

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE OBSTETRICIA
MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN
OBSTETRICIA



**“MULTIGESTA CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO
INTRAUTERINO, OLIGOHIDRAMNIOS Y CIRCULAR NUCAL:
SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO DE CASO CLÍNICO. HOSPITAL “JESÚS
NAZARENO”- AYACUCHO, 2023”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CIENCIAS DE LA SALUD
SUB-LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD MATERNO - FETAL

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN MONITOREO FETAL Y
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

PRADO BELLIDO CYNTHIA MARVILA

ASESORA:

DRA. MELGAREJO FIGUEROA MARÍA DEL PILAR

HUÁNUCO – PERÚ

2024

DEDICATORIA

Mi principal motivación al realizar este trabajo es el amor por mi hijo Marcelo; a quien dedico todos mis esfuerzos.

CYNTIA MARVILA

AGRADECIMIENTO

Gracias a todos aquellos que
alentaron y apoyaron la realización y
finalización de este trabajo.

Agradezco a la Obstetra María del Pilar

Melgarejo Figueroa por su apoyo
y asesoramiento.

CYNTIA MARVILA

RESUMEN

El presente caso clínico denominado Multigesta con Restricción de Crecimiento Intrauterino, oligohidramnios y circular nucal: Seguimiento ecográfico de caso clínico. Hospital “Jesús Nazareno” — Ayacucho, 2023, con el objetivo de describir los resultados ecográficos del caso; los objetivos específicos fueron: Explicar los hallazgos clínicos en la ecografía y exámenes de laboratorio del caso clínico y Mostrar el manejo terapéutico, control, monitoreo y evolución del caso clínico durante su estancia hospitalaria. La investigación fue de método mixto donde se combina lo inductivo y deductivo con un diseño analítico de caso. Resultados: En el primer examen ecográfico se encontró que la edad gestacional fue de 29 semanas, en circunstancias reducidas los diámetros del perímetro cefálico, biparietal y el peso, así mismo, la talla y el perímetro abdominal en condiciones normales, además se encontró circular simple de cordón nucal. En la segunda ecografía se encontraron: Edad gestacional 37 semanas con un producto con los diámetros reducidos del perímetro cefálico, diámetro biparietal y el peso; la talla y el perímetro abdominal en condiciones normales, así mismo, el índice de líquido amniótico 13 mm., demasiado pequeño el pozo por lo que es diagnosticado con oligohidramnios severo y el flujo de la arteria umbilical y la cerebral media ubicada dentro de lo normal concluyendo la ecografía con el diagnóstico de gestación única activa de 37 semanas + 5 días por BMF + Oligoamnios severo + RCIU Tipo I + circular simple al cuello + Fisher MEF normal; la evolución y el trabajo de parto fue eutócico con neonato con Apgar normal, medidas antropométricas reducidas para la edad gestacional, pero buena evolución, características placentarias reducidas y maduración presente. Se concluye que la ecografía fetal y el monitoreo electrónico fetal son herramientas importantes para el diagnóstico temprano de las patologías y pueden conducir a acciones terapéuticas adecuadas.

Palabras Clave: clínico, oligohidramnios, nucal.

ABSTRACT

The present clinical case called Multigesta with Intrauterine Growth Restriction, oligohydramnios and nuchal circular: Ultrasound follow-up of the clinical case. “Jesús Nazareno” Hospital — Ayacucho, 2023, with the objective of describing the ultrasound results of the case; The specific objectives were: Explain the clinical findings in the ultrasound and laboratory examinations of the clinical case and Show the therapeutic management, control, monitoring and evolution of the clinical case during its hospital stay. The research was mixed method where inductive and deductive are combined with a case analytical design. Results: In the first ultrasound examination it was found that the gestational age was 29 weeks, in reduced circumstances the diameters of the head and biparietal perimeter and weight, as well as the height and abdominal perimeter in normal conditions, in addition a simple circular was found nuchal cord. In the second ultrasound, the following were found: Gestational age 37 weeks with a product with reduced diameters of the head circumference, biparietal diameter and weight; the height and abdominal perimeter under normal conditions, likewise, the amniotic fluid index 13 mm., the pit was too small, so he was diagnosed with severe oligohydramnios and the flow of the umbilical artery and the middle cerebral artery located within normal concluding the ultrasound with the diagnosis of active singleton gestation of 37 weeks + 5 days by BMF + Severe oligoamnios + IUGR Type I + simple circular to the neck + normal Fisher MEF; The evolution and labor was eutocic with a neonate with normal Apgar, reduced anthropometric measurements for the gestational age, but good evolution, reduced placental characteristics and present maturation. It is concluded that fetal ultrasound and electronic fetal monitoring are important tools for the early diagnosis of pathologies and can lead to appropriate therapeutic actions.

Keywords: clinical, oligohydramnios, nuchal.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. MARCO DE REFERENCIA	9
2.1. Fundamentos teóricos	9
2.2. Antecedentes:.....	22
III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	28
3.1. Presentación e interpretación de resultados	28
3.2. Comparación y discusión de resultados.....	32
CONCLUSIONES	34
SUGERENCIAS	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
Anexos	38
Anexo 01: Permiso de institución para investigar:.....	39
Anexo 02: Ficha del caso clínico.....	40
Anexo 03: Resoluciones	43
Anexo 04: Nota biográfica.....	52
Anexo 05: Acta de Sustentación.....	53
Anexo 06: Constancia de similitud.....	54
Anexo 07: Autorización de publicación	59

I. INTRODUCCIÓN

Cuando el peso estimado de un feto es inferior a su edad gestacional correspondiente, se describe como restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Este retraso puede ser simétrico o asimétrico y resultar de una patología materna preexistente que comienza o se desarrolla después del embarazo. La RCIU representa un mayor riesgo de morbilidad neonatal, altera inevitablemente el crecimiento y desarrollo psicomotor del recién nacido y constituye un problema de salud pública, por lo que el diagnóstico precoz es de suma importancia para evitar complicaciones futuras. La RCIU sigue asociada con una proporción significativa de patología obstétrica, sufrimiento fetal agudo durante el parto, mortalidad perinatal y riesgos de morbilidad que incluyen asfixia neonatal, hipotermia, hipocalcemia, hipoglucemia, e hiperbilirrubinemia, malformaciones congénitas, secuelas neurológicas posteriores y problemas de adaptación neonatal, así como discapacidades físicas y mentales a largo plazo. La incidencia de RCIU en el Perú es del 10,1%. El feto es el resultado de un equilibrio entre factores estresantes y respuestas adaptativas maternas y fetales. Cuando los factores estresantes superan las respuestas adaptativas fisiológicas, el crecimiento intrauterino se retrasa. La incidencia de retraso del crecimiento intrauterino es del 8,1% en la costa, del 12,1% en la selva y del 14,1% en la sierra¹. Los profesionales de salud debemos identificar grupos maternos de alto riesgo, analizar la epidemiología, buscar factores biológicos, nutricionales, socioeconómicos y culturales para modificarlos, prevenir su impacto negativo sobre el crecimiento fetal. Debido a que estamos ubicados en un país en desarrollo, creemos que es crucial monitorear, hacer seguimiento y controlar a estos pacientes para mejorar su estilo de vida y su calidad de vida. El abordaje de este caso tiene como **objetivo** general: Describir los resultados ecográficos de la evolución clínica de la multigesta con restricción de crecimiento intrauterino, oligohidramnios y circular nuchal, ocurrido en el hospital “Jesús Nazareno” — Ayacucho, 2023. Los **objetivos específicos** son: Explicar los hallazgos clínicos en la ecografía y exámenes de laboratorio del caso clínico. Mostrar el manejo terapéutico, control, monitoreo y evolución del caso clínico durante su estancia hospitalaria. No existe ningún trabajo documentado en nuestra región que por lo tanto se considere relevante para abordar esta patología y sirva de referencia para futuros estudios de investigación. Desde una perspectiva social, su finalidad es beneficiar a colectivos altamente vulnerables como el binomio materno infantil, es desde este contexto que se

pretende contribuir al correcto y exhaustivo control individualizado de las mujeres embarazadas. Este caso clínico proporciona información documentada sobre los problemas de salud de la paciente seleccionada y describe su enfermedad, historial médico con seguimiento ecográfico, diagnóstico, intervenciones terapéuticas y evolución. Se trata de una revisión detallada de las patologías descritas, centrándose en los referentes más importantes, y como las opciones de intervención y tratamiento son complejas y novedosas para el equipo médico, este tema abarcará su diagnóstico, se centra en los hallazgos más relevantes en el manejo terapéutico. evolución.

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Fundamentos teóricos

2.1.1. Restricción de Crecimiento Intra Uterino² Concepto:

La RCIU es un crecimiento anormal de origen multifactorial que complica el embarazo y se asocia con morbilidad a corto, mediano y largo plazo, con un riesgo de muerte de 2 a 4 veces mayor con un peso corporal < P5: si es más prematuro el nacimiento y las condiciones hemodinámicas anormales son aún más graves. Aunque su detección y gestión siguen siendo un desafío, la concienciación continúa aumentando.

El término “pequeño para la edad gestacional” (PEG) se utiliza incorrectamente como sinónimo de RCIU y en algunas guías se utiliza exclusivamente para recién nacidos. Muchos utilizan el término prenatal y posnatalmente para referirse a un grupo operacionalmente definido por un límite estadístico (peso fetal o al nacer estimado por debajo del percentil 10). (Restricción del Crecimiento Intrauterino) o sólo crecimiento consistente con las características paternas y maternas y su potencial genético, sin factores clínicos o factores que causen crecimiento anormal (Poco Saludable o Constitucionalmente Normal o Pequeño saludable o Constitucionalmente Normal - PCN).

La codificación de todos los PEG en RCIU mejora la sensibilidad diagnóstica pero también conduce a una intervención innecesaria. Esta clasificación errónea no detecta el riesgo de morbilidad y mortalidad. Por otro lado, el uso estricto sólo de P10 o una curva de referencia de peso inadecuada dará como resultado una pérdida de peso >P10 y un potencial de crecimiento mayor que el verdadero porcentaje de RCIU para esa población.

Epidemiología³:

En el Perú, la RCIU ocurre en promedio alrededor del 10% de los embarazos y

varía según las regiones del país (costa 9%, selva 12% y montaña 15%); y, dependiendo del riesgo de embarazo, varía del 8% al 21%.

Etiología y factores de riesgo⁴

En términos generales, podemos dividir las causas de la RCIU en factores maternos, factores fetales y factores placentarios.

1. Factores maternos:

- ▮ Trastornos hipertensivos: La hipertensión ocurre hasta en un 30-40% de los embarazos complicados con RCIU.
- ▮ La preeclampsia y la hipertensión crónica que complica la preeclampsia se asocian con un riesgo hasta 4 veces mayor de fetos pequeños para la edad gestacional.
- ▮ Enfermedades autoinmunes: Principalmente aquellas con daño vascular, como el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (24%) y el lupus eritematoso sistémico.
- ▮ Trombofilia: Los más estudiados son los polimorfismos asociados al factor V Leiden. Un metaanálisis publicado por Howley et al. en 2005 revisó 10 estudios de casos y controles y encontró una asociación entre la presencia de factor V Leiden y la restricción del crecimiento fetal (OR 2,7).
- ▮ Estilo de vida: El consumo de sustancias psicoactivas, cigarrillos, alcohol y cocaína se ha asociado con el RCIU.
- ▮ Trastornos del estado de ánimo: Se ha estudiado la asociación entre depresión materna y RCIU, concluyendo que existe un mayor riesgo de RCIU, con efectos variables según el grado de depresión, el nivel socioeconómico y el diagnóstico y tratamiento de la depresión previo al embarazo.
- ▮ Medicamentos: Incluyen fármacos antineoplásicos, anticonvulsivos (fenitoína), betabloqueantes (especialmente atenolol) y esteroides (corticosteroides).
- ▮ Desnutrición: Dependiendo de la gravedad de las deficiencias nutricionales maternas y del trimestre del embarazo en el que se presenten, existe impacto en el crecimiento fetal.

2. Factores fetales:

- ▮ Aneuploidía: Aproximadamente el 7% de los casos de RCIU están asociados con aneuploidía. La restricción del crecimiento ocurre en el 90% de los fetos con trisomía 18 en comparación con el 30% de los fetos con trisomía 21. La aparición temprana de restricción del crecimiento se asocia con las trisomías 18 y 13.
- ▮ Malformaciones: La RCIU ocurre en más del 22% de los recién nacidos que nacen con malformaciones congénitas. El riesgo es del 20% cuando hay 2 defectos y del 60% cuando hay 9 o más defectos. Las malformaciones más comunes asociadas con RCIU son: malformaciones cardíacas (tetralogía de Fallot, hipoplasia del corazón izquierdo, estenosis pulmonar y comunicación interventricular), anencefalia y defectos de la pared abdominal.
- ▮ Infecciones perinatales: Son responsables de aproximadamente del 5% al 10% de las infecciones intrauterinas de origen viral (rubéola, citomegalovirus, VIH, varicela zóster) y parásitos protozoarios (malaria, toxoplasmosis). La infección e inflamación subclínica (corioamnionitis diagnosticada histológicamente) puede provocar restricción del crecimiento fetal, así como infecciones extra genitales y periodontales, aunque el último foco infeccioso es controvertido.
- ▮ Parto prematuro: Gardosi y Bukowski et al., encontraron una asociación entre el parto prematuro y el RCIU. Por ello, estos últimos publicaron un estudio de casos y controles en el que observaron que aproximadamente el 30% de los fetos nacidos antes de las 35 semanas de gestación tenían pesos inferiores al percentil 10, mientras que entre los nacidos a las 37 semanas de gestación o más, esta ratio era de 4,5 %.
- ▮ Embarazos múltiples: Las curvas de crecimiento fetal en embarazos únicos y múltiples permanecen similares hasta aproximadamente la semana 32 de gestación; posteriormente, los fetos en embarazos múltiples muestran una tendencia hacia la restricción del crecimiento dependiente del coriónico (20% en di coriónicos, 20% en fetos únicos) 30%).

3. Factores placentarios:

Las principales entidades asociadas con RCIU son placenta previa, infarto

placentario, vasculitis, arteria umbilical única, placenta ovalada, inserción del cordón velamentosa, tumores placentarios y angiogénesis anormal.

Fisiopatología:

La base fisiopatológica es una distribución desigual o asimétrica de las áreas placentarias, lo que hace que un feto tenga una superficie placentaria mucho más pequeña. La inserción velamentosa o muy excéntrica del cordón umbilical también puede provocar una asimetría en la zona placentaria. Además, existen muchos tipos de anastomosis vasculares, que afectarían la hemodinámica, entre ellas la anastomosis arterial-arterial es la más importante, que puede provocar un flujo sanguíneo retrógrado intermitente en fetos pequeños⁵.

Placenta, insuficiencia placentaria y RCIU

Es importante comprender la insuficiencia placentaria porque es la principal causa de RCIU. Se entiende que esto significa que la placenta es incapaz de proporcionar los recursos necesarios (nutrientes y oxígeno) que el feto necesita para su normal desarrollo y crecimiento. Hay que tener en cuenta que estas necesidades varían dependiendo del momento del embarazo, siendo mayores las necesidades en la segunda mitad del embarazo (especialmente el último trimestre) cuando se prioriza el desarrollo y la maduración fetal. La fisiopatología de la insuficiencia placentaria en la RCIU se relaciona con una invasión insuficiente de las arterias uterinas por las células trofoblásticas; estas mantienen una alta resistencia, produciendo así un flujo pobre, turbulento y de alta velocidad dentro del espacio intervilloso. Esto estresa las células endoteliales de las vellosidades coriónicas y altera la absorción de nutrientes (distrofia fetal) y oxígeno (hipoxia fetal crónica). La hipoxia crónica, a su vez, conduce a una formación insuficiente de vellosidades coriónicas en las primeras etapas del desarrollo placentario, aumenta la perfusión hipóxica y crea un ciclo de aumento de la hipoxia durante el desarrollo placentario durante todo el embarazo⁶.

Uno de los fenómenos clave para la correcta implantación de la placenta es la angiogénesis: Los factores de crecimiento vascular (angiogénesis) intervienen en el

embarazo desde el momento de la implantación, permitiendo que el trofoblasto invada completamente las arterias espirales. Posteriormente, durante el desarrollo de las vellosidades coriónicas, los factores de crecimiento aumentan el número y la maduración completa de las vellosidades. Este aumento en el número de vellosidades coriónicas se mantiene hasta aproximadamente la mitad de la gestación, después de lo cual solo ocurre la maduración de las vellosidades existentes⁵.

La familia del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) incluye VEGF-A, PlGF (factor de crecimiento placentario), VEGF-B, VEGF-C y VEGF-D. Realizan funciones angiogénicas actuando sobre receptores celulares como el VEGFR-1, también conocido como Flt-1, abreviatura de receptor de tirosina quinasa, induciendo la formación de nuevos vasos sanguíneos. La porción soluble de VEGFR-1 (sFlt-1) antagoniza los efectos de VEGF-A y PlGF al impedir la unión a receptores celulares en el suero, por lo que sus efectos pueden denominarse antiangiogénicos⁵.

Los niveles de PlGF en suero materno aumentan gradualmente a lo largo del embarazo hasta la mitad de la gestación (pico máximo a las 30 semanas) para luego disminuir gradualmente, estableciéndose valores normales para cada edad gestacional⁵.

Clasificación clínica de la restricción del crecimiento intrauterino:

Se clasifican según la gravedad y el momento de aparición:

- RCIU grave: Peso fetal estimado por ecografía por debajo del percentil 3 para la edad gestacional. Esta clasificación conlleva un mal pronóstico con una mayor morbilidad y mortalidad perinatal.
- RCIU precoz: Ocurre antes de la semana 32 de embarazo y se ha encontrado que está estrechamente relacionado con el parto prematuro, la preeclampsia y los cambios a nivel placentario.
- RCIU tardío: Es la forma más común, aparece después de la semana 32. También se asocia con enfermedad placentaria, pero en menor medida que el

grupo de RCIU temprano⁷.

Clasificación con marcadores ecográficos de la restricción del crecimiento intrauterino⁸:

La clasificación de esta patología se basa en las características del flujo diastólico de la arteria umbilical en fetos con pesos inferiores al percentil

10. Esto permite agrupar a los fetos en tipos relativamente predecibles con un comportamiento clínico similar. Se pueden observar tres tipos de patrones de flujometría Doppler de la arteria umbilical:

1. El flujo sanguíneo diastólico de la arteria uterina es positivo.
2. Pérdida/reflujo persistente del flujo sanguíneo diastólico en las arterias uterinas.
3. Pérdida/reflujo intermitente del flujo sanguíneo diastólico en las arterias uterinas.

Gratacos et al., propusieron dividir el RCIU en embarazos monocoriales en 3 grupos basándose en los resultados del examen Doppler de las arterias umbilicales fetales con crecimiento restringido:

1. Tipo I: Doppler de arteria umbilical normal.
2. Tipo II: Doppler de la arteria umbilical muestra ausencia/inversión persistente del flujo diastólico.
3. Tipo III: el Doppler de la arteria umbilical muestra ausencia/inversión intermitente del flujo diastólico.

Algoritmo diagnóstico multiparámetro para RCIU⁹

- Paso 1. Determinar la edad gestacional mediante FUR o ultrasonido temprano confiable o parámetros eléctricos (diámetro cerebeloso transversal). La edad a la que se obtuvo el FUR se modificó si cambió >5 días en la ecografía de las 7 a 8 semanas o >7 días en la ecografía de las 9 a 15 semanas. Escriba la edad gestacional real (basada en) en su informe de ultrasonido.
- Paso 2. Cálculo del peso fetal: Se recomienda la fórmula Hadlock⁴ por su alto porcentaje de respuestas correctas. La tabla de peso fetal de la OMS-2017 utiliza

Hadlock (sin DBP).

- Paso 3. Determinar los percentiles de peso para la edad: La curva de Hadlock es la más sensible de las curvas. La Organización Mundial de la Salud recomendó en 2017 el uso de la tabla desarrollada por Kiserud T et al.
- Paso 4. Busque factores e indicadores principales relacionados con el RCIU:
 - Factores maternos que afectan la transferencia de nutrientes: hipertensión actual, enfermedad autoinmune, diabetes gestacional, desnutrición materna, abuso de sustancias, anemia grave, hipertensión previa o RCIU.
 - Indicadores de anomalías placentarias: Maduración placentaria temprana, presencia de Notch, etc.
 - Indicadores de deterioro hemodinámico fetal: Doppler de la arteria umbilical $PI > P95$ o sin diástole, vasodilatación Doppler de la arteria cerebral media, índice placentario cerebral anormal, aumento de la resistencia del istmo aórtico, conducto venoso anormal
 - Indicadores de salud fetal anormal: Monitorización anormal de las contracciones uterinas < 7 puntos, variabilidad < 5 , falta de respuesta sin modo de sedación o desaceleración, oligohidramnios severo.
- Paso 5. Clasificar cualquiera de las 3 definiciones operativas como RCIU
 - Peso $<$ percentil 3 de forma aislada
 - Peso corporal $>$ a P3 a $<$ 10%
 - Peso $>$ P10 a P25
- Paso 6. Clasificar como lactante normal o sano con peso fetal estimado $>$ P5 a $<$ P10, excluyendo factores maternos o indicadores asociados con RCIU.
- Paso 7. Clasificar lo siguiente como riesgo, tendencia o progresión o RCIU: Peso fetal estimado $>$ P10 a $<$ P25 y CA $>$ P 10 pero $<$ P25 y existen factores maternos que afectan la transferencia de nutrientes o indicadores de trastorno placentario. No hay indicadores de compromiso hemodinámico o anomalías de la salud fetal.

Complicaciones y Secuelas¹⁰

- ▮ Muerte intrauterina y perinatal
- ▮ Asfixia y encefalopatía neonatal
- ▮ Parálisis cerebral
- ▮ Desarrollo neurológico infantil anormal
- ▮ Morbilidad neonatal
- ▮ Síndrome metabólico del adulto

Exámenes Complementarios⁹:

- ▮ Monitorización fetal electrónica: La sensibilidad de la acidemia fetales del 85-93%, la especificidad es del 40-50%. Dada su hipoxia crónica preexistente, típicamente muestran falta de respuesta a la CTG prenatal o intraparto, variabilidad reducida, o tipo II, y con menos frecuencia desaceleraciones tardías o patrones tipo III, así como RCIU tardía que muestra progresión a acidemia y muerte, rápida y no completamente predecible.
- ▮ Ecografía Doppler: Esta es la prueba principal, una evaluación multivaso se utiliza con mayor frecuencia porque predice mejor los eventos adversos, aunque no todos están de acuerdo.
- ▮ Perfil Biofísico Fetal: Existe resultados falsos positivos y una tasa de 11 - 50% de resultados falsos negativos en comparación con la edad gestacional real en semanas 23.
- ▮ Suplementario: Exclusión de comorbilidades maternas que aumentan el riesgo, permitiendo decidir sobre momento y vía óptima del parto o manejo específico, hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo, factor Rh, glucosa, urea, creatinina.

Manejo y Vigilancia⁹

Esto depende de la edad de inicio, la gravedad, el compromiso hemodinámico, biofísico o electrocardiográfico y las complicaciones maternas asociadas. El RCOG

menciona que el PPD y el CTG no deben utilizarse como única forma de seguimiento. A pesar de estas controversias y hallazgos inconsistentes muchos creen que la evaluación integral (Doppler polivascular, PBF y CTG) proporcionará la mayor probabilidad de predecir el daño o la seguridad, y su implementación está limitada solo por cuestiones técnicas o de recursos.

Clasificación y manejo de RCIU según anormalidad del Doppler¹¹

Según el estadio provocado por los cambios Doppler:

Etapa I.- Insuficiencia placentaria leve grave, seguimiento semanal, vía de terminación e inducción del parto monitoreo electrónico fetal continuo, el 50% requerirá cesárea de urgencia.

Estado II.- Insuficiencia placentaria severa, monitorizar dos veces por semana, interrumpir el embarazo por cesárea.

Etapa III: Baja sospecha de acidosis fetal (exacerbación grave), control cada 1 o 2 días, interrupción del embarazo y cesárea.

Etapa IV - Alta sospecha de acidosis fetal (alto riesgo de muerte), monitorear cada 12 horas Interrumpir el embarazo por cesárea

Criterios absolutos para terminación del embarazo

- Anomalía de 4/10 puntos del PBF.
- Comorbilidades maternas graves requieren la interrupción del embarazo.

2.1.2. Oligohidramnios¹² Concepto:

Se define como una cantidad anormalmente baja de líquido amniótico. Aunque quizás la definición más utilizada sea la de un índice de líquido amniótico (ILA) de 5,0 cm o menos, descrito originalmente por Phelan et al., una cantidad adecuada de líquido amniótico es esencial para el movimiento, crecimiento fetal normal, amortiguar el feto y el cordón umbilical.

El oligohidramnios inhibe estos procesos y puede provocar deformación fetal,

compresión del cordón umbilical y muerte. Por lo tanto, se asocia con un aumento de cesáreas e inducción del parto.

Etiología¹³:

Podemos dividir las causas del oligohidramnios en tres categorías principales:

- Causas fetales: Restricción del crecimiento intrauterino, embarazo prolongado, infección fetal por citomegalovirus, obstrucción del tracto uterino, patología renal, etc.
- Causa placentaria: Rotura prematura de membranas.
- Causas maternas: Fármacos maternos (inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, inhibidores de la angiotensinasa).

Fisiopatología¹⁴

Sufrimiento fetal crónico, hipoxia fetal que conduce a la redistribución del flujo sanguíneo, vasoconstricción a nivel de los riñones, filtración glomerular reducida, lo que resulta en la producción de orina (un componente del líquido amniótico).

Factores asociados¹⁵

Están asociados a la madre y, fundamentalmente, al feto: Cuando se identifica agenesia pulmonar, se produce debido a una reducción de la presión del líquido amniótico.

Malformaciones fetales: Se asocian frecuentemente a malformaciones estructurales fetales, más comúnmente renales (agenesia renal bilateral, obstrucción vesical, displasia renal poliquística, etc.), del sistema nervioso central, cardiovasculares, esqueléticas, higromas quísticos, etc. Insuficiencia placentaria: Hipoxia fetal, redistribución del gasto cardíaco fetal, reducción del flujo urinario fetal y del flujo pulmonar.

Mortalidad perinatal: Este valor es alto y representa el peor pronóstico para fetos con oligohidramnios de aparición temprana.

Diagnóstico

Se realiza mediante determinación ultrasónica de LA:

- Impresión subjetiva del observador de las medidas de lagos individuales a través de la medición de los dos diámetros del lago.
- Medición de los cuatro cuadrantes o índices del líquido amniótico.
- El volumen de líquido amniótico no se puede evaluar paso a paso porque no se proporcionan resultados numéricos.

Exámenes Complementarios

Análisis de hemogramas, hemoglobina, grupo sanguíneo y factor Rh, serología, VIH, perfil de coagulación, glucosa, examen de orina, prueba de Coombs y alo-inmunización Rh, prueba TORCH.

La ecografía es una excelente prueba complementaria: Mediciones del lago único que consiste en medir la profundidad vertical máxima del lago más grande observado. Se definió polihidramnios como una medida superior a 8 cm, mientras que se consideró oligohidramnios presente si < 1 cm.

Índice de cuatro cuadrantes: El útero está dividido en cuatro cuadrantes por dos líneas, una vertical y otra horizontal que pasa por el ombligo.

Calcula el diámetro vertical del lago más grande en cada cuadrante y suma todos los valores para obtener el ILA. Cuando la gestación es inferior a 20 semanas, el índice LA se limita a la suma de los mayores izquierdo y derecho. Cuando la suma (promedio) del índice de líquido amniótico es inferior a 5 cm en los cuatro cuadrantes entre las oportunidades de medición, se produce oligohidramnios. se considerapresente.

Manejo basado en la complejidad y capacidad:

Examen de ultrasonido, repetido una vez por semana. Si se diagnostica rotura prematura de membranas, diabetes, eritroblastosis o hipertensión inducida por el embarazo, el tratamiento se realizará según los estándares para rotura prematura de membranas.

Confirmación ecográfica de oligohidramnios: Exclusión de malformaciones

congénitas, evaluación del crecimiento fetal y evaluación de la salud fetal. Si la causa es feto dependiente e incompatible con la vida, se suspende el embarazo.

Si se pierde meconio, será necesaria la hospitalización para rehidratación materna o infusión amniótica.

Prueba el parto vaginal. Si la ecografía Doppler es anormal en asociación con el período posparto (sufrimiento fetal crónico más insuficiencia placentaria), interrumpa el embarazo mediante cesárea. Monitorización fetal: Diagnóstico de hipoxia fetal crónica en fetos viables una vez descartada la presencia de anomalías fetales

Tratamiento¹⁶:

Hidratación materna: Aumentar el volumen de LA cambiando el volumen intravascular u osmolaridad de la madre cuando la pérdida de volumen de LA se asocia con deshidratación materna.

Infusión amniótica transabdominal: Práctica recomendada en el segundo trimestre.

La infusión de 40 a 60 ml de solución salina normal mejora la agudeza visual y la precisión diagnóstica de la ecografía, y la adición de 3 a 5 ml de índigo carmín permite la detección segura de la rotura prematurade membranas.

Menores de 26 semanas de embarazo, ILA menor de 5, peso fetal menor de 1000 gramos:

- Evaluación genética, si existe malformación fetal se recomienda suspender.
- Sin malformación fetal, hidratación materna con cloruro de sodio 0,9 % 3000 ml en 24 horas, se repetirá ecografía a las 72 horas; si persiste oligohidramnios se realizará discusión grupal según criterio de interrupción previo consentimiento informado; si LA es normal continuar el embarazo. 27 a 37 semanas de embarazo, ILA menor a 5, peso fetal normal para la edad gestacional:
- Ingreso a sala gestacional, hidratación materna y evaluación genética.
- Repetir ILA después de 72 horas, si LA es normal continuar embarazo. Si aumenta continuar el embarazo; si persiste el oligohidramnios pensar en comportamiento obstétrico según la posibilidad de neonatología en cada centro; utilizar inductores de maduración pulmonar si es menor de 34 semanas de gestación.

37 a 42 semanas de gestación, ILA 5 a 8 cm:

- Ingreso a sala de gestación, hidratación materna, perfil biofísicofetal (PBF) y monitoreo cardio uterino diario (CTG).
- Si ILA es normal, alta y seguimiento en consulta de embarazo a término.
- Al repetir el examen, si la ILA está entre 5 y 7 cm, inducir el parto.
- Si el líquido amniótico es bajo y el ILA < 5 cm, interrumpa el embarazo.

La vía de parto depende de:

- Signos de hipoxia en el CTG.
- Edad gestacional.
- Condición cervical.
- Antecedentes obstétricos pasados.
- Factores de riesgo relevantes.

Complicaciones:

- Compresión de la cabeza fetal y del cordón umbilical.
- Sufrimiento fetal.
- Presencia de meconio en líquido amniótico.
- Infección por vellosidades amnióticas.
- Aumento de la morbilidad y mortalidad perinatales

2.1.3. Circular de cordón umbilical en la nuca fetal

Es una complicación durante el embarazo en la que el cordón umbilical del feto se enrolla una o más veces alrededor de su cuello. Los circulares pueden ser simples o múltiples y pueden presentarse en dos formas: Suelos o apretados. Los estilos suelos causan menos complicaciones que los estilos ajustados, que a menudo conducen a diversos problemas con el desarrollo fetal. En el embarazo a término, su longitud media suele ser de 60 cm. Una de sus principales características es la flexibilidad, permitiendo al feto moverse con total libertad en el útero¹. Sin embargo, en ocasiones, especialmente si el feto es hiperactivo, es común que el cordón umbilical se enrolle alrededor de alguna parte del cuerpo del feto, generalmente el cuello. Hay otros factores que aumentan el riesgo de circuncisión

del cordón umbilical, como el tamaño del cordón umbilical. Cuanto más largo sea el cordón umbilical, mayor será el riesgo de que se enrolle alrededor del cuello.

Asimismo, el riesgo de desarrollar un cordón umbilical nocal aumenta a medida que avanza el embarazo, según un estudio de Midwives International publicado en la revista Midwifery Today. A partir de la semana 38 de embarazo, la probabilidad de desarrollar un cordón umbilical anillado aumenta en un 34%, lo que puede deberse a un aumento de la actividad fetal o a una disminución del líquido amniótico¹⁷.

2.2. Antecedentes:

Internacionales

Jonguitud A¹⁸. En México el año 2019 realizó la investigación denominada “Caso clínico: Oligohidramnios y dificultad respiratoria progresiva. Ejemplo de la utilidad del ultrasonido en la toma de decisiones en UCIN” con el objetivo de describir un evento clínico. Resultando lo siguiente: Madre de 20 años, soltera, en buen estado de salud, con controles prenatales irregulares, fue diagnosticada con oligohidramnios severo en su segundo embarazo a partir de las 26 semanas, sin reportarse otros datos en ecografía fetal. Se tomó la decisión de interrumpir el embarazo en un hospital privado a las 34 semanas. Un neonato varón con apnea que nació mediante cesárea, mediante la cual se aplicó presión positiva intermitente durante un período, después del cual desarrolló automatismos respiratorios, pero continuó con disnea moderada y fue tratado con oxígeno por la punta de la nariz. Peso al nacer 1350 g., talla: 38, circunferencia de la cabeza: 28, circunferencia del pecho: 25 cm., circunferencia abdominal: 27cm., en este caso el paciente fue trasladado al Hospital General de Rioverde con cánula nasal con una FO2 del 50% y una presión de agua de 6 cm. La radiografía inicial mostró infiltrados discretos bilaterales, y se aplicó una dosis de surfactante y doble terapia antimicrobiana. Muestra empeoramiento después de 12 horas. La función respiratoria mejoró progresivamente y decidieron intubar para proporcionar ventilación mecánica. Por datos clínicos de hipotensión y bajo gasto se inició manejo con aminas. Sólo se estabiliza temporalmente y luego vuelve a empeorar, con pobre llenado capilar y desaturación. Se sospechó de un neumotórax,

pero no se pudo realizar una radiografía porque el hospital no pudo proporcionar medios de contraste debido a un problema técnico. Un residente capacitado realizó una ecografía pulmonar (ultrasonido) y no observó ningún deslizamiento de la pleura derecha. El médico de atención primaria confirmó la sospecha de neumotórax y aplicó por segunda (sellado de la pleura mediante punción y trampa) para apropiarse del espacio del CI y obtener abundante burbujeo. Se colocó sonda torácica definitiva sin complicaciones y la columna de agua osciló bien. El paciente permaneció desaturado y respondió mal al tratamiento. Se realizó una ecografía del pulmón izquierdo y se observó un aumento de las líneas B y un aumento de la ecogenicidad del parénquima pulmonar. La ecografía sospechó nuevamente de derrame pleural izquierdo, por lo que se realizó una punción y se extrajo una pequeña cantidad de líquido de color amarillo pálido. Ante la falta de respuesta se descartó cardiopatía y se realizaron exploraciones de eje largo, eje corto y cuatri cámaras, así como proyecciones subcostales, que no revelaron alteraciones estructurales salvo la persistencia de un ductus de 4 mm., arterioso con flujo y regurgitación discreta en lados izquierdo y derecho. Válvula tricúspide, PSAP 33 mmHg. Debido al shock en curso para evaluar la posibilidad de transferencia de carga, y la vena cava inferior con un diámetro de 3 mm en la zona subcostal observada ecográficamente y sin mostrar colapsabilidad, se consideró inadecuado aumentar los líquidos. Se realizó una OGTT cuando se observó distensión abdominal. Se inspecciona el abdomen en busca de visceromegalia y se palpan masas bilaterales, ambas alcanzan la fosa ilíaca. Se realizó ecografía abdominal y la masa correspondió a un riñón hiperecogénico con dimensiones de 7 x 2,5 cm y 6,2 x 2,3 cm. Es imposible definir la vejiga. Se establece el diagnóstico de agrandamiento renal (posiblemente poliquistosis renal bilateral), hiper ecogenicidad renal bilateral, **oligohidramnios severo temprano** (diagnóstico prenatal) y aplasia pulmonar secundaria (aunque inicialmente no hay placas presentes, clínicamente Tórax pequeño y mala ventilación). Esto conduce a exacerbación grave de la afección y falta de respuesta al tratamiento. Se informó a la familia sobre las anomalías renales y se discutió el malpronóstico informado en la literatura. El paciente falleció a las 28 horas de vida. Debido a este diagnóstico prenatal no fue contabilizado.

Los estudios ecográficos clínicos se producen en tiempo real durante el proceso de toma de decisiones y pueden servir como evidencia guardando imágenes y guiando

la gestión. Compartir los resultados de la investigación en tiempo real con todo el equipo de atención perinatal puede facilitar la conexión y la toma de decisiones. En este caso, el tratamiento se realizó con apoyo de monitorización no invasiva, evaluación médica y ecografía clínica. Otra ventaja de adquirir imágenes y grabar vídeos es que se puede obtener asesoramiento remoto para compartir imágenes con cardiología y radiología, incluso en otra ubicación. En este caso los comentarios sobre la imagen son a posteriori y coherentes con el diagnóstico.

Conclusión: La ecografía clínica en este caso ayuda en el correcto tratamiento y diagnóstico del paciente. El estudio y la práctica de la ecografía clínica en cuidados intensivos neonatales y pediátricos debería formar parte de la formación profesional.

Nacionales

Ayala M, Guerrero J, Ingar J, Ventura R, Sugajara R, Ibañez C, Castillo W¹⁹. En Lima el año 2021 investigaron: “RCIU severo: a propósito de un caso y revisión de la literatura” con el objetivo de presentar un caso de **RCIU grave** y revisar la patogénesis, las características clínicas, el diagnóstico y el tratamiento de este trastorno fetal. Reporta lo siguiente: Tiene 36 años y nunca ha tenido un segundo hijo, su padre tiene antecedentes familiares de hipertensión y diabetes, actualmente pesa 70 kilogramos y mide 162 centímetros. Ingresó al Hospital Terciario de Essalud a las 22 semanas y 5 días por hipertensión arterial y sospecha de preeclampsia, se realizó examen ecográfico ante la presencia de peso fetal menor al p3 y aumento de la resistencia de la arteria uterina, no se realizaron otros Doppler adicional. Fue dada de alta voluntariamente con solicitud.

Luego llegó a urgencias del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) a las 22 semanas y 6 días. Ingresó con diagnóstico de hipertensión crónica y se obtuvo informe ecográfico de emergencia de 21 semanas con biometría fetal pero no evaluación Doppler. Durante la hospitalización se realizó otra ecografía, la cual concluyó que “La biometría mostró un embarazo único a las 20 semanas y 5 días, y el crecimiento fetal fue en el percentil 50. El Doppler de la arteria uterina está en el límite superior “Normalmente se reevaluará en cada control”. Nota: El intestino es

hiperrecogénico y no se realizó ecografía genética, se puede realizar estudio de cariotipo si el paciente lo desea. "Después de tres días en el hospital, le dieron el alta".

Dos semanas después, fue reingresada a urgencias con FUR y su presión arterial era de 160/90 mmHg a las 25 semanas 3 días de edad gestacional. Ingresó con hipertensión arterial crónica con preeclampsia, alto riesgo obstétrico por edad materna avanzada, descartándose RCIU, se solicitaron estudios complementarios, proteinuria de 24 horas, seguimiento obstétrico materno-fetal y ecografía fetal. Durante la evaluación ecográfica en el hospital se observa feto masculino con peso 529 g (<P 3) según edad gestacional del FUR, oligohidramnios severo y madurez placentaria con encogimiento vesical visible e impresión de hipertrofia cardíaca, sin anomalía estructural e hiper ecogenicidad intestinal.

El Doppler mostró un índice de pulsatilidad (PI) medio de la arteria uterina de 1,2 (<P95), flujo retrógrado de la arteria umbilical (UA) y vasodilatación de la arteria cerebral media (ACM) con un IP de 1,25. Hubo una onda inversa en el ductus venoso y una diástole inversa en el istmo aórtico. La prueba sin estrés (NST) se informó como sospechosa con una puntuación de Fisher modificada de 4.

La evaluación concluyó RCIU grave con cambios Doppler severos, características biofísicas de 4/10 debido a la reducción del movimiento, oligohidramnios severo (ILA 12) y falta de respuesta, todo lo cual indicó una alta probabilidad de muerte intrauterina dentro de las 24 horas.

La reevaluación basada en los resultados mencionados anteriormente y los resultados de las pruebas auxiliares para preeclampsia fue negativa. Le explicaron el diagnóstico y pronóstico del feto a la paciente, por lo que le dijeron interrumpir el embarazo mediante histerotomía, pero ella no aceptó y solicitó derivación a la institución de Essalud 24 horas después del diagnóstico se produjo muerte fetal intrauterina en otra institución, se le administró misoprostol para promover la maduración cervical y se dispuso legrado uterino luego de la expulsión del producto.

La madre fue dada de alta con diagnóstico de hipertensión arterial crónica con

preeclampsia y fue tratada con 1 g de metildopa cada 8 horas. No se realizó ningún examen patológico.

Conclusión: En el caso reportado, vemos el patrón clásico de evolución Doppler multivaso presente sólo en un pequeño subconjunto de RCIU.

Regional

Poma M²⁰. Huancayo el año 2023 investigó el caso clínico: “Distocia funicular de triple cordón nuchal diagnosticado por monitoreo electrónico: Caso clínico. Centro de Salud Chilca — Junín, 2023” con la finalidad de describir y analizar el caso clínico. Resultando: Una paciente de 25 años se encuentra actualmente embarazada de su segundo hijo con 40 semanas de embarazo y recientemente fue a urgencias del Centro de Salud. Los síntomas incluyen dolor abdominal similar a un útero que se contrae y permanece así durante 12 horas. Sin embargo, negó haber tenido fuga de líquido amniótico o sangrado vaginal. En el centro Salud Yauli de Huancavelica recibió atención prenatal sencilla, 6 atenciones en adelante. Durante su primer trimestre, hubo una ecografía 5 semanas, mostrando anatomía fetal normal. En su segundo trimestre se sometió a otra ecografía a las 16 semanas, que reveló detalles de la anatomía fetal. Niega antecedentes personales, obstétricos y médicos de importancia. Los parámetros de signos vitales eran normales al ingreso, incluyendo Presión arterial 90/60 mmHg, el examen obstétrico mostró: Altura del útero 32 cm, Frecuencia cardíaca fetal 132 latidos/min, tres indicadores de actividad fetal (+++) Peso fetal 3, 240 g, motilidad uterina 3/10 (++) 30 segundos Duración del examen vaginal: Cuello uterino 90% fusionado, 4 cm dilatado, altura de presentación: 2, variedad OI IA, membrana intacta. Diagnóstico de embarazo 40 semanas, feto activo. Indicaciones: 1). Hospitalización. 2). Monitorización fetal electrónica. 3). ultrasonido. 4). Monitoreo. 5). Tomar de exámenes. Las mediciones del trabajo cardíaco realizadas por el obstetra mostraron los siguientes resultados: Nivel II incierto debido a la variabilidad en los resultados (1 a 5 13:00 horas) y no disminuyó la velocidad repetidamente, lo que genera sospechas (distocia circulación) y solicita ecografía obstétrica. Acerca de la ecografía el informe es el siguiente: Ultrasonido a las 39 semanas de gestación, también el Informe Doppler de asas cervicales dobles. Resultados de la prueba: Las pruebas complementarias

revelaron anemia moderada. A las 5 de la tarde del 5 de abril, la mujer embarazada ingreso al centro obstétrico para realizar la evaluación siguió instrucciones médicas y fue monitoreada con colocación de monitores electrónicos, todo ello realizado por Profesionales de obstetricia que se encontraban de guardia. 18:25 La fase de dilatación termina y pasa al expulsivo que inicia a las 18.37 horas., nace el feto con episiotomía en vagina con líquido claro y se evidencia recién nacido con cordón umbilical de tres vueltas en la nuca. El Apgar 7-9 RN femenino, sin malformaciones externas ni internas, cada 39 semanas. Medidas antropométricas, peso 3140 gramos, adecuado para edad gestacional Las características del cordón umbilical a destacar son: Largo 80 cm, centrado, sin nudos. Conclusión: Al describir la situación clínica, concluimos que la monitorización fetal electrónica (Consistente con los parámetros de variación) en comparación con la ecografía obstétrica, este es un método de diagnóstico preciso, pero ambos métodos son válidos.

III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1. Presentación e interpretación de resultados

Paciente de 37 años que estaba embarazada por tercera vez de la misma pareja. No tenía antecedentes de patología obstétrica durante embarazos anteriores. Inició cuidados prenatales a las 16 semanas de gestación, basándose en la fecha de su último período menstrual seguro y confiable, el cual ocurrió sin mayores complicaciones. Realizó 6 consultas prenatales y recibió atención integral de la gestante según plan de atención materna, batería de laboratorio y ecografía obstétrica. Se desarrolló una infección leve del tracto urinario a las 13 semanas de gestación y se trató de forma ambulatoria.

Los datos de su 1re CPN son los siguientes:

- ▮ Antecedentes personales: Ninguno de importancia
- ▮ Antecedentes gineco obstétricos: Multípara con dos partos eutócicos por vía vaginal con Recién Nacidos de 2970 kg y 2510 kg respectivamente.

FUP: 21-06-2013

FUR: 25-08-2021

FPP: 01-06-2022

- ▮ **Ecografía Obstétrica**, hallazgos:

BIOMETRIA	
FETAL	
Edad Gestacional	29 sem., 2d
Diámetro Bi Parietal	74,6 mm
Circunferencia Cefálica	265,3 mm
Circunferencia Abdominal	257,0 mm

Longitud del Fémur	55,8 mm
Ponderado Fetal	1423 +- 208 gr
Líquido Amniótico	Normal
Placenta	Fúndica posterior e Grado I
Cordón Umbilical	Circular simple al cuello
Diagnóstico:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestación única activa de 29 semanas + 2 días por BMF 2. Distocia Funicular Simple 	

Durante el embarazo no fue hospitalizada por cuadros patológicos hasta el momento del parto.

16\05\2022

Motivo de consulta acude por presentar perdida de líquido amniótico desde las 9 am. Examen Físico:

- ▮ Estado general: Paciente consciente, orientada en tiempo y en espacio.
- ▮ Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de regular intensidad
- ▮ Aparato respiratorio: Murmullo pasa bien por campos pulmonares
- ▮ Aparato urinario: Puño percusión lumbar negativo.
- ▮ Abdomen: Ocupado por feto único
- ▮ Extremidades: Simétricas.
- ▮ Funciones vitales: PA:100/70mmhg / Pulso:73 x min. / Respiración: 20xmin. / Temperatura: 36,6 ° C. / Peso: 54 kg.

Examen Ginecológico:

- ▮ Mamas: Blandas, depresibles, asimétricas.
- ▮ Genitales externos: No se visualiza hidrorrea
- ▮ Vagina: Amplia, elástica,
- ▮ Cérvix: Dehiscente a un dedo

- ▮ Útero: Grávido por feto Único Examen Obstétrico:
- ▮ Abdomen: Altura uterina 30 cm.

- ▮ Feto: Situación longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica móvil.
Frecuencia cardiaca fetal: 133x´.
- ▮ Dinámica uterina: No presenta
- ▮ Ponderado fetal: 3 000 gramos.
- ▮ Tacto vaginal: Dilatación = 0 / Altura de presentación – 3 / Cérvix posterior cerrado.
- ▮ Pelvimetría: Estrecho superior, medio e inferior adecuado Examen de Laboratorio:
- ▮ Hemograma: Hemoglobina 12,4 mg/dl. Hematocrito 42%.
- ▮ Leucocitos 7,100. Plaquetas 240,000. Urea 0,19. Creatinina 7,5mg/dl. Ácido Úrico 2,1 mg/dl. Glicemia 76 mg/dl.
- ▮ Orina: Examen químico negativo / microscópico: Células epiteliales 12-15 x campo. Leucocitos 0 -1x campo. Hematíes: 0-2 x campo.

Ecografía Obstétrica en Emergencia, hallazgos:

BIOMETRIA FETAL				
Edad Gestacional	37 sem., 5 d.			
Diámetro Bi Parietal	80,19 mm			
Circunferencia Cefálica	289,04 mm.			
Arteria Cerebral Media	VSM: 52,89 cm/s	VDF: 9,17 cm/s	S/D: 5,77	IR: 0,83 / PI: 1,75
Circunferencia Abdominal	298,37 mm.			
Longitud del Fémur	66,94 mm.			
Ponderado Fetal	2 206 gr.			
Líquido Amniótico	C1: 7,21 mm.	C2: 1,55 mm.	C3: 1,55 mm.	C4: 3,61 mm.
Índice de Líquido Amniótico	13,91 mm.			
Placenta	Grado III -	Zonas de	Múltiples calcificaciones	

	corporal	infarto		
Cordón Umbilical	Circular simple nucal			
Arteria Umbilical	VSM: -37,58 cm/s	VDF: -14,75 cm/s	VMPT: - 23,21 cm/s.	VMMT: -13,43 cm/s
GP	Máx: 0,57 mmhg. Medio: 0,23 mmhg	S/D: 2,55	DS: 0,39	IR: 0,61 IP: 0,98
<p>Diagnóstico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestación única activa de 37 semanas + 5 días por BMF 2. Oligoamnios severo 3. RCIU Tipo I 4. Circular simple al cuello 5. Fisher el MEF normal 				

Después de los exámenes realizados es hospitalizada con el siguiente diagnóstico:

1. Multigesta de 37 semanas 5d x FUR
2. Pródromos de trabajo de parto.
3. Restricción de Crecimiento Uterino Tipo I.
4. Oligohidramnios Severo.
5. Circular Simple de Cordón Umbilical.

La paciente se hospitalizó con el siguiente plan de trabajo:

1. Tratamiento según protocolo.
2. Monitoreo materno intraparto.

El día 17.05. 1:40 horas se produce parto eutócico espontaneo, con líquido amniótico claro [poca cantidad 100 CC.], neonato masculino con APGAR 8 — 9, peso 2,220 gramos., perímetro cefálico 34 cm., talla 45,8 cm. [feto pequeño], alumbramiento dirigido con placenta [tamaño pequeño (20 x 20 cm.) y peso debajo promedio (400 gr.), lo que hace distribución desigual o asimétrica de las áreas placentarias, lo que hace que un feto tenga una superficie placentaria mucho más pequeña que lo normal, vertida por Huertas

E.] y membranas completas, cordón umbilical [corto (35 cm.)], sin embargo, presenciade circular simple.

La evolución del puerperio transcurrió dentro de la normalidad para lapuérpera y el Recién Nacido fueron dados de alta el 18 de Mayo.

3.2. Comparación y discusión de resultados

Hubo una multigesta de edad adulta añosa que cumplió con una atención prenatal temprano, entre otros exámenes se requirió una ecografía de control que se realizó en el III trimestre, que arrojó los parámetros de la semana 29 de embarazo, entre ellos: Diámetro biparietal [74,6 mm, que debería ser (75 mm)]. Circunferencia cefálica [265,3 mm, debe ser (260 mm)]. La circunferencia abdominal [257,0 mm, debe ser (240 mm)]. La longitud femoral [55,8 mm dentro de lo normal (55,0 mm)]. Peso del feto [1,423 gramos, lo que debería ser (1, 500 gramos)].

La ausencia de control ecográfico provoca una pérdida de continuidad, siendo el seguimiento ecográfico fundamental para la detección precoz de la patología.

En la siguiente ecografía obstétrica realizada ocho semanas después se detectó lo siguiente: Semana 37 de embarazo;

Diámetro biparietal [80,19 mm, que debería ser (85 mm)]. Circunferencia cefálica [289,04 mm, debe ser (330 mm)]. La circunferencia abdominal [298,37 mm, dentro de lo normal (298 mm)]. La longitud femoral [66, 94 mm, dentro de lo normal (64 mm)]. Peso del feto [2,206 gramos, lo que debería ser (2, 800 a 3,200 gramos)]. ILA [13,91 mm, debe ser (> 20 mm) así mismo, Martínez J., clasifica en oligoamnios severo]. La arteria umbilical normal [Gratacos et al (Huertas²¹) lo clasifica a la RCIU Tipo I]. Doppler [Insuficiencia placentaria grave, seguimiento semanal, vía de terminación e inducción del parto monitoreo electrónico fetal continuo (Castillo ²²) lo clasifica a la RCIU Etapa I]. Se encuentra el feto con los diámetros disminuidos del parietal, cefálica, bajo peso e índice de líquido amniótico disminuido.

Al respecto sobre la RCIU se encuentra en la primera etapa, la misma que

comparamos con el estudio de Ayala M et al²³., donde el caso fue RCIU severos porque la presencia de bajo peso corporal estaba por debajo del percentil 3, en nuestro caso estuvo por debajo del percentil 1; en nuestro caso la arteria uterina no tuvo resistencia, en el caso de Ayala sí la hubo, llegando al límite superior; en nuestro caso la arteria cerebral media no tuvo vasodilatación, la cual tuvo dilatación presente en el estudio de Ayala, el puntaje de Fisher en el monitor fue cuestionable, lo cual fue normal en nuestro caso y sospechoso para el caso de Ayala, y todos estos resultados son ligeramente diferentes, por lo que es categoría I, mientras que en contraste la situación es Categoría III.

Para la condición de oligoamnios severo el ILA fue 12 en la investigación de Ayala en nuestro caso fue 13 teniendo similitud.

En el caso del oligohidramnios severo, el Índice de Líquido Amniótico fue de 12 en el estudio de Ayala y de 13 en nuestro caso [ambos se diagnosticaron por ecografía obstétrica], similar al caso clínico de Jonguitud A^{xxiv}, quien reportó un feto de 34 semanas, pequeño para la edad gestacional y que presentó oligoamnios durante el embarazo. Menos aún, hay una diferencia significativa después del nacimiento, ya que el producto que investigamos fue un normal y fue dado de alta en condiciones de control, mientras que el producto de comparación tenía neumotórax en ambos lados de los pulmones [los mismos que los diagnosticados por ecografía obstétrica]. También se presentó patologías cardíacas, digestivas y urinarias que condujeron a la muerte perinatal.

Respecto al circular de cordón umbilical, en nuestra investigación los exámenes de ultrasonido obstétrico en las semanas 29 y 37 mostraron que el cordón nual fue el mismo, lo que lleva a recordar el momento del expulsivo durante el parto para realizar deslizamiento o rechazo del circular simple de cordón nual, a diferencia de la investigación de Poma M^{xxv}, que fue diagnosticada después del parto pero con diagnóstico Doppler previo de circular doble de cordón y monitoreo electrónico fetal alterado sugestivo a triple circular nual la cual difiere de nuestro caso.

CONCLUSIONES

Al culminar estamos en condiciones de concluir con lo siguiente:

Describimos detalladamente los resultados ecográficos fueron dos eventos en la semana 29 y 32 del embarazo en las cuales se evidencia una evolución clínica ligeramente desfavorable de la multigesta con restricción de crecimiento intrauterino que le llevó a ser clasificada en la etapa I, oligohidramnios severo y circular simple nuczal, ocurrido en el hospital “Jesús Nazareno” — Ayacucho, 2023.

1. Los hallazgos clínicos de la ecografía fueron perímetro cefálico, diámetro biparietal y peso debajo de los parámetros normales; perímetro abdominal y talla con parámetros normales, arteria umbilical y arteria cerebral media de flujo normal; así también los exámenes de laboratorio cursaron con normalidad.
2. El manejo terapéutico fue acorde al de un parto eutócico, el control fue mediante monitoreo electrónico fetal que fue Fisher normal y la evolución fue favorable en condiciones de alta tanto para la madre y el neonato del caso clínico durante su estancia hospitalaria.

SUGERENCIAS

Al ser un embarazo con características complejas se sugiere a los profesionales que atienden a la gestante en el hospital lo siguiente:

1. La mujer embarazada recién se realiza su primer examen de ultrasonido a la semana 29, que es el tercer trimestre del embarazo, las normas técnicas del MINSA peruano recomiendan un examen de ultrasonido cada tres meses, el responsable de los exámenes prenatales mediante visitas domiciliarias hacer seguimiento para completar el examen correspondiente y brindar el tratamiento adecuado según la situación.
2. El manejo terapéutico fue el de un parto eutócico, pero debe reforzarse la fluidoterapia y oxigenoterapia para asegurar un proceso de dilatación estable y el monitoreo electrónico fetal fue adecuado por lo que se sugiere seguir contando con obstetras especialistas en este campo, estandarizar el monitoreo fetal intraparto independientemente si hay presencia de patología o no y complementar con las indicaciones del alta sobre la estimulación temprana del recién nacido para garantizar un mejor aprovechamiento dado su condición de RCIU.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Ticona M, Pacora P, Huanco D, Ticona M. Retraso del crecimiento intrauterino en el Perú: Factores estresantes y resultados perinatales en hospitales del Ministerio de Salud. *Ginecol Obstet Mex.* 2014; 82:725-736.
- 2 Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del INMP: Restricción de crecimiento intrauterino. 2018; 1 (56): 170.
- 3 Espinola M, Sanca S, Limay A, Caballero. Modelo predictivo de restricción del crecimiento intrauterino usando Doppler de arterias uterinas y edad materna. *chil. obstet. ginecol.* 2020; 85 (5): 20.
- 4 Pimiento L, Beltrán M. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. *Chil. obstet. ginecol.* 2015; 80 (6): 7.
- 5 Huertas E. Restricción selectiva del crecimiento intrauterino (RCIUs). *Perú. ginecol. obstet.* 2015; 61 (3):21.
- 6 Lacunza R, Avalos J. Restricción de crecimiento fetal y factores angiogénicos: Un nuevo horizonte. *Perú. ginecol. obstet.* 2018; 64 (3): 18.
- 7 Pimiento L, Beltrán M. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. *Chil. obstet. ginecol.* 2015; 80 (6): 9.
- 8 Huertas E. Restricción selectiva del crecimiento intrauterino (RCIUs). *Perú. ginecol. obstet.* 2015; 61 (3):24.
- 9 Castillo W. Identificación de restricción del crecimiento intrauterino tardío con Doppler umbilical normal mediante algoritmo diagnóstico multiparámetro en el INMP. *Perú investg Matern Perinat.* 2013;2(1):19-22
- 10 Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del INMP: Restricción de crecimiento intrauterino. 2018; 1 (56): 175.
- 11 Castillo W. Calidad en Doppler materno fetal: Propuesta de una escala objetiva modificada de calidad y auditoría. *Peruana de Investigación Materno Perinatal.* 2023; 12(1):44-51
- 12 Sante G, Silva E. Oligohidramnios en el Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna; 2013- 2015.
- 13 Protocolo Oligohidramnios en gestación única Hospital Sant Joan de Deu

- Universitat Barcelona; 2023.
- 14 Hofmery J, Gullmezoglu A. Hidratación para aumentar el volumen de líquido amniótico en oligohidramnios y en el líquido normal. The Cochrane Library. Oxford; 2001:3.
 - 15 Nicolini U, Fish M, Rodeck H. Baja presión amniótica en oligohidramnios: ¿es esta la causa de la hipoplasia pulmonar? Am J Obstet Gynecol 1989;161:1098-101
 - 16 Hofmeyr J, Gülmezoglu A, Hofmeyr J. Amnio infusión para líquido amniótico teñido de meconio en el trabajo de parto. The Cochrane Library. Oxford; 2007 (1).
 - 17 Delgado J. Circular de cordón: Cuando el cordón se enrolla alrededor del cuello del bebé. Etapa infantil; 2023.
 - 18 Jonguitud A. Caso clínico: Oligohidramnios y dificultad respiratoria progresiva. Ejemplo de la utilidad del ultrasonido en la toma de decisiones en UCIN. México; 2019: 12.
 - 19 Ayala M, Guerrero J, Ingar J, Ventura R, Sugajara R, Ibañez C, Castillo W. RCIU severo: a propósito de un caso y revisión de la literatura. Peruanade Investigación Materno Perinatal. 2021;10 (2):91-101
 - 20 Poma M. Distocia funicular de triple cordón nucal diagnosticado por monitoreo electrónico: Caso clínico. Centro de Salud Chilca – Junín, 2023. Huancayo; 2023.
 - 21 Huertas E. Restricción selectiva del crecimiento intrauterino (RCIUs). Perú. ginecol. obstet. 2015; 61 (3): 30.
 - 22 Castillo W. Calidad en Doppler materno fetal: Propuesta de una escala objetiva modificada de calidad y auditoría. Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2023; 12(1):45.
 - 23 Ayala M, Guerrero J, Ingar J, Ventura R, Sugajara R, Ibañez C, Castillo W. RCIU severo: a propósito de un caso y revisión de la literatura. Peruanade Investigación Materno Perinatal. 2021;10 (2):93.
 - 24 Jonguitud A. Caso clínico: Oligohidramnios y dificultad respiratoria progresiva. Ejemplo de la utilidad del ultrasonido en la toma de decisiones en UCIN. México; 2019:21.
 - 25 Poma M. Distocia funicular de triple cordón nucal diagnosticado por monitoreo electrónico: Caso clínico. Centro de Salud Chilca – Junín, 2023. Huancayo; 2023.

Anexos

Anexo 01: Permiso de institución para investigar:

HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO

Jr. Ciro Alegría N°800
RUC: 20495122361

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO HUMANO "

**FICHA DE ACEPTACION PARA LA
EJECUCION DE PROYECTO DE
INVESTIGACION**TEMA: "CASO CLÍNICO DE MULTIGESTA DE 37 SEMANAS
CON RCIU TIPO I, OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO Y
CIRCULAR SIMPLE."

1. RAZON SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN: HOSPITAL DE APOYO "JESÚS NAZARENO"
2. DIRECCIÓN: Jr. Ciro Alegría N °800
3. RESPONSABLE DE DOCENCIA, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN: Lic. Trab. Soc. Milagros Córdova Morales.
4. RESPONSABLE DEL SERVICIO DONDE SE EJECUTARÁ LA INVESTIGACIÓN: obst. Alarcón de Guzmán, Rosa María

Ayacucho, 13 de noviembre
del 2023DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO
RED DE SALUD ALAMANDA - UG 408
HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO
[Firma]
Mg. Esp. William E. Veitz Quispe
COP. 15540 INE 2013 - E. 09
DIRECTORAHOSPITAL JESÚS NAZARENO
DOCENCIA, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN

Anexo 02: Ficha del caso clínico

Tabla 1: Factores causales de RCIU y grado de asociación

FETALES	
Aneuploidias trisomía 18, 13 21; triploidias, disomias unipateras para cromosomas 6, 14 16	
Malformaciones no cromosómicas (Gastrosquisis, Onfalocele, Cardiopatías, etc.	
Síndromes genéticos (comelia de Brachman-de Lange, Russell-Silver, Fanconi, Roberts, etc.)	
Infecciones (Citomegalovirus, Sífilis, Malaria, Rubeola, Toxoplasma, TBC, HIV, etc.	
MATERNO Y ENTORNO GESTACIONAL: MAYORES OR > 2	
Edad materna > 40 a	Enfermedad Renal
Tabaquismo > 11/día	Síndrome Antifosfolípídico
Usaria de Cocaína	PEG-RCF paterno
Ejercicio vigoroso diario	Amenaza de aborto
PEG-RCF Óbito anterior	Pre eclampsia 0 Hipertensión gestacional Severa actual
PEG.RCF materno	Baja ganancia ponderal
Hipertensión Crónica	Diabetes Enfermedad vascular
MATERNO Y ENTORNO GESTACIONAL: MENORES OR < 2	
Anemia materna moderada a severa	Pre eclampsia previa
Edad materna > 35 a	Intervalo gestacional <6m y > 60 m
Multiparidad	Hipertensión gestacional leve
Índice de Masa Corporal < 20 o > 25	Consumo de alcohol
Tabaquismo 1 a 10/día	cardiopatía,
Embarazo tras Fertilización in vitro	enfermedad pulmonar
Baja ingesta de frutas pre gestacional	Consumo de cafeína > 300 mg/día en el 3er trimestre
PLACENTARIAS	
Placenta Previa	
Tumores placentarios (Corioangiomas, hemangiomas, inserción velamentosa, etc.	
Mosaicismo placentario aislado	
Hemorragia anteparto inexplicada	
Arteria umbilical única aislada	

Tabla 2. Tipos de presentación RCIU menor y mayor de 34 semanas según características.

CARACTERÍSTICAS	RCIU TEMPRANO	RCIU TARDIO
	Generalmente por trastorno de placentación moderado a severo	El trastorno de placentación es leve a moderado y/o Múltiples. Sinérgicas
NST no reactivo	81-100%	49.0 %
PBF anormal	36-71 %	2.0 %
Incidencia	Baja	Alta
Tolerancia	Mejor Tolerancia a la hipoxia: Deterioro progresivo antes de la muerte	Menor tolerancia a hipoxia. Deterioro relativamente súbito.
Diagnóstico Detección	Fácil: Más del 80 %. Típicamente con alteración Doppler en múltiples vasos. Secuencia constante en general	Difícil: < 50 %0, signos sutiles y secuencia inconstante. Mejora con
Comorbilidad materna: Preeclampsia PE	RCIU en 62,2 % de PE Si hay solo RCIU. puede presentarse PE posterior al diagnóstico.	RCIU en 25.8 PE tardía. Son frecuentes: Anemia, Desnutrición, TBC Placentaria leve.
Seguimiento	Más fácil: Secuencia permite predecir muerte. excepto si asocia preeclampsia que complica o aparece.	Difícil: Deterioro vascular más agudo con redistribución de flujos y necesidad de evaluación integrada más frecuente
Doppler	Anormalidad DOAU (31-89 ACM RCP (55 %Ductus venoso (19-30 %) y Uterinas (94% Otros como istmo aórtico estratifican el riesgo, pero no necesario para el Diagnóstico	Anormalidad DOAU en el 5 %. ACM Ratio cerebro placentario (70 Istmo aórtico. Uterinas (26 %) y Ductus venoso (0-0.5 %).
Mortalidad	Tienen alta mortalidad y morbilidad perinatal acrecentada por la prematuridad.	Menor mortalidad y morbilidad, pero contribuyen más a la mortalidad total
Momento del Parto	La severidad del compromiso arterial y venoso, y la edad gestacional permiten programar el momento y la vía del parto	Doppler cerebral e Istmo aórtico y una evaluación integrada ayudan al momento y vía del parto.
Manejo	Difícil: Evaluar riesgo de morbimortalidad por prematuridad versus muerte intrauterina	Fácil: Terminar gestación, por mayor sobrevida. Mayor impacto de la detección y manejo.

Tabla 3 Clasificación y manejo de RCIU según anomalía del Doppler

Clasificación y manejo de RCIU según estadios por alteraciones Doppler Compendio y modificación: Dr. Walter Castillo Urquiaga servicio Medicina Fetal INMP 2015				
Estadio	Correlación fisiológica	Criterios estadios (B) (alguno de)	Monitoreo	Finalización del embarazo y Via
I	pequeñez severa Insuficiencia placentaria leve	<ul style="list-style-type: none"> • RCP < P5 • PEF • IPACM < P5 • IP A • Uterinas > P95 • Factor materno causante RCIU 	Semanal RCOG: 2 veces/ sem Si IP AU >	BARC 37 semanas cualquier criterio ACOG/SMFM: 37 semanas si AU > P95 RCOG: 37 s P5 Inducción Trabajo de Parto MEF continuo, el 50% requerirá cesárea de emergencia.
II	Insuficiencia placentaria severa	AU diástole ausente Istmo Aórtica) reverso	2 veces/ sem RCOG: Diario x AU	BARC: 34 semanas ACOG/SMFM: 34 sem si AU diástole ausente RCOG: 32 si DV normal, antes si anormal Cesárea
III	Baja sospecha de Acidosis fetal (Deterioro avanzado)	AU diástole reversa IPDV > P95	Cada 1-2 días RCOG: Diario x AU sem	BARC 30 semanas ACOG/SMFM: 32 para AU reversa RCOG: 32 si DV normal, antes si anormal Cesárea
IV	Alta sospecha de Acidosis fetal (Alto Riesgo Muerte)	DV reverso CTGC < 3ms Di yo variabilidad < 5	12 h	BARC 26 semanas Cesárea
<p>* En preeclampsia y Otros factores maternos no es prudente considerar como pequeño constitucional aun con Doppler normal. En preeclampsia es no predecible Valores Doppler libres de factores de confusión y referencias sensibles, ya que varían entre organizaciones. RCOG 2013; ACOG/SMFM.12013 sólo A Umbilical B; Barcelona 2017</p>				

Anexo 03: Resoluciones



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD



FACULTAD DE OBSTETRICIA DECANATO

RESOLUCIÓN N° 061-2024-UNHEVAL/FObst-D

Huánuco, 07 de febrero de 2024.

VISTO:

El Proveído N° 019-2024-UNHEVAL/FOBST-CEGESA-CG, de fecha 05.FEB.2024, de la Coordinadora General del Centro Generador de Servicios Académicos de la Facultad de Obstetricia, con ocho (08) folios;

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución N° 520-2022-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 02.DIC.2022, se aprueba la Exclusividad del Título del Proyecto de Investigación: "MULTIGESTA DE 37 SEMANAS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRA UTERINO TIPO I, OLIGOAMNIOS SEVERO Y CIRCULAR SIMPLE: CASO CLÍNICO. HOSPITAL DE APOYO "JESÚS NAZARENO" 2022" y se nombra a la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA, como Asesora de Tesis de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo de Investigación;

Que, con Informe N° 002-2024-UNHEVAL/FObst-DAT-MMF, de fecha 18.ENE.2024, la Dra. María del Pilar Melgarejo Figueroa, Asesora de Trabajo Académico, informa lo siguiente: "...Haber culminado con la asesoría del proyecto de trabajo académico y doy mi conformidad a la modificación del título, debiendo quedar así: MULTIGESTA DE 37 SEMANAS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO TIPO I, OLIGOAMNIOS SEVERO, CIRCULAR SIMPLE: CASO CLÍNICO EN EL "HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO, AYACUCHO AÑO 2023"..." de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO;

Que, con Solicitud s/n°, de fecha 05.FEB.2024, la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, solicita modificación de título y modalidad de la exclusividad del título del proyecto de tesis;

Que, con Proveído N° 019-2024-UNHEVAL/FOBST-CEGESA-CG, de fecha 05.FEB.2024, la Coordinadora General del Centro Generador de Servicios Académicos de la Facultad de Obstetricia, remite la solicitud de la exalumna mencionada, para su trámite correspondiente;

Que, analizando el documento, la Decana informa precedente la solicitud de la exalumna antes mencionada; y,

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante RESOLUCIÓN N° 077-2020-UNHEVAL- CEU, de fecha 11 de diciembre de 2020.

SE RESUELVE:

- 1° **DEJAR SIN EFECTO** la Resolución N° 520-2022-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 02.DIC.2022; por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° **APROBAR** la Exclusividad de Título para Proyecto de Trabajo Académico, titulado: **MULTIGESTA DE 37 SEMANAS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO TIPO I, OLIGOAMNIOS SEVERO, CIRCULAR SIMPLE: CASO CLÍNICO EN EL "HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO, AYACUCHO AÑO 2023"**, de la ex estudiante de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, y queda registrado en el archivo de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir de la emisión de la presente Resolución.
- 3° **DESIGNAR** a la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA, como Asesora de Trabajo Académico de la ex estudiante de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo de investigación, debiendo ceñirse al cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL.
- 4° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesada.
Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
FACULTAD DE OBSTETRICIA
[Firma manuscrita]
Dra. Ibeth C. Figueroa Sánchez
DECANA

Distribución: CGSA, DUI, Asesora, Interesada y Archivo.



*"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"*
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO



RESOLUCIÓN N° 081-2024-UNHEVAL/FObst-D

Huánuco, 14 de febrero de 2024.

VISTO:

El Proveído N° 026-2024-UNHEVAL/FOBST-CEGESA-CG, de fecha 14.FEB.2024, de la Coordinadora General del Centro Generador de Servicios Académicos de la Facultad de Obstetricia, en cuatro (04) folios, con proyecto de trabajo académico digital;

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución N° 061-2024-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 07.FEB.2024, se resolvió: 2° Aprobar la Exclusividad de Título para Proyecto de Trabajo Académico, titulado: "MULTIGESTA DE 37 SEMANAS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO TIPO I, OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO, CIRCULAR SIMPLE: CASO CLÍNICO EN EL "HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO, AYACUCHO AÑO 2023", de la ex estudiante de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, y queda registrado en el archivo de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir de la emisión de la presente Resolución. 3° Designar a la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA, como Asesora de Trabajo Académico de la exestudiante en mención, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo de investigación;

Que, con Proveído N° 026-2024-UNHEVAL/FOBST-CEGESA-CG, de fecha 14.FEB.2024, la Coordinadora General del Centro Generador de Servicios Académicos de la Facultad de Obstetricia, remite la solicitud S/N°, de fecha 13.FEB.2024, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, mediante el cual solicita jurado evaluador para la revisión de proyecto de investigación, adjuntando Proyecto de Trabajo Académico, titulado: "MULTIGESTA DE 37 SEMANAS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO TIPO I, OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO, CIRCULAR SIMPLE: CASO CLÍNICO EN EL "HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO, AYACUCHO AÑO 2023";

Que, con Informe N° 002-2024-UNHEVAL/FObst-DAT-MMF, de fecha 18.ENE.2024, la Dra. María del Pilar Melgarejo Figueroa, Asesora de Trabajo Académico, señala que el PROYECTO DE TRABAJO ACADÉMICO SE ENCUENTRA APTO, para ser revisado por el Jurado Evaluador;

Que, en el Art. 37° del Reglamento General de Grados y Títulos Modificado de la UNHEVAL, aprobado con la Resolución Consejo Universitario N° 3412-2022-UNHEVAL, de fecha 24.OCT.2022, señala: "El interesado, con el informe del asesor de tesis, deberá solicitar la designación del Jurado de Tesis. El decano de la Facultad, en el plazo de tres (3) días calendarios, designará al Jurado de Tesis. a) El Jurado de Tesis será designado considerando el récord de participación de los docentes de cada escuela profesional. El Jurado de Tesis estará integrado por tres (3) docentes ordinarios o contratados como titulares y un docente ordinario o contratado como accesitario, de los cuales dos docentes titulares deben ser de la especialidad. b) El Jurado estará compuesto de: Presidente, Secretario y Vocal; presidido por el docente de mayor categoría y antigüedad; el Jurado de Tesis emitirá un informe colegiado al decano, en un plazo no mayor de quince (15) días calendarios; cumplido este periodo de tiempo y si no hay informe de revisión de tesis se realizará cambio de jurado";

Que, analizado los documentos, la Decana según récord de participación de los docentes designa el Jurado de trabajo académico, quedando integrado de la siguiente manera: Dra. FIGUEROA SÁNCHEZ, Ibeth Catherine; Mg. DE LA MATA HUAPAYA, Rosario Del Pilar; Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela; Mg. SOTO RUEDA, Ana María (Accesitaria); y,

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante RESOLUCIÓN N° 077-2020-UNHEVAL- CEU, de fecha 11 de diciembre de 2020.

...///



*"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"*

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD

FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO



.../// RESOLUCIÓN N° 081-2024-UNHEVAL/FObst-D

-2-

SE RESUELVE:

- 1° **DESIGNAR** Jurado de Trabajo Académico, titulado: "MULTIGESTA DE 37 SEMANAS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO TIPO I, OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO, CIRCULAR SIMPLE: CASO CLÍNICO EN EL "HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO, AYACUCHO AÑO 2023", de la ex estudiante de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cytia Marvila PRADO BELLIDO, debiendo el jurado estar integrado de la siguiente manera, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución:
- | | | |
|-------------|---|---|
| Presidente | : | Dra. FIGUEROA SÁNCHEZ, Ibeth Catherine |
| Secretaria | : | Mg. DE LA MATA HUAPAYA, Rosario Del Pilar |
| Vocal | : | Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela |
| Accesitaria | : | Mg. SOTO RUEDA, Ana Maria |
- 2° **DISPONER**, que los docentes designados informen colegiadamente al Decano en un plazo no mayor de quince (15) días calendarios, sobre la suficiencia del proyecto de Trabajo Académico.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.


 Dra. Ibeth C. Figueroa Sánchez
 DECANA

Distribución:

CGSA
DUI
Jurados
Asesora
Interesada
Archivo.



*"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"*
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CO



**FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO**

RESOLUCIÓN N° 237-2024-UNHEVAL/FObst-D

Huánuco, 17 de abril del 2024.

VISTO:

El Proveído N° 075-2024-UNHEVAL/FOBST-CEGESA-CG, de fecha 12.ABR.2024, de la Coordinadora General del Centro Generador de Servicios Académicos de la Facultad de Obstetricia, en cuatro (04) folios;

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución N° 061-2024-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 07.FEB.2024, se resolvió: 2° Aprobar la Exclusividad de Título para Proyecto de Trabajo Académico, titulado: "MULTIGESTA DE 37 SEMANAS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO TIPO I, OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO, CIRCULAR SIMPLE: CASO CLÍNICO EN EL "HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO, AYACUCHO AÑO 2023", de la ex estudiante de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, y queda registrado en el archivo de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir de la emisión de la presente Resolución. 3° Designar a la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA, como Aseora de Trabajo Académico de la exestudiante en mención, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo de investigación;

Que, con Resolución N° 081-2024-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 14.FEB.2024, se designa Jurado de Trabajo Académico de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, integrado de la siguiente manera; presidente: Dra. FIGUEROA SÁNCHEZ, Ibeth Catherine; Secretaria: Mg. DE LA MATA HUAPAYA, Rosario Del Pilar; Vocal: Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela; Accesitaria: Mg. SOTO RUEDA, Ana María;

Que, con Resolución N° 153-2024-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 11.MAR.2024, se recuelve 1° APROBAR el Proyecto de Trabajo Académico, titulado: "MULTIGESTA DE 37 SEMANAS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO TIPO I, OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO, CIRCULAR SIMPLE: CASO CLÍNICO EN EL "HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO, AYACUCHO AÑO 2023", de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO...; y 2° INSCRIBIR el Proyecto indicado en el Repositorio de Proyecto de Trabajo Académico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir del 16.FEB.2024;

Que, con Informe N° 006-2024-UNHEVAL/FObst-DAT-MMF, de fecha 28.FEB.2024, la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA, Aseora de Trabajo Académico de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, emite opinión favorable para modificación de título de trabajo académico a sugerencia de los jurados que manifestaron demaziadas palabras en el título; quedando el título del proyecto de Trabajo Académico de la siguiente manera: MULTIGESTA CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO, OLIGOHIDRAMNIOS Y CIRCULAR NUCAL: SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO DE CASO CLÍNICO. HOSPITAL "JESUS NAZARENO"- AYACUCHO, 2023;

Que, mediante Proveído N° 075-2024-UNHEVAL/FOBST-CEGESA-CG, de fecha 12.ABR.2024, la Mg. Ana María SOTO RUEDA, Coordinadora General del Centro Generador de Servicios Académicos de la Facultad de Obstetricia, remite la solicitud s/n°, de fecha 10.ABR.2024, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, mediante el cual solicita modificación del título de proyecto de trabajo académico;

...//



*"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"*
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD



**FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO**

.../// RESOLUCIÓN N° 237-2024-UNHEVAL/FObet-D

-2-

Que, analizado por la Decana, de acuerdo a los documentos normativos da procedente la solicitud s/n° de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO; y,

Estando a las atribuciones conferida a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante RESOLUCIÓN N° 077-2020-UNHEVAL- CEU, de fecha 11 de diciembre de 2020.

SE RESUELVE:

- 1° **MODIFICAR** el numeral 1° de la parte resolutive de la Resolución N° 153-2024-UNHEVAL/FObet-D, de fecha 11.MAR.2024, en el extremo del título del proyecto de Trabajo Académico, debiendo ser: **MULTIGESTA CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO, OLIGOHIDRAMNIOS Y CIRCULAR NUCAL: SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO DE CASO CLÍNICO. HOSPITAL "JESUS NAZARENO" - AYACUCHO, 2023**, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, **Cyntia Marvila PRADO BELLIDO**, asesorada por la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA, y queda registrado en el archivo de la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia; por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° **DEJAR SUBSISTENTE** todo lo demás que contiene la Resolución N° 153-2024-UNHEVAL/FObet-D, de fecha 11.MAR.2024.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dra. Ibeth C. Figueroa Sanchez
DECANA

DISTRIBUCIÓN:

CGSA
DUI
Asesora
Interesada
Archivo.



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
 Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO



RESOLUCIÓN N° 153-2024-UNHEVAL/FOBst-D

Huánuco, 11 de marzo del 2024

VISTO:

El Proveído N° 052-2024-UNHEVAL/FOBST-CEGESA-CG, de fecha 08.MAR.2024, de la Coordinadora General del Centro Generador de Servicios Académicos de la Facultad de Obstetricia, en siete (07) folios, con proyecto de trabajo académico en digital;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al Reglamento de Grado y Títulos de la UNHEVAL, en su Título III Tesis, Art. 38° señala: "Emitida la resolución de aprobación del Proyecto de Tesis por el decano, el estudiante o exestudiantes procederá a desarrollar su Proyecto de Tesis. Si no lo desarrollara en el plazo de un año, debe presentar un nuevo Proyecto de Tesis. Las facultades establecerán en su reglamento específico el plazo mínimo para que el estudiante presente su borrador de tesis";

Que, con Resolución N° 061-2024-UNHEVAL/FOBst-D, de fecha 07.FEB.2024, se resolvió: 2° Aprobar la Exclusividad de Título para Proyecto de Trabajo Académico, titulado: "MULTIGESTA DE 37 SEMANAS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO TIPO I, OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO, CIRCULAR SIMPLE: CASO CLÍNICO EN EL "HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO, AYACUCHO AÑO 2023", de la ex estudiante de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, y queda registrado en el archivo de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir de la emisión de la presente Resolución. 3° Designar a la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA, como Asesora de Trabajo Académico de la exestudiante en mención, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo de investigación;

Que, con Resolución N° 081-2024-UNHEVAL/FOBst-D, de fecha 14.FEB.2024, se designa Jurado de Trabajo Académico de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, integrado de la siguiente manera; presidente: Dra. FIGUEROA SÁNCHEZ, Ibeth Catherine; Secretaria: Mg. DE LA MATA HUAPAYA, Rosario Del Pilar; Vocal: Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela; Accesitaria: Mg. SOTO RUEDA, Ana María;

Que, con Informe Colegiado N° 001-2024-ICFS/RPMH/NAHP-FOBst-UNHEVAL, de fecha 16.FEB.2024, la Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SÁNCHEZ, Mg. Rosario Del Pilar DE LA MATA HUAPAYA, y Mg. Nelly Adela HILARIO PORRAS, Jurados Evaluadores del Proyecto de Trabajo Académico indican que se encuentra APTO para su aprobación y ejecución;

Que, con Proveído N° 052-2024-UNHEVAL/FOBST-CEGESA-CG, de fecha 08.MAR.2024, la Coordinadora General del Centro Generador de Servicios Académicos de la Facultad de Obstetricia, remite la solicitud s/n°, de fecha 07.MAR.2024, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, para la emisión de la resolución correspondiente; y,

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante RESOLUCIÓN N° 077-2020-UNHEVAL- CEU, de fecha 11 de diciembre de 2020.

SE RESUELVE:

- 1° **APROBAR** el Proyecto de Trabajo Académico, titulado: "MULTIGESTA DE 37 SEMANAS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO TIPO I, OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO, CIRCULAR SIMPLE: CASO CLÍNICO EN EL "HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO, AYACUCHO AÑO 2023", de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, asesorada por la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA.
- 2° **INSCRIBIR** el Proyecto indicado en el Repositorio de Proyecto de Trabajo Académico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir del 16.FEB.2024.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
 FACULTAD DE OBSTETRICIA

 Dra. Ibeth C. Figueroa Sánchez
 DECANA

DISTRIBUCIÓN: CGSA, DUI, Asesora, Interesado y Archivo.



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO



RESOLUCIÓN N° 379-2024-UNHEVAL/FObst-D

Huánuco, 05 de junio del 2024

VISTO:

La Solicitud s/n°, de fecha de recepción 05.JUN.2024, presentada por la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, en once (11) folios;

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución N° 061-2024-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 07.FEB.2024, se resolvió: 2° Aprobar la Exclusividad de Título para Proyecto de Trabajo Académico, titulado: "MULTIGESTA DE 37 SEMANAS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO TIPO I, OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO, CIRCULAR SIMPLE: CASO CLÍNICO EN EL "HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO, AYACUCHO AÑO 2023", de la ex estudiante de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, y queda registrado en el archivo de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir de la emisión de la presente Resolución. 3° Designar a la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA, como Asesora de Trabajo Académico de la exestudiante en mención, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo de investigación;

Que, con Resolución N° 081-2024-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 14.FEB.2024, se designa Jurado de Trabajo Académico de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, integrado de la siguiente manera; presidente: Dra. FIGUEROA SÁNCHEZ, Ibeth Catherine; Secretaria: Mg. DE LA MATA HUAPAYA, Rosario Del Pilar; Vocal: Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela; Accesitaria: Mg. SOTO RUEDA, Ana María;

Que, con Resolución N° 153-2024-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 11.MAR.2024, se resolvió: APROBAR el Proyecto de Trabajo Académico, titulado: "MULTIGESTA DE 37 SEMANAS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO TIPO I, OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO, CIRCULAR SIMPLE: CASO CLÍNICO EN EL "HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO, AYACUCHO AÑO 2023", de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO...; y 2° INSCRIBIR el Proyecto indicado en el Repositorio de Proyecto de Trabajo Académico de la Unidad de Investigación de la Facultad, guardándose dicha inscripción por un año, contados a partir del 16.FEB.2024;

Que, con Resolución N° 237-2024-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 17.ABR.2024, se resolvió: MODIFICAR el numeral 1° de la parte resolutive de la Resolución N° 153-2024-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 11.MAR.2024, en el extremo del título del proyecto de Trabajo Académico, debiendo ser: "MULTIGESTA CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO, OLIGOHIDRAMNIOS Y CIRCULAR NUCAL: SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO DE CASO CLÍNICO. HOSPITAL "JESUS NAZARENO"- AYACUCHO, 2023", de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO ...; y 2° DEJAR SUBSISTENTE todo lo demás que contiene la Resolución N° 153-2024-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 11.MAR.2024;

Que, con Informe Colegiado N° 002-2024-ICPS/RPMH/NHP-FObst-UNHEVAL, de fecha 26.ABR.2024, la Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SÁNCHEZ, Mg. Rosario del Pilar DE LA MATA HUAPAYA y la Mg. Nelly Adela HILARIO PORRAS, Jurados Evaluadores del Trabajo Académico, indican que después de haber realizado la revisión de dicho borrador de Trabajo Académico se encuentra APTO para ser sustentada, dado que se ajusta a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL;

Que, con Solicitud s/n°, de fecha de recepción 05.JUN.2024, presentada por la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, solicita fijar fecha y hora para la sustentación del Trabajo Académico;

Que, con Proveído N° 117-2024-UNHEVAL/FOBST-CEGESA-CG, de fecha 05.JUN.2024, la Mg. Ana María SOTO RUEDA, Coordinadora General del Centro Generador de Servicios Académicos de la Facultad de Obstetricia, indica que la ex alumna en mención se encuentra APTA en condiciones para proseguir con el trámite correspondiente;

...//



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO



...// **RESOLUCIÓN N° 379-2024-UNHEVAL/FObet-D**

-2-

Que, con Resolución Consejo Universitario N° 0009-2024-UNHEVAL, de fecha 09.ENE.2024, se otorga la licencia por goce del año sabático, con goce de remuneraciones, a la Dra. María del Pilar Melgarejo Figueroa, docente asociado a dedicación exclusiva de la Escuela Profesional de Obstetricia, autorizado por la Facultad de Obstetricia, mediante la Resolución Consejo de Facultad N° 0304-2023-UNHEVAL/FObet, de fecha 24.OCT.2023, a partir del 01 de marzo de 2024 hasta el 28 de febrero de 2025, con fines de decarrollar el proyecto de investigación...;

Que, según el Reglamento del Docente Valdizano, en el CAPITULO II: De las licencias, indica en su Artículo 67°: "Se entiende por licencia a la autorización escrita para no asistir al centro de trabajo uno o más días, la licencia se concede a solicitud de parte y está condicionada a la conformidad institucional...";

Que, en el Reglamento de Grados y títulos modificado de la UNHEVAL, en el TITULO VII: PROCEDIMIENTO DE LA SUSTENTACIÓN Y OBSTENCIÓN DEL GRADO Y TÍTULO; en el Capítulo VI DE LA SUSTENTACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, TESIS, TESIS PROYECTUAL APLICADA A PROYECTOS ARQUITECTÓNICOS, ARTÍCULO CIENTÍFICO, TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL O TRABAJO ACADÉMICO EN ACTO PÚBLICO PRESENCIAL; indica los siguientes: Artículo 75° "El decano emitirá la resolución fijando el lugar, fecha y hora para la sustentación del Trabajo de Investigación, Tesis,..."; en el Artículo 77° señala: "Para el caso del Trabajo de Investigación, Tesis, Artículo Científico, Tesis Proyectual Aplicada a Proyectos Arquitectónicos o Trabajo Académico, es obligatoria la participación del Asesor de Tesis, con derecho a voz; el (los) sustentante(s) deberá(n) exponer oralmente el contenido del trabajo de investigación o tesis y absolver las preguntas que les formulen los miembros del Jurado....";

Que en el Decreto Legislativo N° 1272, Decreto Legislativo que modifica la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y deroga la Ley N° 29060, Ley del Silencio Administrativo, en cuyo Artículo IV. Principios de procedimiento administrativo, indica en el numeral 1.1. "Principio de legalidad. - Las autoridades administrativas deben actuar con respeto a la Constitución, la ley y al derecho, dentro de las facultades que le estén atribuidas y de acuerdo con los fines para los que les fueron conferidas"; 1.5. "Principio de imparcialidad.-Las autoridades administrativas actúan sin ninguna clase de discriminación entre los administrados, otorgándoles tratamiento y tutela igualitarios frente al procedimiento, resolviendo conforme al ordenamiento jurídico y con atención al interés general." y "1.9. Principio de celeridad. - Quienes participan en el procedimiento deben ajustar su actuación de tal modo que se dote al trámite de la máxima dinámica posible...";

Que, en el Reglamento General de Grados y Títulos modificado en la SEGUNDA Disposición final, señala: "Los aspectos no previstos en el presente Reglamento serán resueltos por el decano de la Facultad en el marco de sus atribuciones señaladas en el presente Reglamento, en el Estatuto de la UNHEVAL, en la Ley Universitaria 30220 y otros dispositivos. ...";

Que la Decana, analizado los actuados, y en mérito a los documentos, da procedente la solicitud s/n°, de fecha 13.MAR.2024, presentada por la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Grimanesa CORTEZ ESPINOZA, declarando expedito a la ex alumna mencionada, habilitar a la Mg. Ana María Soto Rueda, como jurado principal en la terna de Jurados de Tesis, reconformar el Jurado de Tesis, fijar fecha, hora y lugar para la sustentación de Tesis,

Que, el Decano Encargado, analizado los actuados, y en mérito a los documentos, da procedente la Solicitud s/n°, de fecha de recepción 05.JUN.2024, presentada por la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, declarando expedito a la ex alumna mencionada, fijar fecha, hora y lugar para la sustentación de Trabajo Académico, excusar la participación de la asesora de trabajo académico Dra. María del Pilar Melgarejo Figueroa por encontrarse de licencia por goce del año sabático y quien culminó con la conformidad del proceso de asesoría con la presentación del borrador de trabajo académico, y comunicar a los miembros del Jurado de Trabajo Académico y Asesora; y,

Estando a las atribuciones conferida al Señor Decano Encargado de la Facultad de Obstetricia, mediante RESOLUCIÓN CONSEJO DE FACULTAD N° 175-2024-UNHEVAL/FObet, de fecha 20 de mayo del 2024.

...//



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO



...// RESOLUCIÓN N° 379-2024-UNHEVAL/FObet-D

-3-

SE RESUELVE:

- 1° **DECLARAR** expedito a la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO, para la sustentación del Trabajo Académico, por lo expuesto en los considerandos precedentes.
- 2° **FIJAR** fecha, hora, lugar para la sustentación del Trabajo Académico, titulado: "MULTIGESTA CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO, OLIGOHIDRAMNIOS Y CIRCULAR NUCAL: SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO DE CASO CLÍNICO. HOSPITAL "JESUS NAZARENO"- AYACUCHO, 2023", de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia en Obstetricia, Cyntia Marvila PRADO BELLIDO; siendo:
DÍA: Sábado, 15 de junio del 2024
HORA: 08:00 hrs.
LUGAR: Facultad de Obstetricia
LINK:
<https://unheval.webex.com/unheval/j.php?MTID=me25d1f297051ece24ad14ccbfc21198f>
- 3° **COMUNICAR** a los miembros del Jurado de Tesis, estando conformado de la siguiente manera:
Presidente : Dra. FIGUEROA SÁNCHEZ, Ibeth Catherine
Secretaria : Mg. DE LA MATA HUAPAYA, Rosario Del Pilar
Vocal : Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela
Accesitaria : Mg. SOTO RUEDA, Ana Maria
- 4° **EXCUSAR** la participación de la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA por encontrarse de licencia por goce del año sabático; por lo expuesto en los considerandos precedentes.
- 5° **DISPONER** que los docentes designados deberán ceñirse a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL.
- 6° **COMUNICAR** a los miembros del Jurado de Trabajo Académico y Asesora.
- 7° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.



D^a Víctor QUISPE SULCA
DECANO (E)

DISTRIBUCIÓN:

UIFObet, CGSA, Jurados, Asesora, Interesada, Archivo.

Anexo 04: Nota biográfica

Cyntia Marvila Prado Bellido, nacida el 04 de febrero de 1977 en el Distrito de Cangallo, Provincia de Cangallo, Departamento de Ayacucho. Inició su educación Primaria en la Escuela Primaria de menores María Parado de Bellido y continuo sus estudios secundarios en la Gran Unidad Escolar Mariscal Cáceres de Ayacucho.

Prosiguiendo su formación en estudios superiores en la "Universidad Nacional San Cristóbal De Huamanga" ingresó a la escuela de formación profesional de Obstetricia, donde obtuvo el título profesional de Obstetra. Posteriormente amplio sus conocimientos concluyendo estudios de Maestría en Atención Integral en Salud del niño, mujer, adulto, adulto mayor en la "Universidad Nacional San Cristóbal De Huamanga".

A principios de su carrera laboró en el área rural en el sector público para el Ministerio de salud ejerciendo la función primaria preventivo promocional en el área mujer en la Microred Pampa Cangallo, provincia de Cangallo.

Actualmente labora en una entidad pública para el Ministerio de Salud, dedicada como obstetra asistencial en el "Hospital de Apoyo Jesús Nazareno" en el área de hospitalización y sala de partos. Su Trayectoria y experiencia laboral refleja no solo su crecimiento profesional, sino también su compromiso en la atención de la mujer en sus diferentes etapas a través de la prevención y promoción de la salud en las comunidades rurales y su contribución actual como parte de equipo de salud orientados a mejorar la capacidad resolutiva con el fin de evitar morbimortalidades maternas.

Anexo 05: Acta de Sustentación



RECTORADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

A través de la Plataforma Cisco Webex de la Facultad de Obstetricia de la UNHEVAL, siendo las 08:00 horas del día sábado 15 de junio del 2024, nos reunimos, los miembros integrantes del Jurado Evaluador;

Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SÁNCHEZ
Mg. Rosario del Pilar DE LA MATA HUAPAYA
Mg. Nelly Adela HILARIO PORRAS

PRESIDENTE
SECRETARIA
VOCAL

Acreditados mediante Resolución N° 081-2024-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 14 de febrero del 2024, del Trabajo Académico titulada "MULTIGESTA CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO, OLIGOHIDRAMNIOS Y CIRCULAR NUCAL: SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO DE CASO CLÍNICO. HOSPITAL "JESUS NAZARENO"- AYACUCHO, 2023" presentada por la titulando **Cyntia Marvila PRADO BELLIDO**, con el asesoramiento de la docente **Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA**, se procedió a dar inicio el acto de sustentación para optar el **Título de Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia**.

Concluido el acto de sustentación, cada miembro del Jurado Evaluador procedió a la evaluación de la titulando, teniendo presente los siguientes criterios:

1. Presentación personal.
2. Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y recomendaciones.
3. Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado.
4. Dicción y dominio de escenario.

Nombres y Apellidos de la Titulando	Jurado Evaluador			Promedio Final
	Presidente	Secretario	Vocal	
Cyntia Marvila PRADO BELLIDO	18	18	18	18

Obteniendo en consecuencia la titulando **Cyntia Marvila PRADO BELLIDO** la nota de *Dieciocho* (18), equivalente a *Muy Bueno*, por lo que se declara *Aprobada*.....

Calificación que se realiza de acuerdo con el Art. 107° del Reglamento de Grados y Títulos 2024 de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco.

Se da por finalizado el presente acto, siendo las *09.10* horas del día 15 de junio del 2024, firmando en señal de conformidad.

PRESIDENTE
DNI N° 22499099

SECRETARIO
DNI N° 22474880

VOCAL
DNI N° 4000726

Leyenda:
19 a 20: Excelente
17 a 18: Muy Bueno
14 a 16: Bueno
0 a 13: Desaprobado

Anexo 06: Constancia de similitud

*"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"*

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZAN

LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N°099-2019-SUNEDU/CD

**FACULTAD DE OBSTETRICIA
Dirección de la Unidad de Investigación**



CONSTANCIA DE SIMILITUD N° 029-2024-SOFTWARE ANTIPLAGIO

TURNITIN-DUI-FObst-UNHEVAL

La Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, emite la presente CONSTANCIA DE SIMILITUD, aplicando el Software TURNITIN, la cual reporta un 13% de similitud, correspondiente a la interesada: PRADO BELLIDO, CYNTIA MARVILA, del Trabajo Académico: MULTIGESTA CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO, OLIGOHDDRAMNIOS Y CIRCULAR NUCAL: SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO DE CASO CLÍNICO. HOSPITAL "JESUS NAZARENO" - AYACUCHO, 2023. Considerada como asesora la Dra. MELGAREJO FIGUEROA, Maria del Pilar.

DECLARANDO APTO

Se expide la presente, para los trámites pertinentes

Pillco Marca, 28 de Mayo del 2024


 UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILO VALDIZAN"
 FACULTAD DE OBSTETRICIA
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Dr. Victor Quispe Sulca
 DIRECTOR

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

MULTIGESTA CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO, OLIGOHIDR AMNIOS Y CIRCULAR NUCAL: SEGUIMIENTO

AUTOR

PRADO BELLIDO, CYNTIA MARVILA

RECUENTO DE PALABRAS

9231 Words

RECUENTO DE CARACTERES

52888 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

55 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.5MB

FECHA DE ENTREGA

May 28, 2024 12:35 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 28, 2024 12:36 PM GMT-5

● **13% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 6% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 15 palabras)
- Material citado

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

[Firma]

Dr. Victor Quispe Sulca
DIRECTOR

Reporte de similitud

● 13% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 6% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	scribd.com Internet	3%
2	repositorio.upsjb.edu.pe Internet	2%
3	scielo.org.pe Internet	1%
4	repositorio.unap.edu.pe Internet	1%
5	investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe Internet	<1%
6	repositorio.ug.edu.ec Internet	<1%
7	Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE on 2022-06-06 Submitted works	<1%
8	docplayer.es Internet	<1%

Descripción general de fuentes

Reporte de similitud

9	inmp.gob.pe Internet	<1%
10	1library.co Internet	<1%
11	issuu.com Internet	<1%
12	repositorio.unan.edu.ni Internet	<1%
13	Universidad Autónoma de Ica on 2018-01-15 Submitted works	<1%
14	etapainfantil.com Internet	<1%
15	Universidad Autónoma de Ica on 2017-08-30 Submitted works	<1%
16	Universidad Autónoma de Ica on 2018-02-11 Submitted works	<1%
17	Universidad Autónoma de Ica on 2017-06-29 Submitted works	<1%
18	Universidad Nacional del Centro del Peru on 2019-10-16 Submitted works	<1%
19	renati.sunedu.gob.pe Internet	<1%
20	repositorio.unheval.edu.pe Internet	<1%

Descripción general de fuentes

Reporte de similitud

21	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2023-06-27 Submitted works	<1%
22	Universidad Senor de Sipan on 2017-04-19 Submitted works	<1%

Descripción general de fuentes

Anexo 07: Autorización de publicación



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DIGITAL Y DECLARACIÓN JURADA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, TESIS, TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL O TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR UN GRADO O TÍTULO PROFESIONAL

1. Autorización de Publicación: (Marque con una "X" según corresponda)

Bachiller		Título Profesional		Segunda Especialidad	X	Maestro		Doctor	
-----------	--	--------------------	--	----------------------	---	---------	--	--------	--

Ingrese los datos según corresponda.

Facultad/Escuela	OBSTETRICIA
Escuela/Carrera Profesional	
Programa	MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA
Grado que otorga	
Título que otorga	SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA

2. Datos del (los) Autor(es): (Ingrese los datos según corresponda)

Apellidos y Nombres:	PRADO BELLIDO CYNTHIA MARVILA							
Tipo de Documento:	DNI	X	Pasaporte		C.E.		N° de Documento:	28311189
Correo Electrónico:	marvilapb@gmail.com							
Apellidos y Nombres:								
Tipo de Documento:	DNI		Pasaporte		C.E.		N° de documento:	
Correo Electrónico:								
Apellidos y Nombres:								
Tipo de Documento:	DNI		Pasaporte		C.E.		N° de Documento:	
Correo Electrónico:								

3. Datos del Asesor: (Ingrese los datos según corresponda)

Apellidos y Nombres:	MELGAREJO FIGUEROA MARIA DEL PILAR							
Tipo de Documento:	DNI	X	Pasaporte		C.E.		N° de Documento:	22503110
ORCID ID:	https://orcid.org/0000-0003-2837-2386							

4. Datos de los Jurados: (Ingrese los datos según corresponda, primero apellidos luego nombres)

Presidente	FIGUEROA SANCHEZ IBETH CATHERINE
Secretario	DE LA MATA HUAPAYA ROSARIO DEL PILAR
Vocal	HILARIO PORRAS NELLY ADELA
Vocal	
Vocal	
Accesitario	

5. Datos del Documento Digital a Publicar: (Ingrese los datos y marque con una "X" según corresponda)

Ingrese solo el año en el que sustentó su Trabajo de Investigación: (Verifique la Información en el Acta de Sustentación)							2024
Modalidad de obtención del Grado Académico o Título Profesional: (Marque con X según corresponda)	Trabajo de Investigación		Tesis		Trabajo Académico	X	Trabajo de Suficiencia Profesional
Palabras claves	CLÍNICO			OLIGOHDRAMNIOS		NUCAL	
Tipo de acceso: (Marque con X según corresponda)	Abierto	X	Cerrado*		Restringido*		Periodo de Embargo
(*) Sustentar razón:							



6. Declaración Jurada: (Ingrese todos los datos requeridos completos)

Soy Autor (a) (es) del Trabajo de Investigación Titulado: *(Ingrese el título tal y como está registrado en el Acta de Sustentación)*

MULTIGESTA CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO, OLIGOHIDRAMNIOS Y CIRCULAR NUCAL: SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO DE CASO CLÍNICO. HOSPITAL "JESÚS NAZARENO"- AYACUCHO, 2023

Mediante la presente asumo frente a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (en adelante LA UNIVERSIDAD), cualquier responsabilidad que pueda derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido del trabajo de investigación, así como por los derechos de la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causas en los trabajos de investigación presentado, asumiendo toda la carga pecuniaria que pudiera derivarse de ello. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudiera derivar para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivos de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido del Trabajo de Investigación. De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mis acciones se deriven, sometiéndome a las acciones legales y administrativas vigentes.

7. Autorización de Publicación Digital:

A través de la presente autorizo de manera gratuita a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán a publicar la versión digital de este trabajo de investigación en su biblioteca virtual, repositorio institucional y base de datos, por plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

Apellidos y Nombres	PRADO BELLIDO CYNTIA MARVILA	Firma	
Apellidos y Nombres		Firma	
Apellidos y Nombres		Firma	

FECHA: Huánuco, 18 de junio del 2024

Nota:

- ✓ No modificar los textos preestablecidos, conservar la estructura del documento.
- ✓ Marque con una X en el recuadro que corresponde.
- ✓ Llenar este formato de forma digital, con tipo de letra calibri, tamaño de fuente 09, manteniendo la alineación del texto que observa en el modelo, sin errores gramaticales (recuerde las mayúsculas también se tildan si corresponde).
- ✓ La información que escriba en este formato debe coincidir con la información registrada en los demás archivos y/o formatos que presente, tales como: DNI, Acta de Sustentación, Trabajo de Investigación (PDF), Constancia de Similitud, Reporte de Similitud.
- ✓ Cada uno de los datos requeridos en este formato, es de carácter obligatorio según corresponda.
- ✓ Se debe de imprimir, firmar y luego escanear el documento (legible).