



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTETRICIA  
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**DIMENSION PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA  
OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO DE OBSTETRIZ**

**TEMA DEL CASO CLINICO**

**“EMBARAZO MOLAR EN PACIENTE DE 27 AÑOS CON 11 SEMANAS DE  
GESTACION”**

**AUTORA**

**ISAMAR MAYERLY GARCIA ALCIVAR**

**TUTOR**

**DR CESAR BERMEO NICOLA**

**BABAHOYO-LOS RIOS-ECUADOR**

**2018**



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA OBSTETRICIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. CARLOS HIDALGO COELLO, MSc.  
DECANO O DELEGADO (A)

OBST. LICIAN MUÑOZ SOLÓRZANO, MSc.  
COORDINADOR DE LA CARRERA  
O DELEGADO (A)

DR. CONSTATINO DARRAMON HILL, MSc.  
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE  
O DELEGADO (A)

AB CARLOS FREIRE NIVELÁ  
SECRETARIA GENERAL (E)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**  
**UNIDAD DE TITULACION**



**APROBACIÓN DEL TUTOR**

Yo, **DR. CESAR BERMEO NICOLA**, en calidad de Docente - Tutor de la estudiante **Isamar Mayerly García Alcivar** la misma que está matriculada en la modalidad del Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema, "**EMBARAZO MOLAR EN PACIENTE DE 27 AÑOS CON EMBARAZO DE 11 SEMANAS DE GESTACIÓN**", de la Carrera de **Obstetricia** de la Escuela de **Obstetricia**, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los diecisiete días del mes de septiembre del año 2018.

**DR. CESAR BERMEO NICOLA**

Ci: 120037747-9. Cesar Bermeo Nicola  
19. CESAR BERMEO NICOLA  
OBSTETRICIA  
MOR 1579  
UNIVERSIDAD POLITÉCNICA

17/09/18  
OBT 2



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**  
**UNIDAD DE TITULACION**



**DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

**A: Universidad Técnica de Babahoyo**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela de Obstetricia**  
**Carrera de Obstetricia**

Por medio del presente dejo constancia de ser la autora del Caso Clínico (Dimensión Práctica) titulado:

**"EMBARAZO MOLAR EN PACIENTE DE 27 AÑOS CON EMBARAZO DE 11 SEMANAS DE GESTACIÓN"**

Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizó, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Babahoyo 17 de septiembre del 2018

**Autoras**

**Isamar Mayerly García Alcivar**  
CI. 120710919-8

17/09/18  
OAG





Babahoyo 17 de septiembre del 2018

**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACIÓN, EXÁMEN COMPLEXIVO**

Lcda. Betty Narcisa Mazacón Roca PhD  
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Alina Izquierdo Cirer Msc.  
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

En mi calidad de tutor de la Srta., GARCIA ALCIVAR ISAMAR MAYERLY en el CASO CLÍNICO-EXAMEN COMPLEXIVO, entrego el certificado del sistema URKUND.

**URKUND**

Documento [CASO CLINICO ISAMAR MAYERLY GARCIA ALCIVAR.docx](#) (041474399)  
Presentado 2018-09-15 21:25 (-05:00)  
Presentado por [Maygarcia30@hotmail.com](mailto:Maygarcia30@hotmail.com)  
Recibido [cbermeo.utb@analysis.urkund.com](mailto:cbermeo.utb@analysis.urkund.com)  
Mensaje CASO CLÍNICO EMBARAZO MOLAR EN PACIENTE DE 27 AÑOS CON EMBARAZO DE 11 SEMANAS DE GESTACIÓN [Mostrar el mensaje completo](#)  
9% de estas 11 páginas, se componen de texto presente en 4 fuentes.

**DR. CESAR BERMEO NICOLA**

Dr. Cesar Bermeo Nicola  
GABARCO OBSTETRICIA  
MIR 1879  
CATEDRA 90440 569



17/09/18  
acty

## INDICE GENERAL

ÍNDICE.....	I
RESUMEN.....	II
INTRODUCCIÓN.....	IV
TITULO DEL CASO CLINICO.....	VI
I MARCO TEORICO.....	1
1.1 JUSTIFICACION.....	16
1.2 OBJETIVOS.....	17
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	17
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
1.3 DATOS GENERALES.....	18
II METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	19
2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES DEL PACIENTE.....	19
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	19
2.3 EXAMEN FÍSICO.....	20
2.4 EXAMENES COMPLEMENTARIOS.....	20
2.5 FORMULACIÓN DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.....	21
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	21
2.7 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	22
2.8 SEGUIMIENTO.....	22
2.9 OBSERVACIONES.....	24
CONCLUSIONES.....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
ANEXOS.....	26

## RESUMEN

La mola es una patología que se presenta en gestantes adolescentes, en mujeres mayores primigesta y en gran medida en pacientes embarazadas de bajos recursos económicos, que se evidencia con una sintomatología idéntica a las preclamsia (hipertensión, edema y proteinuria) diferenciándola de la preclamsia por la hiperémesis que presenta la mola y por la edad gestacional en que se presenta llevando muchas veces a confusión.

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de la ETG son el antecedente del embarazo molar, la edad materna (<20 años y > 40 años) y usos de anticonceptivos orales. Además sugiere que la paridad.

Una de las principales causas en un embarazo molar es provocado por un ovulo fecundado de forma anormal. Las células humanas normalmente contienen 23 pares de cromosomas. Un cromosoma de cada par proviene del padre y el otro de la madre. Los cromosomas de la madre se inactivan y los del padre se duplican.

Los signos y síntomas de las manifestaciones clínicas dependen de la invasión local al momento del diagnóstico, además de la presencia de metástasis y su localización. El síntoma inicial más común es el sangrado uterino anormal, casi siempre durante el primer trimestre. Además, un 50% de estas pacientes al examen físico se le encontrara un tamaño uterino mayor al esperado para la edad gestacional.

Su tratamiento puede ser una dilatación y legrado aquí se extrae el tejido mola. Una histerectomía siempre y cuando la paciente esté en riesgo.

**Palabra clave:** Mola, Hidatiforme, histerectomía

## SUMMARY

The mole is a pathology that occurs in pregnant adolescents, in older women primigesta and to a large extent in pregnant patients of low economic resources, which is evidenced with a symptomatology identical to preclamsia (hypertension, edema and proteinuria) differentiating it from preclamsia by the hyperemesis that mola presents and because of the gestational age in which it occurs often leading to confusion.

The main risk factors for the development of the ETG are the antecedent of the molar pregnancy, the maternal age (<20 years and> 40 years) and uses of oral contraceptives. It also suggests that parity.

One of the main causes in a molar pregnancy is caused by an ovule fertilized abnormally. Human cells normally contain 23 pairs of chromosomes. One chromosome of each pair comes from the father and the other from the mother. The chromosomes of the mother are inactivated and those of the father are duplicated.

The signs and symptoms of clinical manifestations depend on the local invasion at the time of diagnosis, in addition to the presence of metastasis and its location. The most common initial symptom is abnormal uterine bleeding, usually during the first trimester. In addition, 50% of these patients to the physical examination will find a uterine size greater than expected for gestational age.

Its treatment can be a dilation and curettage here the mola tissue is extracted. A hysterectomy as long as the patient is at risk.

**KEY WORD:** Mola, Hydatidiform, hysterectomy



## INTRODUCCION

La mola es una patología que se presenta en gestantes adolescentes, en mujeres mayores primigesta y en gran medida en pacientes embarazadas de bajos recursos económicos, que se evidencia con una sintomatología idéntica a las preclamsia (hipertensión, edema y proteinuria) diferenciándola de la preclamsia por la hiperémesis que presenta la mola y por la edad gestacional en que se presenta llevando muchas veces a confusión. (Gynecol Pathol. 2001)

En cuanto a su variedad de mola tenemos parcial o completa. La mola puede presentar complicaciones durante el embarazo y posterior al tratamiento, ya que muchas veces no se realiza un buen manejo obstétrico, ya sea por falta de colaboración de la paciente, o algún otro motivo, desestimándose indirectamente diversos factores que pueda incidir en una complicación catastrófica desde la pérdida del útero, hemorragias infecciones, sepsis, shock hipovolémico hasta la muerte de la paciente.

La paciente de 27 años acude al Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo acude al área de emergencia obstétrica por presentar embarazo de 11 semanas de gestación por FUM con cuadro clínico de más o menos 48 horas de evolución caracterizado por dolor hipogástrico de leve a moderada cantidad acompañada de cefalea, tensión arterial elevada: 150/90 mm de Hg, mas sangrado transvaginal de moderada cantidad de más o menos 48 horas de evolución.

Paciente acude con ecografía obstétrica donde se calcula la edad gestacional, previo a la obtención de datos requeridos por la paciente se puede observar las manifestaciones y existencias clínicas, se decidió el ingreso hospitalario por

presentar cifras tensionales elevadas, cefalea y dolor pélvico más sangrado transvaginal.

Los exámenes complementarios y la ecografía: reporta placenta multiquística en patrón de racimo de uva con presencia de feto muerto.

La Confirmaron que se trataba de una mola hidatiforme parcial, por lo cual se legro la cavidad uterina y se extrajeron pequeños fragmentos de estroma endometrial.

Se indicó seguimiento médico por consulta externa y se citó a los 21 días para el control y la evaluación de su estado general.

**TITULO DEL CASO CLINICO**

**EMBARAZO MOLAR EN PACIENTE DE 27 AÑOS CON EMBARZO DE 11 SEMANAS DE GESTACION**

## **I. MARCO TEORICO**

### **EMBARAZO MOLAR**

#### **DEFINICIÓN**

La enfermedad trofoblástica gestacional se define como una complicación poco común de la gestación caracterizada por la proliferación anormal del tejido trofoblástico. Incluye un amplio espectro de entidades clínico-patológicas que va desde la ETG benigna (mola hidatiforme completa y Mola hidatiforme parcial) hasta patologías malignas (Mola hidatiforme invasora, Coriocarcinoma, Tumor del sitio placentario y Tumor Trofoblástico Epitelial) también conocido como neoplasia trofoblástica Gestacional. (Hydatidiform mole: Management.2017)

Del 10 al 15% de las molas hidatiformes se pueden convertir en molas invasivas las cuales pueden llegar a penetrar hasta un nivel tan profundo de la pared uterina que provocan hemorragias u otro tipo de complicaciones.

Del 2 al 3% de las molas hidatiformes pueden convertirse en coriocarcinoma, una forma de cáncer maligno, metastásico (diseminado) y de rápido desarrollo. A pesar de todos estos factores que normalmente indican un mal pronóstico, la tasa de curación después del tratamiento con quimioterapia es alta. (Smith R. et al - 2009-Obstetricia y Ginecología)

En condiciones normales, el tejido trofoblástico sano invade agresivamente el endometrio y desarrolla una vasculatura uterina, lo que genera una íntima conexión entre el feto y la madre, conocida como la placenta.

La enfermedad trofoblástica gestacional consta de 6 entidades clinicopatológicas distintas: mola hidatiforme completa, mola hidatiforme parcial, mola invasiva,

cariocarcinoma, tumores trofoblasticos de localización placentar, y tumores trofoblasticos epiteliales. (Hydatidiform mole: Management.2017)

## **EPIDEMIOLOGIA**

La mola hidatiforme es la forma más común de la ETG y corresponde aproximadamente a un 80%. A diferencia de la rara incidencia del cariocarcinoma, con un estimado de 1 en 20,000 a 40,000 embarazos. Aproximadamente el 50% de los casos de cariocarcinoma surgen de un embarazo molar, el 25% de un aborto involuntario o embarazo ectópico, y el 25% del termino o pre termino embarazo.

(Clin Obstet Gynecol 2003)

## **FACTORES DE RIESGO**

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de la ETG son el antecedente del embarazo molar, la edad materna (<20 años y > 40 años) y usos de anticonceptivos orales. Además sugiere que la paridad, sangre materna o grupo A o AB y sumado podrían también tener un efecto en el aumento de riesgo de dicha enfermedad. (Clin Obstet Gynecol 2003)

## **CAUSAS**

Un embarazo molar es provocado por un ovulo fecundado de forma anormal. Las células humanas normalmente contienen 23 pares de cromosomas. Un cromosoma de cada par proviene del padre y el otro de la madre.

En un embarazo molar completo, se fecunda un ovulo vacío con uno o dos espermatozoides, y todo el material genético proviene del padre. En esta

situación, los cromosomas del ovulo de la madre pierden o se inactivan y los cromosomas del padre se duplican. (Obstet Gynecol. 1988)

En un embarazo molar o parcial o incompleto, permanecen los cromosomas de la madre, pero el padre provee dos grupos de cromosomas. Como resultado, el embrión tiene 69 cromosomas en lugar de 46. Esto suele ocurrir cuando dos espermatozoides fecundan un ovulo, lo que provoca que haya una copia adicional del material genético del padre. (Obstet Gynecol. 1988)

## **SIGNOS Y SINTOMAS**

Las manifestaciones clínicas dependen de la invasión local al momento del diagnóstico, además de la presencia de metástasis y su localización. El síntoma inicial más común es el sangrado uterino anormal, casi siempre durante el primer trimestre. Además, un 50% de estas pacientes al examen físico se le encontrara un tamaño uterino mayor al esperado para la edad gestacional. (Obstet Gynecol 2004 )

## **FACTOR DE RIESGO**

Aproximadamente 1 de cada 1.000 embarazos se diagnostica como embarazo molar. Existen diversos factores asociados con el embarazo molar, entre ellos:

- **Edad de la madre.** Un embarazo molar es más probable en mujeres mayores de 35 años o menores de 20 años.
- **Embarazo molar anterior.** Si has tenido un embarazo molar, eres más propensa a tener otro. La repetición de un embarazo molar ocurre, en promedio, en 1 de cada 100 mujeres. (Atención al Paciente e Información Sobre Salud).



## **COMPLICACIONES**

Después de extracción de la mola, es posible que quede tejido molar y que continúe creciendo. La (neoplasia trofoblástica gestacional persistente). Se produce aproximadamente en el 15 o 20 por ciento de los embarazos molares completos y en el 5 % de los embarazos molares parciales.

Uno de los signos de la neoplasia trofoblástica gestacional persistente es un nivel de coriogonadotropina humana, una hormona del embarazo, después de la extracción de la mola. En algunos casos, una mola hidatiforme invasiva penetra la capa intermedia de la pared uterina en profundidad, lo cual provoca sangrado vaginal.

La neoplasia trofoblástica gestacional persistente casi siempre puede tratarse con éxito, generalmente con quimioterapia. Otra opción de tratamiento es la extracción del útero (histerectomía)

En raras ocasiones, se presenta una forma cancerosa de neoplasia trofoblástica gestacional conocida como (coriocarcinoma) y se propaga a otros órganos. Por lo general, el coriocarcinoma se trata con éxito con múltiples medicamentos para el cáncer. Es más probable que se presente esta complicación en un embarazo molar completo que en uno parcial. (Obstet Gynecol 2004 ).

## **DIAGNÓSTICO**

En la etapa inicial de la enfermedad trofoblástica gestacional hay pocas características que la distinguen de un embarazo normal.

El diagnóstico se sospecha según la historia clínica y los hallazgos en el examen pélvico. Se debe pensar en la presencia de una mola o de un embarazo molar cuando aparecen algunos de los siguientes signos y síntomas:

- **METRORRAGIA:** Es el signo más frecuente y por el que más consultan las pacientes.
- **NAUSEAS Y VOMITO:** La hiperémesis se debe al aumento de los síntomas del embarazo, a la presencia exagerada de tejido trofoblastico y a la elevación de la gonadotropina corionica (HCG)
- **SIGNOS DE PREECLAMPSIA:** debe sospecharse ETG cuando estos signos se presentan antes de la semana 24de gestación.
- **EXPULSIÓN DE VESÍCULAS:** salida de pequeñas vesículas por la vagina; aunque este síntoma es tardío y poco frecuente, se puede presentar especialmente cuando se sobrepasa de la semana 16 de gestación
- **SIGNOS DE HIPERTIROIDISMO:** se presenta taquicardia, sudoración y temblores.
- **SIGNOS DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA:** aparece por embolismo pulmonar de células trofoblásticas o por la asociación de preeclampsia e hipertiroidismo.
- **SOBRE CRECIMIENTO UTERINO:** es la desproporción entre el tamaño uterino y la edad gestacional.

- **APARICIÓN DE TUMORACIONES OVÁRICAS:** son quistes tecaluteínicos, generalmente bilaterales y multiloculares, debidos al estímulo de la □CG. (Obstet Gynecol.1994)

## **CLASIFICACION:**

La enfermedad trofoblastica gestacional se define como el grupo de alteraciones del embarazo, benignas y malignas, que se distinguen por: proliferación de células iniciales y del trofoblasto, degeneración hidrópica de las vellosidades corionicas y producción de gonadotropina corionica humana, con o sin embrión o feto. Incluye formas clínico-patológicas como: (revista.spotmediav.com)

## **MOLA HIDATIFORME:**

- Mola parcial
- Mola completa
- Mola invasora
- Coriocarcinoma
- Tumor trofoblastico de sitio placentario

## **MOLA HIDATIDIFORME COMPLETA Y PARCIAL**

Las molas hidatiforme se pueden clasificar como molas completas o molas parciales con base en morfología a simple vista, histopatología y cariotipo. (Smith R. et al -2009-Obstetricia y Ginecología)

## **MOLA HIDATIFORME (MH):**

La MH se clasifica como parcial o completa. Es importante remarcar que la diferencia básica entre mola parcial y mola completa es la presencia de tejido fetal en la primera que puede cursar con un feto con malformaciones, como producto de las anomalías cromosómicas asociadas. (Asociación Argentina de Ginecología Oncológica)

## **MOLA HIDATIFORME COMPLETA (MHC):**

**PATOLOGIA:** Se caracteriza por la ausencia de tejido fetal, degeneración hidrópica de las vellosidades coriales e hiperplasia extensa del tejido trofoblástico. (Obstet Gynecol.1994).

## **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de la ETG no es difícil si sumamos elementos del interrogatorio, el examen físico y las ayudas como el ultrasonido y los niveles de BHCG. En el sangrado vaginal puede verse material vesicular y en la ecografía se describe un patrón en tormenta de nieve. Esto, sumado a la presencia del crecimiento uterino exagerado y niveles especialmente altos de BHCG, configuran el diagnóstico del embarazo molar. (clinical obstetrics and gynecology).

**HEMORRAGIA VAGINAL.-** La hemorragia vaginal es el síntoma de presentación más frecuente en las pacientes con embarazo molar completo, y se producen en 97% de los casos. Los tejidos molares pueden separarse de la decidua y trastornar a los vasos sanguíneos maternos, con retención de grandes volúmenes de sangre que pueden distender la cavidad endometrial. Como la hemorragia

vaginal puede ser considerable y prolongada, la mitad de estas pacientes pueden tener anemia (HB <10g/100ml). (Smith R. et al -2009-Obstetricia y Ginecología)

**TAMAÑO UTERINO EXCESIVO.-** El tamaño excesivo del útero con relación a la edad gestacionales uno de los signos clásicos de la mola completa, aunque se encuentra solo en cerca de la mitad de las pacientes. La cavidad endometrial puede ampliarse tanto por el tejido corionico como por la sangre. El tamaño uterino excesivo se acompaña por lo general de contracciones muy elevadas de gonadotropina corionica humana, porque el aumento del tamaño del útero es, en parte resultado del crecimiento trofoblastico excesivo.

**PRECLAMPSIA:** Se observa preclampsia en 27 % de las pacientes con mola hidatiforme completa. Aunque la preclampsia se acompaña de hipertensión proteinuria e hiperreflexia, rara vez ocurren convulsiones eclámpticas. La preclampsia se desarrolla casi exclusivamente en pacientes con tamaño uterino excesivo y concentraciones muy elevadas de gonadotropina corionica humana. (Ginecología y Obstetricia 3era Edición Barcelona-España)

**HIPEREMESIS GRAVÍDICA:** Ocurre hiperémesis que requiere medidas antieméticas o tratamientos intravenoso de restitución en la 4ta parte de las mujeres que tienen mola completa, sobre todo en la que es excesivo el tamaño uterino y están muy elevadas las concentraciones de gonadotropina corionica humana. (Gynecol Pathol. 2001)

**HIPERTIROIDISMO:** Puede observarse hipertiroidismo clínicamente evidente en 7% de las pacientes con gestación molar completa. Estas mujeres tienden a presentar taquicardia, piel caliente y temblor, y el diagnóstico suele confirmarse al identificar concentraciones séricas elevadas de tiroxina libre, y triyodotironina. (Gynecol Pathol. 2001)

#### **MOLA HIDATIFORME PARCIAL (MHP):**

**PATOLOGIA:** presenta al mismo tiempo características de una placenta de desarrollo normal y de una Mola Hidatiforme Completa, con una gama de vellosidades desde normales a quísticas, mientras que la hiperplasia del trofoblasto es solo focal o “en parches” y por lo general afecta el sincitiotrofoblasto. En algunos casos de MHP está presente el feto, pero su desarrollo es casi siempre anormal, debido a las alteraciones cromosómicas (triploidia) asociadas. (Asociación Argentina de Ginecología Oncológica).

**DIAGNÓSTICO:** La ultrasonografía es una técnica digna de confianza y sensible para el diagnóstico del embarazo molar completo. Como las vellosidades corionicas manifiestan tumefacción hidrópica difusa, las molas completas producen un patrón sonografico vesicular característico. (Gynecol Pathol. 2001)

**TRATAMIENTO:** Una vez diagnosticada la presencia de embarazo molar, la paciente se valora con mucho cuidado en busca de complicaciones médicas acompañantes, como: preclampsia, hipertiroidismo, desequilibrio hidroelectrolítico y anemia. Una vez estabilizado el estado de la paciente se deberá decidir el método más apropiado de evacuación. (Gestational trophoblastic disease. Lancet 2010)



**HISTERECTOMÍA:** Si la paciente desea la esterilización quirúrgica, se puede someter a histerectomía con la mola in situ. Es posible preservar los ovarios en el momento de la operación aunque se encuentren quistes de teca luteína prominentes. Los quistes ováricos se pueden descomprimir mediante aspiración. La histerectomía no previene la metástasis, por lo tanto las pacientes seguirán requiriendo vigilancia con valoración de las concentraciones de gonadotropina corionica humana. (Gestacional trophoblastic disease. Lancet 2010)

**LEGRADO POR ASPIRACIÓN:** Es el método preferible para evacuar las molas, independientemente del tamaño uterino, en las pacientes que desean la fertilidad. Consiste en las siguientes etapas.

1. Administración de oxitocina en solución IV, esta maniobra se inicia en la sala de operaciones antes de inducir la anestesia.
2. Dilatación cervical conforme se está dilatando el cuello uterino, el cirujano a menudo encuentra aumento de la hemorragia proveniente del útero. La sangre retenida en la cavidad endometrial puede expulsarse durante la dilatación cervical. Sin embargo, la hemorragia uterina activa no debe impedir la terminación de la dilatación cervical con prontitud.
3. Legrado por aspiración, en plazo de pocos minutos de haberse iniciado el legrado por aspiración el útero puede disminuir de manera impresionante de tamaño y por lo general se habrá podido controlar bien la hemorragia. se aconseja con firmeza el empleo de una cánula de 12mm para facilitar la evacuación. Si el tamaño del útero pasa del equivalente de 12 semanas de gestación se colocara una mano sobre la parte alta del fondo y se dará masaje uterino para estimular la contracción de este órgano y reducir el riesgo de perforación. (Ginecología y Obstetricia 3era Edición Barcelona-España).

**GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA:** Después de la evacuación molar, las pacientes deben vigilarse con determinaciones semanales de las concentraciones de subunidad B de la HCG hasta que se normalicen durante 3 semanas consecutivas, a lo que seguirán determinaciones mensuales hasta que las concentraciones hayan sido normales durante seis meses seguidos. El tiempo promedio para lograr la primera concentración normal de HCG después de la evacuación es de cerca de 9 semanas. Al terminar la vigilancia la paciente podrá decidir si se embaraza. (Ginecología y Obstetricia 3era Edición Barcelona-España)

**ANTICONCEPCIÓN:** Se animan a las pacientes que recurran a la anticoncepción eficaz durante todo el intervalo de vigilancia de la gonadotropina. A causa del riesgo potencial de perforación uterina, no deberían insertarse dispositivos intrauterinos hasta que la paciente alcance una concentración normal de HCG normal. Si no desea la esterilización quirúrgica, tendrá que elegir entre empleo de anticonceptivos orales o métodos de barrera. (Ginecología y Obstetricia 3era Edición Barcelona-España)

## **MOLA HIDATIFORME INVASORA**

**ETIOLOGIA:** esta entidad que proviene de la mola hidatidiforme, la definen el crecimiento trofoblástico excesivo y su capacidad invasora local, con una invasión extensa por los elementos trofoblásticos, que incluyen vellosidades completas, en el miometrio e incluso hasta el peritoneo, parametrios y cúpula vaginal adyacente. Las metástasis a distancia son excepcionales. (Asociación Argentina de Ginecología Oncológica)

**PRESENTACION CLINICA:** suele presentarse con hemorragia severa y en ocasiones se diagnostica en la pieza de histerectomía. Constituyen el 15% de los embarazos molares. (Asociación Argentina de Ginecología Oncológica)

## **CORIOCARCINOMA**

Es el carcinoma del epitelio corionico, una forma extremadamente maligna de tumor trofoblastico. Es un tumor anaplasico epitelial puro, que por su crecimiento y metástasis se comporta como un sarcoma. (Asociación Argentina de Ginecología Oncológica).

## **NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL**

Este tipo de neoplasia engloba un grupo de enfermedades relacionadas que se desarrollan de la proliferación anormal del tejido trofoblastico. Estas condiciones pueden ocurrir después de un embarazo normal o anormal.

La GTN es caracterizada por el tejido trofoblastico que invade el miometrio, y que tienen el potencial para entrar a los vasos sanguíneos uterinos y metastatizar a otras áreas del cuerpo. (clinical obstetrics and gynecology)

## **PATOLOGIA**

Estos tumores se derivan del feto, no de la madre. Con la única excepción de la Mola parcial, todas las lesiones que abarcan esta enfermedad van a ser compuestas a su totalidad o en una parte, por material genético paterno, en un proceso llamado androgénesis. (clinical obstetrics and gynecology)

## **FUNCIONES Y DIFERENCIACION TROFOBLASTICA**

El trofoblasto humano es derivado del trofocotodermo, la capa más externa del blastocito. El citotrofoblasto (la capa de células más temprana del trofocotodermo), alinea el blastocito y sirve como célula madre para las otras capas de trofoblasto en desarrollo. Inmediatamente después de la implantación, el citotrofoblasto en su función de células madres, se diferencia en una masa inicial (trofoblasto preveloso).

(Gynecologic Oncology)-

## **TRATAMIENTO**

Un embarazo molar no puede continuar como un embarazo normal viable. Para prevenir complicaciones, debe eliminarse el tejido placentario anormal. El tratamiento generalmente comprende uno o más de los siguientes pasos:

- **DILATACIÓN Y LEGRADO:** para tratar un embarazo molar, el médico extraerá el tejido molar del útero. Con un procedimiento llamado (dilatación y legrado). El procedimiento de dilatación y legrado suele hacerse de forma ambulatoria en un hospital. (Atención al Paciente e Información Sobre Salud)

Durante el procedimiento, se administrará la anestesia local o general y se recostará boca arriba sobre la mesa del quirófano con las piernas en los estribos. El médico insertará un espejo en la vagina, igual que durante un examen pélvico, para poder observar el cuello uterino. Luego, dilatará el cuello uterino y extraerá tejido del útero con un dispositivo vacío

- **HISTERECTOMÍA:** En raras ocasiones, si hay un riesgo elevado de neoplasia trofoblástica gestacional y no hay ningún deseo de futuro embarazo (histerectomía) (Atención al Paciente e Información Sobre Salud)

- **CONTROL DE LA CORIOGONADOTROPINA:** después de extraer el tejido molar, el medico repitiera las medicaciones del nivel de coriogonadotropina hasta que vuelva a la normalidad. Si continua teniendo coriogonadotropina en la sangre, es posible que necesites un tratamiento adicional.

Una vez finalizado el tratamiento para el embarazo molar, puede que el medico siga controlando los niveles de coriogonadotropina durante 6 meses a un año para asegurarse de que no quede ningún tejido molar

Debido a que los niveles de coriogonadotropina del embarazo también aumenta durante un embarazo normal, el medico puede recomendarte que esperes de 6 a12 meses ante de intentar quedar embarazada otra vez. El profesional recomendara una forma confiable de anticoncepción durante este tiempo. (Atención al Paciente e Información Sobre Salud)

## **DISCUSION**

El embarazo molar tiene datos histopatológicos típicos como es la presencia de edema de estroma veloso y proliferación trofoblastica, para clasificarlo como mola parcial o completa se utiliza la magnitud de los cambios histopatológicos, las diferencias cariotipicas y la presencia o no de elementos embrionarios, como se evidencio macroscópicamente en el presente caso, presencia de placenta multiquística y de un embrión vivo que corrobora con el diagnóstico de mola parcial. (Williams obstetricia.)

## **CONCLUSION**

La mola hidatiforme parcial es una patología poco frecuente en este medio pero no menos importante, se encuentra dentro de las causas principales del sangrado uterino dentro del primer trimestre, de esta forma su pronto diagnóstico es vital para el posterior manejo y repercusiones en la salud de la paciente. (Williams obstetricia.)



## 1.1 JUSTIFICACION

El reconocimiento de esta enfermedad como problema de salud pública, tanto nacional como internacionalmente, ha llevado al interés en el estudio de sus características epidemiológicas e histopatológicas, que nos revelan, hasta el momento, solo parcialmente, la dimensión de esta entidad nosológica y su impacto poblacional.

La incidencia de mola parcial es desconocida, posiblemente porque muchos casos no son diagnosticados por estudios histológicos, pues se escapan en abortos espontáneos o en las interrupciones.

La importancia del diagnóstico de la mola radica en que es una complicación del embarazo, aparece en uno de cada 2000 gestaciones. Es posible que actualmente, gracias a la monitorización de los niveles de gonadotropina coriónica humana (HCG), determinar precozmente si existe desarrollo de una enfermedad trofoblástica y su tratamiento temprano tiene buenos resultados ya que responde adecuadamente al tratamiento con quimioterapia.

El presente Caso clínico servirá para dar a conocer esta problemática que afecta la calidad vida ginecológica de las usuarias atendidas en el hospital SAGRADO CORAZON DE JESUS con el fin de que los médicos hagan conciencia sobre el cumplimiento adecuado de las normas del MSP y de la necesidad de informar a las usuarias sobre los riesgos que conllevan estas patologías.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL**

Interpretar el manejo adecuado y conducta a seguir en caso de Embarazo Molar

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar Cuáles son las principales causas del Embarazo Molar.
  
- Describir las características clínicas, diagnósticas y evolutivas de La paciente de 27 años que fue diagnosticada con embarazo molar.
  
- Desarrollar plan terapéutico correspondiente para el embarazo molar.

### 1.3 DATOS GENERALES

<b>EDAD</b>	27
<b>SEXO</b>	Femenina
<b>ESTADO CIVIL:</b>	Soltera
<b>HIJOS:</b>	1
<b>PROFESION/ OCUPACION:</b>	Ama de casa
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>	Secundarios
<b>NIVEL SOCIOCULTURAL/ ECONOMICO</b>	Bajo
<b>PROCEDENCIA GEOGRAFICA</b>	Quevedo
<b>DIRECCION DOMICILIARIA</b>	12 de octubre
<b>HABITOS</b>	Ninguno
<b>ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES</b>	Asma bronquial
<b>ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES</b>	No refiere
<b>ANTECEDENTES GINECOOBTRICOS</b>	No refiere

## **II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO**

### **2.1. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES DEL PACIENTE**

Paciente de 27 años de edad con embarazo de 11 semanas de gestación, con antecedentes médicos personales de asma bronquial.

Se decidió el ingreso hospitalario por presentar cifras Tensionales elevadas, cefalea y dolor pélvico más sangrado transvaginal de más o menos 48 horas de evolución.

### **HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE**

Paciente de 27 años de edad vive en unión libre acude al área de emergencia obstétrica por presentar embarazo de +/- 11 semanas de gestación por FUM con cuadro clínico caracterizado por dolor hipogástrico de leve a moderada cantidad acompañada de cefalea, Tensión arterial elevada: 150/90 mm de Hg, mas sangrado transvaginal de moderada cantidad de más o menos 48 horas de evolución.

Paciente Acude con ecografía obstétrica donde se calcula la edad gestacional.

Se decidió el ingreso hospitalario por presentar cifras Tensionales elevadas, cefalea y dolor pélvico más sangrado transvaginal de más o menos 48 horas de evolución.

### **2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)**

Previo a la obtención de datos requerido por la Paciente se puede observar las manifestaciones y existencias clínicas como son la tensión elevada y presencia de dolor pélvico acompañado de sangrado transvaginal de moderada cantidad de más o menos 48 horas de evolución.

### **2.3. EXAMEN FÍSICO**

CABEZA: normo cefálica

FASCIE: pálida

CUELLO: simétrico sin adenopatías

TÓRAX: simétrico expandido, campos pulmonares: ventilados, ruidos cardiacos rítmicos.

ABDOMEN: globuloso compatible con embarazo de +/- 11 semanas de gestación pro FUM.

SIGNOS VITALES: TA: 150/90, FC: 91, FR: 20, T°C: 36,5, SPO2: 98%

Estado de conciencia alerta

Al examen ginecológico: cérvix cerrado, se evidencia sangrado transvaginal de moderada cantidad.

### **2.4. EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

NIVEL DE BHCG: 90000mul /ml

HEMOGLOBINA: 95g/L

PARCIAL DEORINA: proteínas 5g/L (XXX)

GLUCEMIA: 4,1mmolL

CREATININA: 88mmol/L

ACIDO URICO: 351mm/L

PROTEINAS TOTALES: 73g/L

ECOGRAFIA: Reporta placenta multiquística en patrón de racimo de uvas con presencia de feto muerto.

### **PRUEBA DE LABORATORIO**

VIH negativo VDRL negativo GRUPO SANGUINEO: O (+)

## **2.5. FORMULACIÓN DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL**

### **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

Amenaza de aborto

### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Embarazo ectópico

## **2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR**

Paciente de 27 años con embarazo de 11 semanas de gestación

FUM: 18 de abril del 2018

Acude a emergencia obstétrica con cuadro clínico de más o menos 48 horas de evolución caracterizado por dolor hipogástrico de leve a moderada cantidad acompañada de cefalea, Tensión arterial elevada: 150/90 mm de Hg, mas sangrado transvaginal de moderada cantidad de más o menos 48 horas de evolución.



Después que el ginecólogo trata a la paciente y decide que Se debe realizar un legrado en la cavidad uterina la cual se extraen pequeños fragmentos de estroma endometrial para estudio anatomopatológico. Se indicó seguimiento médico por consulta externa y se citó a los 21 días para el control y la evaluación de su estado general.

## **2.7. INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES**

Considerando los valores tensionales elevados 150/90 mm de Hg

Proteinuria y edema moderado

## **2.8. SEGUIMIENTO**

La paciente es ingresada a sala de parto el Ginecólogo la valora decide enviarle una ecografía y exámenes para una mejor valoración.

### **EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

NIVEL DE BHCG: 90000mul /ml, HEMOGLOBINA: 95g/L

PARCIAL DEORINA: proteínas 5g/L (XXX) GLUCEMIA: 4,1mmol/L

CREATININA: 88mmol/L ACIDO URICO: 351mm/L

PROTEINAS TOTALES: 73g/L

ECOGRAFIA: Reporta placenta multiquística en patrón de racimo de uvas con presencia de feto muerto.

### **PRUEBA DE LABORATORIO**

VIH negativo VDRL negativo GRUPO SANGUINEO: O (+)

Luego que llega el diagnóstico de la ecografía y de los exámenes correspondientes el ginecólogo decide realizar un legrado ya que se trata de un embarazo molar parcial con feto muerto por lo que es una rara afección que no es común, no se forma un embrión como tal, mas tejido, por lo que se debe a una emergencia y debe ser evacuado lo antes posible.

El ginecólogo hace pasar a la paciente a sala de legrado con su respectiva vía.

Durante el procedimiento, se le administra anestesia local y se recuesta a la paciente boca arriba sobre la mesa del quirófano con las piernas en los estribos.

El Ginecólogo inserta un especulo en la vagina, igual que durante un examen pélvico, para poder observar el cuello uterino. Luego dilato el cuello uterino y extrajo tejidos del útero con un dispositivo de vacío.

Luego sale la paciente de sala de legrado y se le aplica una vía de solución salina 1000cc c/12 horas, ceftriaxona de 1 gr cada 12 horas, gentamicina de 160 mg c/ día, diclofenaco de 400mg c/ 8horas. Después de 2 días de haberle realizado el legrado a la paciente el Ginecólogo decide darle el alta con su respectiva medicación y le envía a realizarse una ecografía para que quede constancia de que la paciente no tiene restos.

Por lo que Se indica seguimiento médico por consulta externa a la paciente ya que tiene que seguir su tratamiento.

Se citó a los 21 días para el control y la evaluación de su estado general.

## **2.9. OBSERVACIONES**

Vigilar atentamente, Se determinan semanalmente las concentraciones de beta HCG hasta que normalicen, Durante 3 semanas consecutivas. Luego, se indica un control mensual durante 3 a 6 meses y su tratamiento va de acuerdo a cómo evolucione la paciente.

## CONCLUSIONES

El diagnóstico de mola hidatiforme parcial es fundamentalmente clínico y debe Apoyarse en la ecografía, en las determinaciones hormonales y en el estudio Citogenética. Aunque es una afección localizada, que se resuelve con la evacuación uterina, en algunos casos puede mantenerse una enfermedad trofoblástica persistente, Por cual es imprescindible realizar un seguimiento adecuado a las pacientes.

Aunque la génesis de este trastorno no se conoce por completo, los estudios Epidemiológicos ofrecen cierta orientación hacia factores de riesgo tales como: edad, antecedente de embarazo molar, paridad, contraceptivos orales, anormalidades en el útero o deficiencias nutricionales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

2010, G. t. (s.f.). *Gestacional trophoblastic disease. Lancet 2010.*

Asociación Argentina de Ginecología Oncológica. (s.f.).  
 Atención al Paciente e Información Sobre Salud. (s.f.).  
 Clin Obstet Gynecol 2003. (s.f.).  
 Gestacional trophoblastic disease. Lancet 2010. (s.f.).  
 Gynecol Pathol. 2001. (s.f.).  
 Hydatidiform mole: Management.2017. (s.f.).  
 Hydatidiform mole: Management.2017. (s.f.).  
 Lippincott Williams y Philadelphia.2000. (s.f.).  
 Obstet Gynecol 2004 . (s.f.).  
 Obstet Gynecol. 1988. (s.f.).  
 Obstet Gynecol.1994. (s.f.).  
 Revista de Ciencias Biomédicas. (s.f.).  
 revista.spotmediav.com. (s.f.).  
 Smith R. et al -2009-Obstetricia y Ginecología. (s.f.).  
 Smith R. et al -2009-Obstetricia y Ginecología. (s.f.).  
 Smith R. et al -2009-Obstetricia y Ginecología. (s.f.). Smith R. et al -2009-  
 Obstetricia y Ginecología.  
 Williams obstetricia. (s.f.).

## ANEXOS



**MOLA COMPLETA**



**Embarazo molar**

# Aspiración Manual Endouterina



- Altamente efectiva
- Segura
- No usa electricidad
- Menos sangrado
- Igual tiempo operatorio





UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTETRICIA  
CARRERA DE OBSTETRICIA  
UNIDAD DE TITULACION

Babahoyo, 06 de agosto del 2018

Dr. Alina Izquierdo Cirer, Msc.  
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION  
FACULTA DE CIENCIA DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
Presente.-

De mis consideraciones

Por medio de la presente yo, ISAMAR MAYERLY GARCIA ALCIVAR con cedula de ciudadanía **1207109198**, egresada de la escuela de **OBSTETRICIA**, de la carrera de **OBSTETRICIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de manera más comedida para hacerle la entrega del tema de caso clínico: "**EMBARAZO MOLAR EN PACIENTE DE 27 AÑOS CON EMBARAZO DE 11 SEMANAS DE GESTACION**"

Por la atención que se da a la presente quedo de usted muy agradecida.

Atentamente

ISAMAR MAYERLY GARCIA ALCIVAR  
EGRESADA  
C.I. 1207109198



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTETRICIA  
CARRERA DE OBSTETRICIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 05 de Julio del 2018

OBST.  
LILIAN MUÑOZ SOLORZANO  
COORDINADORA DE TITULACIÓN  
EN SU DESPACHO

Yo, **ISAMAR MAYERLY GARCIA ALCIVAR**, con C.I. 120710919-8, Estudiante egresada de la carrera de Obstetricia me dirijo a usted para hacerle la entrega de la siguiente documentación para la presentación de la propuesta del caso clínico, cuyos requisitos son.

**PROPUESTA DEL CASO CLINICO  
REGISTRO DE TUTORIA  
SOLICITUD DE ENTREGA DE LA PROPUESTA DEL TEMA  
INFORME DE ACEPTACION DE LA PROPUESTA DEL TEMA  
CD**

Agradezco por su atención.

Atentamente,

**ISAMAR MAYERLY GARCIA ALCIVAR**  
C.I. 120710919-8

*Prof. L.  
06/07/18  
LW*







**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**  
**UNIDAD DE TITULACION**



Babahoyo, 17 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.  
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **Isamar Mayerly García Alcivar**, con cédula de ciudadanía **120710919-8**, egresada de la Escuela de Obstetricia, Carrera Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados del Caso Clínico (Dimensión Práctica), tema: **"EMBARAZO MOLAR EN PACIENTE DE 27 AÑOS CON EMBARAZO DE 11 SEMANAS DE GESTACIÓN"**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente

**Isamar Mayerly García Alcivar**

CI. 120710919-8

17/09/18  
al Dr





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 UNIDAD DE TITULACIÓN  
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018  
 CARRERA DE OBSTETRICIA

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 20/09/18

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO ( ETAPA FINAL )

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Dr. Cesar Peruteo Nacola

FIRMA:

TEMA DEL CASO CLINICO: "Embarazo Molar en paciente de 27 años con Ectoplasia de la Gestación"

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Isamar Molyly Garcia Alvarado

CARRERA: Obstetricia

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	Docente	FIRMAN	Estudiante
			Presencial	Virtual				
2	9/07/18	Revisión de la Introducción y objetivos	✓		100%	Dr. Cesar Peruteo Nacola		Molyly Garcia Alvarado
2	16/07/18	Revisión de justificación	✓		100%	Dr. Cesar Peruteo Nacola		Molyly Garcia Alvarado
2	24/07/18	Revisión del Marco teórico	✓		100%	Dr. Cesar Peruteo Nacola		Molyly Garcia Alvarado
2	30/07/18	Revisión de las concepciones del Molar molar	✓		100%	Dr. Cesar Peruteo Nacola		Molyly Garcia Alvarado
2	8/08/18	Revisión de los datos Generales de la paciente	✓		100%	Dr. Cesar Peruteo Nacola		Molyly Garcia Alvarado
2	14/08/18	Revisión de la Metodología de la Paciente	✓		100%	Dr. Cesar Peruteo Nacola		Molyly Garcia Alvarado
2	22/08/18	Revisión de Análisis e interpretación del problema	✓		100%	Dr. Cesar Peruteo Nacola		Molyly Garcia Alvarado
2	29/08/18	Revisión de Seguimiento	✓		100%	Dr. Cesar Peruteo Nacola		Molyly Garcia Alvarado
2	7/09/18	Revisión de conclusión	✓		100%	Dr. Cesar Peruteo Nacola		Molyly Garcia Alvarado
2	13/09/18	Revisión de conclusión	✓		100%	Dr. Cesar Peruteo Nacola		Molyly Garcia Alvarado
2	17/09/18	Revisión de todo el proyecto	✓		100%	Dr. Cesar Peruteo Nacola		Molyly Garcia Alvarado

t. Ulises Muñoz Polozzano, MSc.  
 COORDINADORA DE TITULACIÓN  
 OBSTETRICIA