la paciente confiara en el equipo de salud, en los familiares que mantuvieron en constante movimiento la comunicación, aún quedaron varios puntos por resolver para que la paciente participara positivamente en su tratamiento. La vigilancia de las gonadotrofinas coriónicas por espacio de un año; el no poderse embarazar durante ese tiempo y la utilización de métodos temporales de control de la fertilidad antes de decidirse a tener un nuevo embarazo.

CONCLUSIONES:

El embarazo molar es una alteración del desarrollo ovular, que no sigue el patrón genético determinado para la especie humana. El crecimiento celular es desordenado con ausencia de amnios y embrión. Se desconoce la causa determinante sin embargo se consideran como agentes predisponentes - la multiparidad, de nutrición o embarazo en pacientes adolescentes, en algunos casos se reporta la mola de repetición donde no se descarta la causa genética.

La mola hidatiforme es un tipo de neoplasia que tiene un curso benigno en la mayoría de los casos, sin embargo en ocasiones puede desencadenar después del vaciamiento uterino en un coriocarcinoma. Este riesgo implica el seguimiento de las pacientes que presentan un embarazo molar, periódicamente en forma mensual para la determinación de gonadotropina coriónica en orina que en condiciones normales eliminado el embarazo debe ser negativo.

La presencia de gonadotropina coriónica en pacientes después del aborto molar indica la urgencia de estudios histopatológicos para definir el grado de malignidad y si se requiere tratamiento quirúrgico o si el grado de invasión sólo permite la aplicación de quimioterapia como medida paliativa.

Clinicamente la mola se manifiesta por crecimiento uterino mayor a la edad gestacional, presencia de sangrado transvaginal rojo-oscuro, no fétido e indoloro. Y el cuadro agregado de hiperemesis gravídica.

El diagnóstico se realiza por determinación cuantitativa de gonadotropina coriónica mayor de 700,000 UI, y ultrasonografía que reporta ausencia de embrión, partes fetales y frecuencia cardíaca fetal, y la presencia de

imagen en copos de nieve.

En este caso se trata de una paciente adulta joven, primigesta que - presentó hemorragia transvaginal en la décima semana de amenorrea. De inmediato acudió a una unidad hospitalaria donde después de exámenes de laboratorio y gabinete se le diagnóstico embarazo molar.

La participación de Enfermería estuvo enfocada a disminuir la angustia por la pérdida del producto y el riesgo de complicaciones posteriores. Se hizo amplia explicación de riesgo posterior al aborto molar de un proceso maligno, el cual podía detectarse oportunamente con la vigilancia médica - periódica para examen clínico y pruebas de gonadotrofina coriónica.

La escolaridad de la paciente permitió comprensión exacta de su problema. También fue necesario indicar los medios de prevención de embarazo, en tanto se podía aplicar un dispositivo ya que los hormonales están contraindicados en este caso. El tratamiento fue el siguiente: inducción del trabajo de aborto con solución glucosada al 5% más 20UI de acuerdo a la respuesta. La conducción del trabajo de aborto se realizó por espacio de 12 - horas hasta lograr apertura del orificio cervical y que el legrado se iba a practicar sin riesgo de laceración de cérvix o ruptura uterina. Durante el legrado fue necesario la transfusión de sangre fresca por el sangrado profuso que se originó al hacer la extracción de la mola. Posterior al legrado se mantuvo con solución glucosada al 5% más 20 UI de ocitocina, vigilancia de sangrado transvaginal y el control estricto de líquidos.

La vía oral se inició posterior a la recuperación post-anestésica de la paciente con dieta líquida para probar la tolerancia gástrica, ya que

al ingreso de la paciente, había manifestado la presencia de vómitos incoer
cibles.

La relación con la familia fue fundamental para la seguridad y confian
za de la paciente.

La relación con su esposo se hizo más sólida ya que sólo tenían 3 me-
ses de vivir juntos.

El hecho de tener que esperar más de un año para decidir un nuevo em
barazo fue aceptado positivamente pues ambos estaban convencidos de la con
veniencia de mejorar su relación, y estabilizar la situación económica,
familiar y de salud antes de un nuevo embarazo.

BIBLIOGRAFIA.

Asociación Nacional de Escuelas De Enfermería

"Proceso de Atención de Enfermería"

Mimioografiado

México, 1976

pp.72

Baena Paz, Guillermina

Instrumentos de Investigación

Manual para elaborar trabajos de Investigación y tesis profesionales.

Ed. Mexicanos Unidos, S.A.

Reimpresión 1986

pp. 134

Benson Ralp

Manual de Ginecología y Obstetricia

Ed. El manual moderno, S.A. de C.V.

México 1985

pp. 730

Benson Ralp

Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos

Ed. El manual moderno

México 1982

pp. 1027

Beck

Práctica de Obstetricia

Ed. La Prensa Médica Mexicana

Reimpresión 1984

pp. 847

Botella Llusia

Tratado de Ginecología

Fisiología Femenina

Tomo I

Ed. Científica Médica

España 1982

pp. 597

Brunner- Sholtis

Enfermería Médico-quirúrgica

Ed. Interamericana

México 1982

pp. 1562

Dawwhoost C.J.

Obstetricia y Ginecología

Ed. Salvat, S.A.

Barcelona, 1978

pp . 1024

Fragoso Lizalde

Lecciones de Obstetricia

Ed. El autor

México, 1970

pp. 971

Friedman Emmanuel

Obstetricia

Ed. Interamericana

México, 1977

pp. 818

Goodman

Bases Farmacológicas de la Terapéutica

Ed. Interamericana

México, 1978

pp. 1412

Icaza, J.

Nutrición

2ª ed.

Ed. Interamericana

México, 1983

pp. 250

Knorr

Manual de Ginecología

Ed. Científico Médica

España, 1982

pp. 893

Lawrence C. Kold

Psiquiatría Clínica

Ed. Interamericana

México, 1985

pp. 850

Mondragón Castro

Obstetricia Básica Ilustrada

Ed. Trillas

México, 1984

pp. 825

Nordmark

Bases Científicas de Enfermería

Ed. La Prensa Médica Mexicana

2ª ed.

México, 1979

pp. 704

Novak

Tratado de Ginecología

Ed. Interamericana

México, 1981

pp. 434

Pritchard A.

Obstetricia

Ed. Salvat

Barcelona, 1980

pp. 967

Quiroz Gutierrez

Anatomía Humana

Ed. Porrúa S.A.

México, 1975

pp.513

William F. Ganong

Fisiología Médica

Ed. El Manual Moderno S.A.

México, 1984

pp. 682

Zárate Treviño

Ginecología

Ed. Francisco Mendez Cervantes

México, 1982

pp. 609

GLOSARIO DE TERMINOS

- ANTERIOR:** Enfrente, superficie frontal.
- AMNIOS:** Membrana que envuelve al feto y contiene el líquido amniótico.
- BASAL:** La parte que se encuentra por debajo del huevo enclavado y forma la porción materna de la placenta.
- CORION:** La membrana más externa que forma el saco embrionario.
- OCITOCINA:** Una de las hormonas del lóbulo posterior de la hipófisis, contrae la musculatura de los conductos lácteos, y en consecuencia la expulsión de leche.
- COMPLICACION:** En medicina, un accidente o una segunda enfermedad que surge en el curso de una afección primaria.
- DECIDUA:** Recubrimiento endotelial del útero, engrosado y alterado para la recepción del óvulo fertilizado.
- DEGENERACION:** Deterioro en la calidad de la función.
- ESTROMA:** Es el tejido fibroso conectivo de sostén de un órgano, es decir, el que proporciona el armazón a las verdaderas células nobles o parénquima del mismo.
- ENZIMA:** Catalizador orgánico.
- EFECTOR:** Órgano que reacciona.
- FOLICULO:** Un saco pequeño que secreta.
- GLUCOGENO:** Es un polisacárido o hidrato de carbono complejo que se forma en nuestro organismo y se almacena en diversos órganos, sobre todo en el hígado, cuyas células poseen la capacidad de la glucogénesis o sea de formar glucógeno.

- HORMONA:** Sustancia química específica secretada por una glándula endócrina y transportada por la sangre para regular las funciones de tejidos y órganos en alguna otra parte del organismo.
- LIGAMENTO:** Banda fuerte de tejido fibroso que sirve para unir huesos u otras partes, o sostener un órgano.
- LISOSOMA:** Organelo celular que contiene enzimas digestivas.
- LINFOCITOS:** Son elementos corpusculares de la sangre que se incluyen en el grupo de los leucocitos o glóbulos blancos; están producidos -- por los ganglios linfáticos, que constituyen su cuna.
- NUCLEO:** Es la parte central de la célula, formada casi exclusivamente de sustancia proteica, tiene el aspecto de una masa redondeada que contiene en su interior algunos nucleolos.
- METASTASIS:** Transferencia de la enfermedad de una parte del organismo a -- otra, por lo general vía sanguínea o linfática.
- PUBERTAD:** La edad en que los órganos de la reproducción se hacen funcionalmente activos.
- Pudendos:** Los órganos externos de la reproducción, en especial de la mujer.
- TROFOBLASTO:** Las células que cubren al óvulo encajado y se relacionan con su nutrición.
- VELLOSIDADES CORIONICAS:** Salientes del corión a partir de las que se forma la parte fetal de la placenta. A través de ella se difunden los gases, nutrientes y productos de deshecho de la sangre materna a la fetal y viceversa.

HISTORIA NATURAL DEL EMBARAZO
MOLAR

PERIODO PREPATOGENICO

PERIODO PATOGENICO

CONCEPTO: La mola Hidatiforme es un producto-anormal de la gestación, que se caracteriza por profundos cambios patológicos en el embrión y que en la mayoría de los casos - conducen a la desaparición temprana del embrión con la continuación del crecimiento tumoral.

FACTORES DEL AMBIENTE: No se conoce, existen factores predisponentes edad, mujeres de edad avanzada o muy jóvenes, cantidad de hijos primigestas o multiparas, desnutridas.

FACTORES DEL HUESPED: Mujer con vida sexual activa.

FACTORES DEL MEDIO AMBIENTE: Todos los medios socioeconómicos; urbano, rural.

CAMBIOS
TISULARES

Embarazo normal.
Alteración del trofoblasto.

CAMBIOS --
ANATOMOFISIOLÓGICOS

Histológicamente -- existe una degeneración zo- quística de lo vellosidad corial -- con proliferación del trofoblasto.

SIGNOS Y SINTOMAS

INESPECIFICOS

Sialorrea

Aumento de

del embarazo

que amenorrea,

ausencia de partes fetales

y F.C.F.; sangrado transvaginal con salida de vesículas, indoloro,

Aumento de gonadotrofina coriónica.

SIGNOS Y SINTOMAS

ESPECIFICOS

Aumento de los

síntomas del embarazo: vómitos, náuseas;

crecimiento --

uterino mayor

que amenorrea,

ausencia de partes fetales

y F.C.F.; sangrado transvaginal con salida de vesículas, indoloro,

Aumento de gonadotrofina coriónica.

DEFECTO Y LIMITACION POR DAÑO

Hemorragia

transvaginal,

Desequilibrio

hidroelectrolítico, Infección

Mola destruens.

INVALIDEZ O ESTADO CRONICO

Después de

la evacuación de la

mola, tiene

una frecuencia de re-

cidivas --

aproximadamente del 1%

de los embarazos --

subsecuentes corio-

carcinoma, enfermedad

trofoblástica, muerte

por metástasis.

PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN TERCIARIA	
PROMOCIÓN PARA LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	DIAGNÓSTICO TEMPRANO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REHABILITACIÓN	
Charlas acerca de educación sexual, planificación familiar.	Dar a conocer la enfermedad: embarazo molar.	Realizar Historia Clínica Completa.	Prevenir que deje secuelas.	Visita ginecológica.	Control durante un año.
Educación higiénica.	Evitar exposición a factores carcinógenos.	Exploración física, exploración ginecológica.	Ultrasonido, arteriografía, determinación de gonadotropina coriónica.	Vigilar signos vitales.	Control de la fertilidad.
Nutrición ajustada a las fases de desarrollo y fases del embarazo.	Visita Médica Prenatal.	Administración de solución glucosada al 5% I.V.	Colaboración en la inductoconducción.	Vigilar estado de conciencia.	Orientación a familia para que apoye a la paciente.
Mantener condiciones favorables en vivienda y comunidad, capacitación familiar.		Transfusión sanguínea si el caso lo amerita.	Transfusión sanguínea si el caso lo amerita.	Dieta adecuada.	Terapia ocupacional en su hogar.
		Tratamiento adecuado a embarazo molar, - legrado uterino.			