

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



SÍNDROME DE LA VENA CAVA INFERIOR DIAGNOSTICADO
POR MONITOREO ELECTRÓNICO - CENTRO DE SALUD
DAVID GUERRERO DUARTE – CONCEPCIÓN- JUNÍN, 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

TESISTA:

ANCHIRAICO ALDERETE GEOVANA MIRIAM

ASESORA:

MG. SOTO RUEDA ANA MARIA

HUÁNUCO, PERÚ

2024

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por la vida y permitir llegar a este momento muy importante en mi formación profesional.

A mis padres Jesús y Vilma por ser el pilar importante y demostrarme su apoyo incondicional.

A mis hermanos por su disponibilidad en ayudarme en cualquier momento.

A mi asesor por su apoyo y brindarme su sabiduría, que me ha ido transmitiendo durante el desarrollo de mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO

A las autoridades de la Universidad Nacional “Hermilio Valdizan” Facultad de Obstetricia, por la gran oportunidad de lograr esta ansiada especialidad.

A mi asesora Mg. Ana María Soto Rueda, por su gran apoyo y buena voluntad para el desarrollo del presente trabajo Académico.

A mis docentes, por su conocimiento y experiencia sin límites.

Gracias a todas las personas que nos brindaron su ayuda directa e indirecta en este proyecto.

RESUMEN

Este estudio pretende: Analizar la evolución clínica de la paciente con síndrome de la vena cava inferior diagnosticado por monitoreo electrónico en 39 semanas con segunda gestación atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte–Concepción. Para su desarrollo se utilizó como método la revisión de la historia clínica, la cual permitió detectar la paciente, realizar un diagnóstico oportuno, y la intervención guiada por el procedimiento de Monitorización fetal electrónica. El resultado concluye la importancia de este procedimiento durante el embarazo a término, que asegura observar la alteración del bienestar fetal y tomar decisiones pertinentes así evitar complicaciones en la salud de madre el recién nacido, así que se describe el síndrome de la vena cava en el embarazo de 39 años, el uso de la monitorización electrónica determina estrictamente y permanente su diagnóstico. Concluimos que la Monitorización fetal electrónica es de gran importancia por ser determinante y decisivo en el manejo y conducta que se debe seguir antes y durante el trabajo de parto. En este caso una vez detectada la desaceleración prolongada que no se relaciona a contracciones; se estabiliza y se refiere, para luego en el nivel superior inmediato se programe la cesárea de emergencia, obteniendo así un recién nacido en mejores condiciones de vida.

Palabras clave: monitorización, síndrome, vena.

ABSTRACT

This study aims to analyze the clinical evolution of the patient with inferior vena cava syndrome diagnosed by electronic monitoring at 39 weeks with a second gestation attended at the David Guerrero Duarte Health Center–Concepción. For its development, the method used was the review of the medical history, which allowed detecting the patient, making a timely diagnosis, and intervention guided by the electronic fetal monitoring procedure. The result concludes the importance of this procedure during full-term pregnancy, ensuring the observation of fetal well-being alterations and making relevant decisions to avoid complications in the health of both the mother and the newborn. Thus, the inferior vena cava syndrome is described in a 39-year pregnancy, and the use of electronic monitoring strictly and permanently determines its diagnosis. We conclude that electronic fetal monitoring is of great importance as it is determinant and decisive in the management and conduct to be followed before and during labor. In this case, once prolonged deceleration unrelated to contractions is detected, it is stabilized and referred, and then an immediate higher-level emergency cesarean section is scheduled, thus obtaining a newborn in better life conditions.

Keywords: monitoring, syndrome, vein.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT	v
INDICE	vi
INDICE DE FIGURAS.....	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1. Formulación del Problema.....	10
1.2. Objetivos de la Investigación.....	12
1.2.1. Objetivo General.....	12
1.2.2. Objetivo Específico	12
1.3. Justificación	12
1.4. Limitaciones	13
CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA	14
2.1. Antecedentes del Problema.....	14
2.1. Fundamentos Teóricos	16
CAPITULO III: MATERIALES Y MÉTODOS	33
3.1. Método de investigación.....	33
3.2. Técnicas e instrumentos de recolección de información	33
3.3. Población y muestra.....	33
3.4. Plan de análisis de datos	33
3.5. Guía de trabajo de campo	33
CAPITULO IV: CASO CLÍNICO	34
CAPITULO V: DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS	50
ANEXO 01: NOTA BIOGRÁFICA.....	51
ANEXO 02: PERMISO PARA EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	52
ANEXO 03: FICHA DEL TRABAJO ACADÉMICO	53

INDICE DE FIGURAS

Figura 1	El RCTG se muestra hipoxia aguda.....	20
Figura 2	Hipoxia subaguda.....	22
Figura 3	Hipoxia subaguda.....	23
Figura 4	RCTG pre-terminal	24
Figura 5	Línea de base de la frecuencia cardíaca fetal normal.....	26
Figura 6	Bradycardia. Variabilidad normal	26
Figura 7	Bradycardia Variabilidad normal	27
Figura 8	Taquicardia. Temperatura 38. 7°.....	27
Figura 9	Taquicardia.....	27

INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo se logra observar con mucha frecuencia, principalmente al finalizar la gestación, se presenta una serie de eventos que comprometen la evolución normal, motivo el cual nace la necesidad de realizar procedimientos que garanticen la conservación de la salud de la madre y el niño por nacer. Se aplico diversas maneras para el control y prevención inmediata de la alteración de la frecuencia cardiaca fetal, es así que, gracias a la monitorización electrónica, se puede medir la frecuencia cardiaca fetal antes del nacimiento, de esta manera se pueda conocer en qué momento se presenta alguna alteración, o prever alguna patología que pueda comprometer la vida del niño por nacer.

El caso clínico actual muestra cómo la monitorización electrónica fetal en una mujer embarazada de 39 ss, se pueda diagnosticar el síndrome de la vena cava inferior, el cual ayudará a tomar decisiones oportunas para interrumpir el embarazo y dar a luz a una nueva vida en buenas condiciones y en una situación de emergencia.

El presente caso clínico se va a ir detallando como la monitorización electrónica fetal en la gestante de 39 ss. y con diagnóstico de síndrome de la vena cava inferior, este procedimiento pueda favorecer en la toma de decisiones en forma precisa e inmediata, para tomar decisiones adecuadas, estabilizando y refiriendo para el término del embarazo en un nivel de mayor capacidad resolutive.

Toma gran relevancia metodológica al desarrollar el análisis riguroso del trazado de la monitorización fetal electrónica, el cual podría determinar si existe la necesidad o no, de intervenciones inmediatas, con la finalidad de asegurarse que el feto este en buenas condiciones, pero utilizado eficientemente por los profesionales obstetras debidamente capacitados. Del mismo modo, en relación con el aspecto social también es relevante ya que se implementan medidas para mejorar los indicadores negativos maternos y fetales, así evitar morbimortalidad materna y perinatal.

El presente caso clínico tiene por objetivo desarrollar como primer punto; analizar los trazos de monitoreo electrónico fetal que llevaron al diagnóstico del síndrome de la vena cava inferior electrónico en la gestante de 39 semanas con segunda gestación atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte – Concepción y como segundo punto; analizar el manejo clínico del caso del síndrome de la vena cava inferior electrónico en la gestante de 39 semanas con segunda gestación atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte – Concepción.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Formulación del Problema

De acuerdo a un informe elaborado por el Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad Infantil de las Naciones Unidas, que incluye al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, se registró una tasa de mortalidad neonatal de 18 defunciones por cada 1000 nacidos vivos en el año 2020¹.

En el caso de Perú, el 75% de los casos de mortalidad fetal reportados ocurren después de las 28 semanas de gestación. De cada 100 defunciones fetales, 12 de ellas tienen lugar durante el trabajo de parto, lo que se conoce como muerte fetal intraparto. Esta cifra es similar a lo que se informó durante el mismo período en 2021. Además, las regiones de Cajamarca, Pasco, Ayacucho y Huancavelica tienen tasas más altas de muertes fetales intraparto, superando el 27%. La mortalidad fetal evitable, que se refiere a las defunciones fetales ocurridas durante el trabajo de parto, a partir de la etapa tardía del embarazo, con un peso igual o mayor a 2500 gramos, sin malformaciones congénitas y que ocurrieron en un entorno hospitalario, ha disminuido en comparación con 2021. A pesar de ello, La Libertad, Ancash y Lima Norte continúan siendo las regiones con el mayor número de muertes fetales evitables en el país, aunque en La Libertad estas defunciones se redujeron a la mitad².

Al examinar la literatura nacional, entre las causas de muerte fetal más comunes, destaca la hipoxia intrauterina, que representa el 21% de los casos, seguida por las muertes fetales debido a complicaciones relacionadas con la placenta, el cordón umbilical y las membranas (11%). También se reporta un 7% de muertes fetales debido a complicaciones maternas relacionadas con el embarazo y un 7% debido a condiciones maternas no relacionadas con el embarazo, como la hipertensión y la enfermedad renal, entre otras. Las malformaciones congénitas representan el 6% de las muertes fetales, mientras que la afectación debido a la duración corta del embarazo constituye el 3%. Estas proporciones son similares a las reportadas en 2021.

El monitoreo electrónico fetal es el principal método que se utiliza para evaluar el estado fetal, este procedimiento se realiza antes del parto y durante el parto. El test no estresante (NST), es una prueba que se realiza después de las 28 semanas de embarazo, cuyo objetivo es evaluar el bienestar fetal a través de ciertos parámetros ya establecidos³.

El NST se basa en la evaluación del funcionamiento del marcapaso auricular auto rítmico fetal, que hace que haya variación de latido a latido, producido por el sistema nervioso autónomo, originado en el tallo cerebral del feto, es así que las variaciones se muestran generando aceleraciones cardiacas que vendría a ser la reactividad fetal⁴.

Según Cotrina ⁵, el sistema nervioso autónomo presenta 2 ramas (simpático y el parasimpático), quienes influyen de forma opuesta sobre los latidos fetales, y el equilibrio de estos 2 sistemas, da como resultado una frecuencia cardiaca fetal en reposo y una variabilidad normal.

La compresión de la vena cava inferior viene a ser un problema común al final de la gestación y viene asociada con variaciones hemodinámicas graves. Se manifiesta con un cierto grado de colapso circulatorio, este fenómeno se asocia básicamente a un flujo sanguíneo relentecido de las piernas que se adoptan por la posición de decúbito dorsal. Este síndrome se presenta en un 11% en gestantes a términos, y el síndrome franco tiene una incidencia del 1%.⁶

El monitoreo electrónico fetal es la técnica más usada para monitorear este síndrome de la vena cava inferior es de bajo costo y fácil acceso. De esta manera vamos a garantizar la salud del binomio madre- feto y así evitar sucesos fatales⁷.

Ante lo descrito, es necesario dar a conocer que mediante el monitoreo electrónico podemos detectar diferentes complicaciones durante la gestación, como es el caso del síndrome de la vena cava inferior, que no es muy frecuente, pero que en la actualidad se ha presentado en nuestro establecimiento de salud “David Guerrero

Duarte”, el cual se encuentra ubicado en la provincia de Concepción, Departamento de Junín.

1.2. Objetivos de la Investigación

1.2.1. Objetivo General

- Analizar la evolución clínica de la paciente con síndrome de la vena cava inferior diagnosticado por monitoreo electrónico en la gestante de 39 semanas con segunda gestación atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte – Concepción.

1.2.2. Objetivo Específico

- Analizar los trazos de monitoreo electrónico fetal que llevaron al diagnóstico del síndrome de la vena cava inferior, por monitoreo electrónico en la gestante de 39 semanas con segunda gestación atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte – Concepción
- Analizar el manejo clínico del caso del síndrome de la vena cava inferior; por monitoreo electrónico en la gestante de 39 semanas con segunda gestación atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte – Concepción.

1.3. Justificación

Este estudio trata sobre el diagnóstico mediante la monitorización electrónica. El diagnóstico precoz del síndrome de la vena cava inferior durante el tercer trimestre del embarazo, mediante monitoreo electrónico, es muy importante, pues permitirá al obstetra y personal de salud tomar decisiones inmediatas y evitar complicaciones en la gestante y el feto; previniendo así secuelas en el recién nacido.

El trabajo académico se realizó en el Centro de Salud David Guerrero Duarte en la ciudad de Concepción, Perú y cuyos resultados nos permitirá identificar cómo se ha producido el síndrome de la vena cava inferior y en qué medida pudo haber afectado en la salud de la madre y del feto, con qué frecuencia se presenta en nuestro

establecimiento de salud por lo cual se estaría justificado la presentación del caso clínico.

1.4. Limitaciones

La información puede estar restringida si los registros médicos son ilegible, así mismo, es un caso poco frecuente motivo el cual no se cuenta con muchos antecedentes de estudio el cual puede retrasar el curso normal del trabajo académico.

CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA

2.1. Antecedentes del Problema

De la revisión realizada, se destacaron los siguientes antecedentes:

Antecedentes

Ricardo Savirón Cornudella, Pilar Pérez Pérez, Elena De Diego Allué, Ana Cisneros Gimeno, Carolina Corona Bellostas, Sergio Castán Mateo⁸. En el caso clínico, "Interrupción de vena cava inferior". Diagnóstico prenatal de sus variantes", se destaca que la anomalía más común en la vena cava inferior es su interrupción. En estas situaciones, el flujo hacia el corazón se redirige a través de la vena ácigos y, en menor medida, a través de la vena hemiacigos. Esta interrupción se considera un indicador ecográfico prenatal de isomerismos y/o cardiopatías, lo que requiere una ecografía detallada del corazón y del situs fetal para su exclusión. La interrupción de la vena cava inferior está asociada a trombosis venosa profunda y tiene implicaciones clínicas en la edad adulta. Conocer su anatomía es útil para intervenciones quirúrgicas o cateterismos cardíacos futuros. Se enfatiza la importancia del diagnóstico prenatal, incluso si la anomalía se presenta de manera aislada. El diagnóstico ecográfico es relativamente sencillo siguiendo un enfoque sistemático durante la ecografía morfológica. Se describe un signo ecográfico distintivo, el "doble vaso" o "doble burbuja", visible en cortes axiales abdominales o torácicos. Además, se proporcionan esquemas ecográficos para diagnosticar los dos tipos principales de drenaje en casos de interrupción de la vena cava inferior, basados en dos casos clínicos de referencia sin cardiopatías ni isomerismos asociados. En el año 2015, se identificaron dos casos de interrupción de la vena cava inferior (IVCI) en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. En el primer caso, una mujer de 36 años, segundigesta y con antecedentes de conectivopatía mixta, incluyendo lupus eritematoso, síndrome antifosfolípido y esclerodermia, fue remitida a la Unidad de Riesgo Obstétrico en la semana 9. La ecografía realizada a las 28 semanas reveló IVCI con drenaje por la vena ácigos, y la ecocardiografía confirmó la normalidad de las estructuras cardíacas. El embarazo transcurrió sin complicaciones, culminando en un parto espontáneo en la semana 38. La recién

nacida, una niña de 3.240 gramos, tuvo un Apgar de 9/10 y pH umbilical de 7,24. La segunda ecocardiografía confirmó el diagnóstico de IVCI con drenaje de venas suprahepáticas a la aurícula derecha. La paciente fue dada de alta por cardiología y continuó con el seguimiento por su pediatra, sin nuevos hallazgos en revisiones posteriores. En el segundo caso, una gestante de 39 años sin antecedentes relevantes mostró sospechas de IVCI y persistencia de vena cava superior izquierda en la ecografía de las 20 semanas, sin otras anomalías cardíacas asociadas. El embarazo transcurrió sin complicaciones, y el parto eutócico resultó en el nacimiento de un niño de 3.840 gramos, con un Apgar de 9/10 y pH de 7,29. La ecocardiografía postnatal confirmó la persistencia de vena cava superior izquierda drenando a seno coronario, y la ausencia de la porción intrahepática de la vena cava inferior, con drenaje por la vena hemiacigos a la vena innominada. El niño fue dado de alta a los 4 días y ha tenido controles regulares con cardiología pediátrica sin observar otras anomalías. Actualmente, lleva una vida normal con seguimiento por su pediatra.

Iraisa León Cid, Anadys Beatriz Segura Fernández⁹, en el caso clínico: Trombosis de la vena cava y embarazo, nos dice que, aunque la trombosis de la vena cava inferior es rara durante el embarazo, su impacto en la morbilidad y mortalidad es significativo. El objetivo de este estudio es describir las manifestaciones clínicas y el diagnóstico de una gestante con trombosis de la vena cava inferior. Se presenta el caso de una paciente de 18 años, con sobrepeso y antecedentes de anticoncepción hormonal, que experimentó aumento de volumen y dolor en el miembro inferior derecho a las 8 semanas de gestación. El diagnóstico de trombosis de la vena cava inferior se confirmó mediante ecografía doppler, y se inició el tratamiento con heparina. La trombosis se extendió al miembro inferior izquierdo, presentando un alto riesgo para la madre y el feto. Se continuó el tratamiento con heparina de bajo peso molecular y elastocompresión. Los estudios hematológicos revelaron la presencia de la mutación V3XL del factor XIII en estado homocigótico. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta con tratamiento de heparina de bajo peso molecular. En conclusión, la sospecha de trombosis de la vena cava inferior debe considerarse, aunque

represente un desafío para el equipo médico, y la elección del tratamiento más adecuado debe individualizarse según las características de cada paciente.

José Antonio Díaz Peromingo, Manuel José Núñez Fernández¹⁰, en el trabajo académico de título: Filtro de vena cava y embarazo: algunas certezas y muchas incertidumbres, indican que el embarazo implica un estado procoagulante que induce cambios anatómicos y fisiológicos en la mujer, resultando en un aumento de la incidencia de eventos tromboembólicos. De hecho, las mujeres embarazadas enfrentan un riesgo cinco veces mayor de experimentar eventos tromboembólicos en comparación con aquellas que no están embarazadas. La enfermedad tromboembólica venosa se destaca como una causa significativa de morbilidad y mortalidad materna, siendo la embolia pulmonar la principal causa de mortalidad en mujeres embarazadas en países desarrollados. En este artículo se examinan aspectos relacionados con la evaluación del riesgo tromboembólico en mujeres embarazadas, el diagnóstico, la profilaxis y el tratamiento, centrándose en el filtro de vena cava. Se abordan cuestiones como indicaciones, colocación, efectividad, complicaciones y riesgos asociados tanto para la madre como para el feto.

2.1. Fundamentos Teóricos

1. Síndrome de la Vena cava

La compresión de la vena cava inferior es un fenómeno que ocurre con frecuencia durante la etapa final del embarazo. Además, puede ocurrir cuando hay tumores en el área abdominal o pélvica que ejercen presión sobre la vena cava inferior. Esta compresión súbita puede ocasionar alteraciones significativas en el flujo sanguíneo⁶.

La vena cava inferior es una de las principales venas del cuerpo que transporta la sangre desoxigenada desde la parte inferior del cuerpo hacia el corazón. Durante el embarazo, a medida que el útero se expande debido al crecimiento del feto, puede ejercer presión sobre la vena cava inferior, especialmente cuando la mujer está acostada boca arriba. Esta presión puede

dificultar el retorno venoso y reducir el flujo sanguíneo hacia el corazón, lo que puede llevar a una disminución de la presión arterial y provocar síntomas como mareos, desmayos o falta de aire. Esta condición se conoce como "síndrome de vena cava inferior". Además del embarazo, la compresión de la vena cava inferior también puede ocurrir debido a la presencia de tumores en el abdomen o en la pelvis, que pueden ejercer presión directa sobre la vena y afectar el flujo sanguíneo. En el caso que se describe en el informe, se trata de una situación inusual en la que la compresión aguda de la vena cava inferior fue provocada durante una cirugía intraabdominal. La compresión se produjo por el exceso de taponamiento abdominal, es decir, la colocación de material de taponamiento dentro del abdomen para controlar el sangrado o mantener los órganos en su lugar durante la cirugía⁶.

La compresión aguda de la vena cava inferior puede tener consecuencias graves para la circulación y debe abordarse rápidamente para evitar complicaciones serias⁶.

El síndrome de compresión aortocava, también conocido como síndrome de hipotensión supina, es una complicación que ocurre con frecuencia al final del embarazo, aunque se ha documentado que puede presentarse desde tan temprano como las 16 semanas de gestación. La gravedad de los síntomas varía, pudiendo ir desde molestias leves hasta una hipotensión materna severa, pérdida del conocimiento, colapso cardiovascular y depresión fetal resultante. Este síndrome se desencadena principalmente cuando la mujer embarazada está acostada boca arriba. Dado que esta posición es necesaria para realizar diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos en obstetricia, esto aumenta el riesgo de compresión aortocava²¹.

El síndrome de compresión aortocava, también conocido como síndrome de hipotensión supina, es una condición médica en la que la vena cava inferior, que es una de las principales venas del cuerpo que transporta la sangre desde las piernas y la parte inferior del cuerpo hasta el corazón, se comprime debido a la

posición en la que se encuentra la mujer embarazada. Esto ocurre con mayor frecuencia hacia el final del embarazo debido al crecimiento del útero y del feto, que ejerce presión sobre la vena cava inferior cuando la mujer está acostada boca arriba¹¹.

Los síntomas de este síndrome pueden variar desde molestias inespecíficas hasta manifestaciones más graves, como una disminución significativa de la presión arterial materna, lo que lleva a una hipotensión severa, pérdida del conocimiento, colapso cardiovascular e incluso afectación del bienestar del feto en desarrollo¹².

La posición supina, o estar acostada boca arriba, puede provocar este síndrome, lo que es especialmente relevante durante el embarazo y el parto. En procedimientos médicos obstétricos, a menudo es necesario colocar a la mujer en esta posición para ciertas intervenciones diagnósticas o terapéuticas. Esto, a su vez, aumenta el riesgo de compresión de la vena cava inferior y sus consecuencias potenciales¹².

Por lo tanto, es esencial que el equipo médico esté consciente de este riesgo potencial y tome medidas para prevenir y manejar la compresión aortocava durante los procedimientos obstétricos, especialmente en aquellos que implican la posición supina de la mujer embarazada. El objetivo es garantizar la seguridad y el bienestar tanto de la madre como del bebé durante el embarazo y el parto.

Durante el embarazo, se producen una serie de cambios fisiológicos, anatómicos y mecánicos que pueden ser complejos y que generalmente se manifiestan desde las etapas iniciales de la gestación. Uno de los cambios notables es el aumento del gasto cardíaco, que puede llegar a incrementarse entre un 30% y un 50% durante el embarazo, alcanzando su punto máximo aproximadamente en la semana 28-32 y luego disminuyendo ligeramente hacia las últimas semanas¹³.

Estudios han demostrado que el gasto cardíaco disminuye a medida que el embarazo se acerca a su término, siendo esta disminución menos pronunciada cuando la mujer está en posición lateral comparada con la posición supina¹³.

En cuanto a la presión arterial, se ha observado que la presión arterial sistólica (PAS) de la madre aumenta hacia el final del embarazo, mientras que la presión arterial diastólica (PD) tiende a aumentar en menor medida que la presión arterial sistólica. La presión venosa central (PVC) y la presión en la arteria pulmonar se mantienen constantes. Además, la presión arterial media (PAM) disminuye debido a una disminución generalizada de la resistencia periférica causada por una vasodilatación. La disminución máxima en la presión arterial diastólica puede llegar a ser de 10-15 mmHg, y la medición de la misma puede depender de la posición de la mujer embarazada y del lugar de medición¹⁴.

Hacia el final del segundo trimestre del embarazo, el útero grávido adquiere un tamaño lo suficientemente grande como para comprimir la vena cava inferior y la aorta abdominal cuando la mujer se encuentra en posición supina. Esto puede resultar en una obstrucción del retorno venoso, y alrededor del 10-15% de las mujeres embarazadas a término pueden experimentar el síndrome de hipotensión supina.

Para el obstetra y el anestesiólogo, es relevante el efecto de la posición supina durante el trabajo de parto, ya que se ha observado que esta posición se asocia con una incidencia de hipotensión del 8%. Además, entre el 15% y el 20% de las mujeres embarazadas en posición supina pueden experimentar compresión de la aorta y de la vena cava. El cuerpo compensa estos efectos de dos formas: desviando el retorno cardíaco de la vena cava hacia la vena cava superior a través de sistemas vertebrales y ácigos, y aumentando la actividad simpática para provocar vasoconstricción y disminuir la hipotensión. Sin embargo, cuando se utiliza anestesia regional, el segundo mecanismo compensatorio puede verse bloqueado por debajo del nivel de la anestesia¹⁴.

Este síndrome de la vena cava inferior al término del embarazo se manifiesta como una tendencia a cierto grado de colapso circulatorio, que en su minoría las gestantes padecen, cuando adoptan la posición de decúbito dorsal. Este síndrome se presenta con una frecuencia del 11 % en gestantes a términos, el síndrome franco tiene una incidencia del 1 %. Los cambios cardiovasculares que presenta son: el gasto cardíaco aumenta hasta 30 a 50 %, la frecuencia cardíaca materna se incrementa en un 20%, el volumen de eyección aumenta en un 35 a 45%, incremento del retorno venoso y disminución de la resistencia vascular periférica¹⁵.

Tipos de hipoxia durante el trabajo de parto

Durante el proceso del parto, el feto puede experimentar tres tipos de hipoxia: aguda, subaguda y progresiva. Estas categorías se definen según la rapidez con la que se desarrolla y avanza el estrés hipóxico.

Hipoxia aguda:

Se refiere a una disminución abrupta de la frecuencia cardíaca fetal (FCF). Si esta caída dura menos de 3 minutos y luego regresa a la línea de base normal, se denomina "desaceleración prolongada simple". Sin embargo, si la desaceleración se extiende por más de 3 minutos, se clasifica como "desaceleración prolongada de más de 3 minutos". Por otro lado, si la frecuencia cardíaca fetal se mantiene por debajo de 110 latidos por minuto durante más de 10 minutos, se considera una "bradicardia"¹⁶.

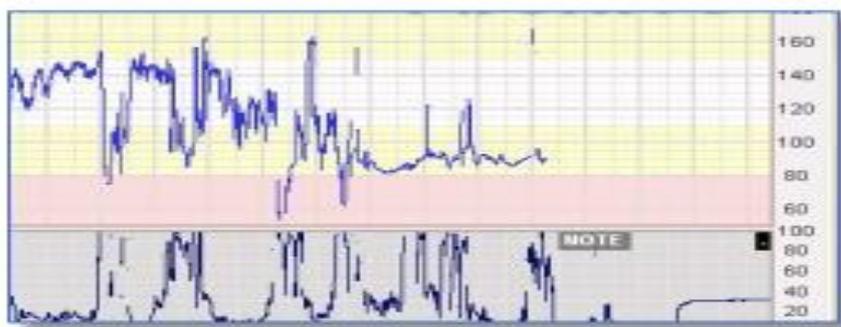


Figura 1 El RCTG se muestra hipoxia aguda

* Chandraharan¹⁶

Se ha demostrado que, en presencia de hipoxia aguda, el pH fetal disminuye a una velocidad de 0.01 por minuto. El manejo adecuado implica seguir ciertas pautas:

1. Descartar los tres principales accidentes que pueden ocurrir durante el trabajo de parto (desprendimiento prematuro de placenta, prolapso de cordón y rotura uterina). Si existe una sospecha razonable de alguno de estos accidentes, se debe finalizar la gestación de inmediato¹⁶.
2. Descartar y tratar las dos causas iatrogénicas (causadas por intervenciones médicas) como la hiperestimulación uterina debido al uso de oxitocina o prostaglandinas y la hipotensión materna causada por la anestesia. Si es necesario, se pueden administrar tocolíticos (como Terbutalina en una dosis de 250 mcg subcutánea en el Reino Unido)¹⁶

Si se han excluido los accidentes mencionados previamente, es razonable esperar siempre que se hayan observado signos tranquilizadores que incluyen:

- Un registro cardiotocográfico (RCTG) normal antes de la desaceleración.
- Mantenimiento de la variabilidad durante los primeros 3 minutos de la desaceleración.
- Identificación de "signos de recuperación" hacia la línea basal normal (como tendencia a elevar la frecuencia cardíaca, intentos repetidos de recuperarla).

El autor estima que, en ausencia de los tres accidentes principales, aproximadamente el 90% de las desaceleraciones prolongadas se recuperan a los 6 minutos, y el 95% lo hacen a los 9 minutos. La norma de los "3-6-9-12-15 minutos" se basa en este criterio. Implica aplicar intervenciones conservadoras (cambiar la posición de la paciente, hidratarla, detener la infusión de oxitocina, administrar tocolíticos, entre otros) hasta el sexto minuto. Si no hay recuperación para el noveno minuto, se inicia el traslado al quirófano, y la cirugía se realiza al duodécimo minuto con el objetivo de extraer al feto al decimoquinto minuto.

Para aplicar esta norma, se deben haber excluido los tres accidentes mayores del trabajo de parto, haber corregido las causas iatrogénicas y confirmar en el RCTG la ausencia de disminución de la variabilidad previa a la desaceleración prolongada o bradicardia y durante los primeros tres minutos de esta. Estos signos se han relacionado con resultados perinatales desfavorables. Un estudio reciente confirma que hasta el 98% de los fetos con desaceleración prolongada de más de tres minutos al momento del nacimiento tienen resultados de pH de cordón normales, siempre que se hayan excluido las causas mencionadas y se cumplan los criterios antes mencionados.

Hipoxia subaguda

En esta situación, el feto pasa más tiempo en desaceleración y cada vez menos tiempo en la línea basal normal. Por lo general, se nota que invierte menos de 30 segundos en la línea basal normal para oxigenar la sangre y realizar el intercambio de gases, pero dedica más de 90 segundos desacelerando para mantener el equilibrio de glucosa y oxígeno a nivel cardíaco¹⁶.

Además, se ha comprobado que en este caso, el pH fetal disminuye a una velocidad de 0.01 cada 2 a 3 minutos¹⁶.

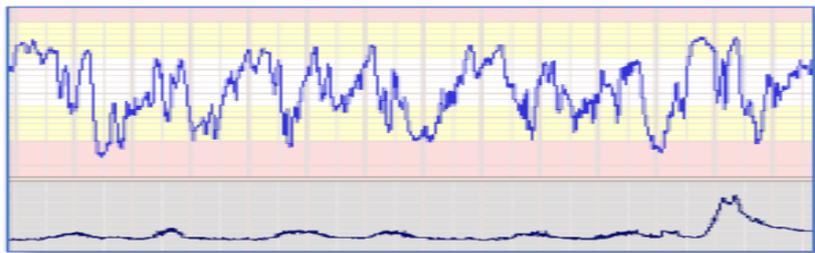


Figura 2 Hipoxia subaguda

Nota: Hipoxia subaguda: el feto permanece menos tiempo en la línea basal y más tiempo desacelerando Tomado de: Chandraharan¹⁶

Hipoxia progresiva

Cuando el estrés hipóxico se prolonga durante horas durante el trabajo de parto, el feto tiene la oportunidad de utilizar mecanismos compensatorios para

evitar secuelas debido a la falta de oxígeno. En estos casos, podemos observar una serie de cambios en el registro cardiotocográfico (RCTG): primero aparecerán desaceleraciones, seguidas de la desaparición de aceleraciones, ya que el feto intenta conservar energía limitando sus movimientos musculares. Si el estrés hipóxico persiste, el feto liberará catecolaminas para aumentar su frecuencia cardíaca y mejorar el flujo sanguíneo hacia los órganos vitales¹⁷.

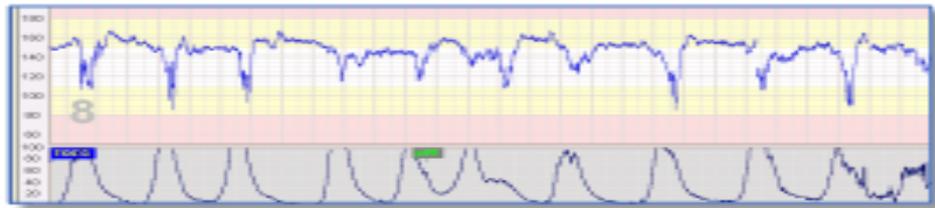


Figura 3 Hipoxia subaguda

Nota Hipoxia subaguda: Observad las desaceleraciones seguidas de un incremento de la FCFb (debido a secreción de catecolaminas). Tomado de: Chandraharan.

A pesar de los esfuerzos que realiza el feto para compensar la falta de oxígeno, si el estrés hipóxico persiste, se produce una descompensación que conlleva una reducción en la perfusión cerebral, lo que se reflejará como una pérdida de variabilidad en la línea basal en el registro cardiotocográfico (RCTG).

Si la hipoxia continúa, el evento final es una reducción en la oxigenación del músculo cardíaco, lo que se manifestará como una disminución gradual en la línea basal del RCTG. Este patrón se describe como "patrón de escalera a la muerte" o "Step ladder pattern to death," lo cual indica acidosis miocárdica y el fallo de los centros autonómicos del cerebro para mantener la línea basal estable. En resumen, estos cambios en el RCTG señalan que la condición del feto está empeorando, lo que puede llevar a consecuencias graves si no se toman medidas adecuadas.

Hipoxia crónica y registro pre-terminal

En ambas situaciones, el feto ha agotado sus reservas o no puede compensar adecuadamente, por ejemplo, en casos de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). En el primer escenario, el estrés hipóxico ha ocurrido en algún momento antes del trabajo de parto, y el registro cardiotocográfico (RCTG) a menudo muestra una frecuencia cardíaca fetal basal (FCFb) más alta de lo esperado y una reducción en la variabilidad, además de desaceleraciones suaves junto con las contracciones uterinas. Estas contracciones durante el trabajo de parto pueden empeorar la hipoxia y agravar el daño cerebral preexistente.

Cuando se presenta una pérdida total de variabilidad (que a veces está acompañada de desaceleraciones suaves) y bradicardia, se denomina "RCTG preterminal" y es necesario finalizar la gestación de manera urgente. Los RCTG preterminales se han asociado con una mortalidad perinatal de hasta el 39%. En resumen, estas situaciones son de alto riesgo para el feto y requieren una intervención rápida y cuidadosa para minimizar las complicaciones y los resultados adversos.

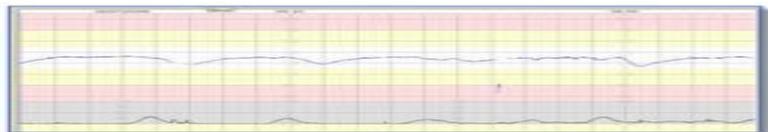


Figura 4 RCTG pre-terminal

Tomado de: Chandraharan

Si no se toman medidas inmediatas para reducir el estrés hipóxico y/o se realiza la extracción fetal, el feto puede experimentar un fallo miocárdico, manifestándose como bradicardia terminal. En resumen, es esencial identificar y actuar rápidamente ante los signos de descompensación fetal para evitar complicaciones graves.

2. Monitoreo electrónico fetal

Es la observación y seguimiento constante de la frecuencia cardíaca del feto, en relación con sus movimientos y las contracciones del útero, durante el

período de embarazo. Se realiza una prueba llamada Non-Stress Test (NST), o prueba sin estrés, para monitorizar la frecuencia cardíaca fetal mientras el feto se mueve naturalmente, sin inducir ninguna situación de estrés. Por otro lado, el Stress Test (TST), o prueba de estrés, se lleva a cabo cuando se induce una contracción uterina para evaluar la respuesta del feto bajo condiciones más desafiantes¹⁸.

Chandrahan, nos hace referencia respecto a los dos tipos de pruebas:

- Non-Stress Test (NST):

En esta prueba, se coloca un dispositivo sobre el abdomen de la madre para registrar la frecuencia cardíaca del feto. La prueba se lleva a cabo mientras el bebé se mueve de manera espontánea. La idea es que, en condiciones normales, cuando el feto se mueve, su frecuencia cardíaca debería aumentar de forma temporal, lo que indica un estado de bienestar y oxigenación adecuada. Si la frecuencia cardíaca del feto se mantiene dentro de los rangos esperados y se presentan los movimientos esperados, el resultado se considera "reactivo" o "sin estrés".

- Stress Test (TST):

En este caso, también se registra la frecuencia cardíaca fetal, pero se añade la inducción de contracciones uterinas mediante la administración de oxitocina u otros métodos. El objetivo es evaluar cómo responde el feto bajo condiciones de estrés, simulando las condiciones del trabajo de parto. Se busca asegurar que el bebé puede mantener su frecuencia cardíaca y bienestar incluso durante situaciones más desafiantes, lo que se considera un resultado "reactivo" en el TST.

Estas pruebas son comúnmente utilizadas para monitorear la salud del feto durante el embarazo y ayudar a identificar cualquier posible problema o complicación que requiera atención médica. La elección entre el NST y el TST dependerá de las circunstancias específicas y las indicaciones médicas para cada caso en particular.

Parámetros:

Línea de base

Se establece la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) tomando en cuenta el promedio durante un período de 10 minutos, siempre que la FCF sea estable. Durante este lapso, se excluyen las aceleraciones y deceleraciones, así como los intervalos de variabilidad marcada, que son aquellos mayores a 25 latidos por minuto (lpm). Para determinar la línea de base, se buscan segmentos de al menos 2 minutos (que no necesariamente deben ser consecutivos) dentro de esos 10 minutos donde se pueda identificar la línea base. Si no se encuentran estos segmentos, la línea base será indeterminada, y en esos casos, es posible que se necesite evaluar los 10 minutos anteriores del registro para obtener una línea de base válida¹⁹.

La línea de base normal de la FCF se encuentra en el rango de 110 a 160 lpm²⁰

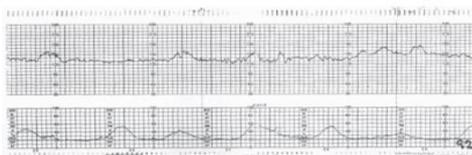


Figura 5 Línea de base de la frecuencia cardíaca fetal normal

* Tomado de : Hospital Universitario Donostia

Cuando la línea de base está por debajo de 110 lpm, se considera bradicardia.

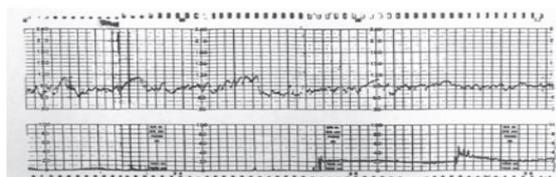


Figura 6 Bradicardia. Variabilidad normal

*Fuente: Hospital Universitario Donostia



Figura 7 Bradicardia Variabilidad normal

*Aceleraciones. Se trata de un test de oxitocina. Gestación de 37 semanas.

Parto vaginal a las 40 semanas. Hembra de 3150 g. Apgar 9/10. Fuente: Hospital Universitario Donostia.

Cuando está por encima de 160 lpm, se denomina taquicardia.

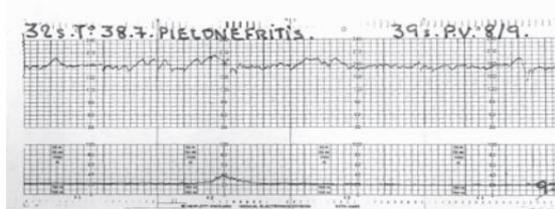


Figura 8 Taquicardia. Temperatura 38. 7°

* Gestación de 32 semanas. Pielonefritis. Antibioterapia. Parto vaginal a término. Varón de 3459 g. Apgar 8/9. Fuente: Hospital Universitario Donostia



Figura 9 Taquicardia.

* Panel A: taquicardia con variabilidad mínima. Panel B: taquicardia con variabilidad mínima, deceleración variable con recuperación lenta y deceleración tardía. Panel C: taquicardia con variabilidad mínima y deceleraciones tardías recurrentes. 40 semanas. Cesárea por sospecha PBF. Apgar 5/5. pH cordón 7.10. Fuente: Hospital Universitario Donostia

Variabilidad

La variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal puede entenderse como una fluctuación natural e irregular en el ritmo del corazón del feto, originada por la interacción constante entre los sistemas nerviosos simpático y parasimpático del sistema nervioso central. Estos dos sistemas nerviosos actúan en equilibrio para regular la frecuencia cardíaca fetal y ajustar la línea de base en un rango de 2 a 3 latidos por minuto²¹.

La variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal es un fenómeno normal y esencial que resulta de la interacción dinámica entre las diferentes ramas del sistema nervioso que controlan la función cardíaca. El sistema nervioso simpático se asocia generalmente con la "respuesta de lucha o huida", aumentando la frecuencia cardíaca, mientras que el sistema parasimpático está más relacionado con la "respuesta de descanso y digestión", disminuyendo la frecuencia cardíaca. La interacción equilibrada entre estos dos sistemas mantiene la frecuencia cardíaca fetal en un rango saludable y permite ajustar la línea de base, lo que significa que el ritmo cardíaco puede variar ligeramente dentro de un margen de 2 a 3 latidos por minuto mientras el feto se desarrolla y se mueve en el útero. Esta variabilidad es una señal positiva de bienestar fetal y es evaluada durante el monitoreo prenatal para asegurar la salud y el desarrollo adecuado del feto²².

Aceleraciones.

La aceleración fetal es un aumento en la frecuencia cardíaca del feto, que se produce cuando hay un incremento de al menos 15 pulsaciones por minuto por encima de la línea de base. Para que sea considerada una aceleración, debe durar al menos 15 segundos, pero no más de 10 minutos. Si la duración supera los 10 minutos, se podría interpretar como una variación en la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal²³.

Cuando el feto tiene más de 32 semanas de gestación, una aceleración de 10 latidos por minuto que dure al menos 10 segundos se considera tranquilizadora.

Esto significa que es un signo positivo de bienestar fetal y sugiere que el bebé está respondiendo de manera adecuada a los estímulos y a las condiciones del útero²⁴.

En el concepto que nos da The American College Of Obstetricians And Gynecologists en su boletín informativo hace referencia que durante el monitoreo fetal, se registran los latidos del corazón del bebé para evaluar su bienestar y salud. Las aceleraciones son incrementos temporales en la frecuencia cardíaca del feto que se presentan de forma espontánea y pueden ocurrir debido a los movimientos del bebé o a otras respuestas fisiológicas normales. Estas aceleraciones son una señal positiva, ya que indican que el bebé está bien y su sistema nervioso está funcionando correctamente.

Sin embargo, es importante tener en cuenta la duración de las aceleraciones. Si se prolongan por más de 10 minutos, podría sugerir un cambio en la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal, lo que significa que el ritmo cardíaco del feto podría estar cambiando de manera más permanente, y esto requeriría una evaluación adicional²⁵.

Cuando el feto tiene más de 32 semanas de gestación, una aceleración de 10 latidos por minuto que dure al menos 10 segundos es tranquilizadora, lo que significa que es una respuesta normal y saludable del bebé. Esta información es valiosa para los profesionales de la salud, ya que les ayuda a determinar si el feto está en buen estado y si no hay signos de angustia o problemas en su bienestar durante el embarazo.

Desaceleraciones

La deceleración fetal es una reducción en la frecuencia cardíaca del feto que ocurre cuando el valor inicial disminuye en al menos 15 latidos por minuto (lpm). Para que se considere una deceleración, esta disminución debe durar al menos 15 segundos, pero no puede extenderse más allá de los 10 minutos²⁶.

Cahill refiere que, durante el proceso de monitoreo fetal, se registran los latidos del corazón del bebé para evaluar su bienestar y salud. Las deceleraciones

son descensos temporales en la frecuencia cardíaca fetal que se presentan de manera espontánea. Estas deceleraciones pueden ocurrir debido a diversas razones, como las contracciones uterinas, la compresión del cordón umbilical o la respuesta del bebé a situaciones específicas.

La duración y la magnitud de las deceleraciones son indicadores importantes para los profesionales de la salud, ya que pueden revelar cómo el bebé responde a los cambios en el entorno uterino y si hay algún problema potencial con su oxigenación o bienestar general.

Es normal que se produzcan algunas deceleraciones durante el monitoreo fetal, siempre y cuando no sean persistentes ni prolongadas, lo que podría indicar problemas de oxigenación para el feto. En casos en los que las deceleraciones son persistentes o prolongadas, los médicos pueden tomar medidas para evaluar la situación y garantizar la seguridad y la salud del bebé. El monitoreo continuo de la frecuencia cardíaca fetal es esencial durante el trabajo de parto y otras situaciones críticas para asegurar que el bebé esté bien y recibir atención médica adecuada en caso de ser necesario.

Movimientos fetales

El feto puede experimentar uno o varios tipos de movimientos durante su desarrollo. Estos movimientos reciben diferentes nombres según su naturaleza. Por ejemplo, se denominan "En Espiga" cuando el feto mueve sus miembros, "Cordillera" cuando son múltiples los movimientos, y "Salva" cuando los movimientos son repetitivos y similares a los que podría hacer una persona ahogándose. Durante el período de desarrollo en el útero, el feto se mueve activamente para ejercitar sus músculos y desarrollar su sistema nervioso. Los movimientos fetales son una señal positiva de bienestar y un indicador de que el bebé está creciendo y desarrollándose adecuadamente²⁷.

En Espiga: Esta expresión se utiliza cuando el feto realiza movimientos de sus miembros, como brazos y piernas. Estos movimientos pueden ser

percibidos como puntadas o sacudidas suaves por la madre, especialmente en etapas avanzadas del embarazo²⁷.

Cordillera: Cuando se habla de "Cordillera" en relación a los movimientos fetales, se refiere a la presencia de varios movimientos consecutivos. En lugar de ser movimientos únicos y aislados, el feto realiza una serie de movimientos seguidos, lo que puede ser detectado durante la palpación o el monitoreo del feto²⁷.

Salva: Este término se utiliza cuando el feto presenta movimientos repetitivos y rápidos, como sacudidas o espasmos. Se asemejan a una serie de movimientos de ahogamiento, aunque es importante destacar que estos movimientos no deben ser motivo de preocupación ya que son considerados normales durante el desarrollo del bebé²⁷.

En general nos dice que, los movimientos fetales son un signo positivo de bienestar del feto y son monitoreados por los profesionales de la salud durante las consultas prenatales para asegurar que el bebé se encuentre en una condición saludable y en crecimiento adecuado. Los movimientos fetales pueden variar en intensidad y frecuencia a lo largo del embarazo, y cada bebé tendrá su propio patrón de movimiento característico. Si una madre nota cambios significativos en los movimientos fetales o siente que los movimientos se han vuelto más débiles, es importante comunicárselo a su médico para una evaluación más detallada.

NST

La monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal es un procedimiento que implica el estudio de las características y cambios en los movimientos del feto. Este procedimiento se basa en observaciones de varios investigadores que han encontrado una relación significativa entre una frecuencia cardíaca fetal acelerada y la buena salud del feto. Es una prueba rápida, sencilla y fácil de interpretar. Si no hay contraindicaciones, se puede repetir tantas veces como sea necesario. Además, se correlaciona con otras pruebas que evalúan la salud fetal. Esta monitorización puede realizarse a partir del día 28 de gestación y, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, se realiza al menos dos veces en gestaciones normales²⁸.

La monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal es una herramienta importante utilizada durante el embarazo para evaluar la salud del feto. Se lleva a cabo mediante el uso de dispositivos electrónicos que registran los latidos del corazón del bebé y también observando los movimientos del feto. Esta técnica se ha desarrollado basándose en investigaciones anteriores que han demostrado que una frecuencia cardíaca fetal acelerada está relacionada con un buen estado de salud del feto.

El procedimiento es considerado rápido, sencillo y fácil de interpretar, lo que permite obtener resultados en poco tiempo y sin complicaciones. Si no hay condiciones médicas que lo contraindiquen, la monitorización se puede realizar en varias ocasiones durante el embarazo para realizar un seguimiento cercano del bienestar del bebé.

Además, la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal se relaciona y complementa con otras pruebas utilizadas para evaluar la salud fetal, lo que proporciona una visión más completa y precisa del estado del bebé durante el embarazo.

Es importante destacar que esta monitorización puede iniciarse a partir del día 28 de gestación y, según las pautas de la Organización Mundial de la Salud, se recomienda realizarla al menos en dos ocasiones durante gestaciones normales para asegurar que el bebé se esté desarrollando adecuadamente y para detectar cualquier posible problema a tiempo²⁹

CAPITULO III: MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Método de investigación

Método: Deductivo, puesto que se analizará de lo general para llegar a lo específico.

3.2. Técnicas e instrumentos de recolección de información

- Técnica: Análisis documental, a través de la historia clínica del caso.
- Instrumento: Matriz de análisis de la historia clínica.

3.3. Población y muestra

- Caso único

3.4. Plan de análisis de datos

- Se realizará a través de una exhaustiva revisión de la historia clínica.

3.5. Guía de trabajo de campo

- Gestión para inicio del caso clínico
- Autorización del Centro de Salud David Guerrero Duarte
- Identificación del caso y verificación de la historia clínica en admisión general.
- Investigación, exploración de la historia clínica.
- Transcribir la información a la matriz.
- Anotar todos los acontecimientos.

CAPITULO IV: CASO CLÍNICO

4.1 HOJA DE EMERGENCIA OBSTETRICIA:

Fecha y Hora de atención: 24/04/2023 Hora: 16:10 p.m

Identificación:

Apellidos y nombres: NN

Lugar de nacimiento: Departamento de Junín – Provincia de Huancayo.

Fecha de Nacimiento: 02/ 09/1995.

Edad: 28 años.

Ocupación: Ama de casa

Grado de instrucción: Secundaria incompleta

Estado civil: conviviente

Dirección: Calle los incas S/N – Ingenio - Huancayo.

Enfermedad actual:

Paciente acude por emergencia procedente de monitoreo electrónico fetal, quien indica disminución de movimientos fetales hace más o menos 4 días. Nauseas, mareos, edemas de miembros inferiores, niega pérdida del líquido, niega pérdida de sangrado vaginal.

Diagnóstico de ingreso de Emergencia:

Segundigesta de 39 ss x FUR.

Pródromos de labor de parto.

Compresión de la vena cava inferior.

D/C RCIU

D/C Distocia funicular.

Antecedentes obstétricos:

Menarquia: 15 años.

Régimen catamenial: 3 -4 / 30 días.

Inicio de relaciones sexuales: 17 años.

Método anticonceptivo: ninguna.

Papanicolau: No.

Formula obstétrica: G2 P1001.

Fecha de ultima menstruación: 23/7/2022.

Fecha probable de parto: 20/ 04/2023.

Edad Gestacional: 39 semana por fecha de ultima menstruación.

Número de atenciones prenatales: 04.

Establecimiento donde recibió la atención prenatal: Puesto de Salud Ingenio.

Antecedentes personales: Niega.

Enfermedades anteriores: Niega.

Diabetes mellitus: Niega.

Hipertensión arterial: Niega.

Cardiopatías: Niega.

Asma: Niega.

Tuberculosis: Niega.

COVID: Niega.

VIH: Niega.

Hepatitis: Niega.

Alergias: Niega.

Cirugías previas: Niega.

Trastornos sanguíneos: Niega.

Hábitos nocivos: Niega.

Antecedentes familiares:

Padre: Niega.

Madre: Niega.

Examen clínico general:

- Estado regional:

Temperatura: 36 °C

Presión arterial: 150/100 mmhg

Frecuencia cardiaca: 75 latidos por minuto.

Frecuencia respiratoria: 20 por minuto.

Peso: 69 kilogramos.

Talla: 149 cm.

IMC: 31 (Obesidad >29)

Hemoglobina: 11.8 gr (9.6 gr/dl).

Cabeza: sin tumoraciones, no lesiones en cuero cabelludo.

Cuello: cilíndrico de posición central, sin alteraciones.

Tórax: no se evidencia lesiones de la piel.

Mamas: semi turgentes no secretantes.

Pulmones: patrón ventilatorio conservado.

Percusión: Sonoridad pulmonar conservada.

Percusión: sonoridad pulmonar conservada.

Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos hemitórax, no estertores.

Cardiovascular: no se visualiza choque de punta.

Percusión: sonoridad y nitidez cardiaca conservada.

Auscultación: sonoridad y nitidez conservada.

Auscultación: RCR de buen tono e intensidad, no soplos.

Abdomen:

Útero grávido, con altura uterina 27 cm, frecuencia cardiaca fetal 140 latidos por minutos, feto; en situación longitudinal, presentación cefálica, posición izquierda, movimientos fetales presentes, dinámica uterina no se logra percibir a la palpación.

Genitourinario:

Puño percusión lumbar derecha e izquierda: Negativo.

Examen ginecológico:

Tacto vaginal: dilatación 0, incorporacion0%, altura de presentación -2 pelvis ginecoide., no se evidencia perdida de sangrado vaginal, no se evidencia perdida de líquido amniótico.

Extremidades inferiores: sin edema ni varices.

Síntomas principales:

Disminución de movimientos fetales hace más o menos 4 días, edemas de miembros inferiores. Trae trazado NST

Impresión diagnóstica:

Segundigesta de 39 ss x FUR.

Pródromos de labor de parto.

Compresión de la vena cava inferior.

D/C Distocia funicular.

ARO periodo intergenésico largo.

Indicaciones:

Canalizar via permeable de cloruro de sodio 9/00.

Colocar a la paciente de Decúbito lateral izquierdo.

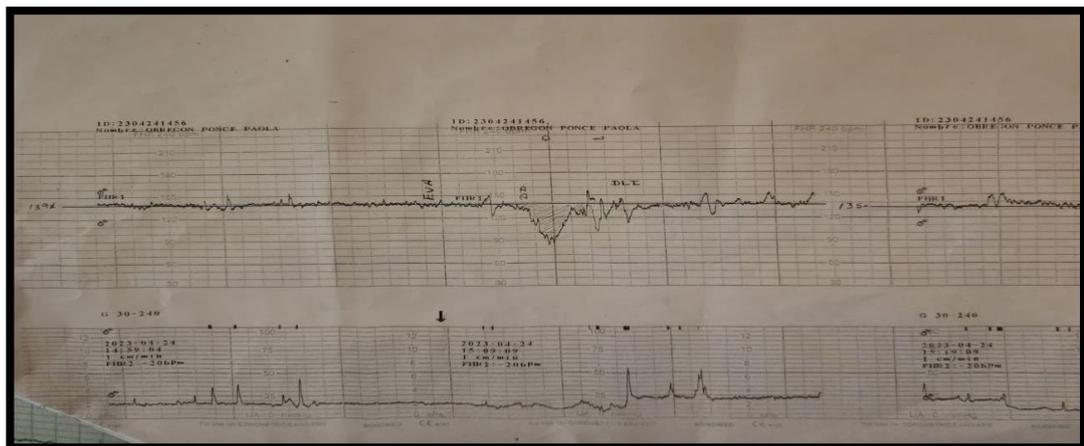
Coordinar referencia al hospital de mayor complejidad.

Continuar con monitoreo electrónico fetal.

Procedimientos especiales relevantes para el estudio

Monitorización fetal electrónica: 24/ 04/2023 14:50 horas.

Figura 1 Monitorización fetal electrónica: 04- 09 – 2023 14: 50 horas



INFORME CARDIOTOCÓGRAFICO
UNIDAD DE MEDICINA FETAL

FO - 029

FECHA: 24.09.23 HORA: 15:00
 EDAD: 27 años G: 2 P: 1 0 9
 FUR: 23.07.22 FPP: 30.09.23
 EGEXCO: 34 Sem AU: 29 cm Tiempo de Ayuno: 7 Hrs.

Medicación previa: _____

Bienestar fetal	Rotura de Membranas	Restricción Crecimiento Intra-uterino
Pre-eclampsia leve / severa	Movimientos Disminuidos	Distocia Funicular
Insuficiencia Placentaria	Embarazo Prolongado	Otros: _____

DATOS DEL TIEMPO MONITOREO: Total: 30' Inicó: 15:00 Terminó: 15:40

EXÁMENES REALIZADOS

CST: Primera vez Control NST: Primera vez Control

Oxocina: Sensibilidad Uterina: _____ ml/min. E. Possoiro

Estimulo mamario: Contracciones Uterinas en 10 min. Síndr.Vena Cava Inferior.

Parámetros Observados	VALORACIÓN			PUNTAJE OBTENIDO
	0	1	2	
1.- Línea de base	< 100 ó > 180	100 - 119 ó 161 - 180	120 - 160	2
2.- Variabilidad	< 5	5 - 9 ó > 25	10 - 25	7
3.- Aceleraciones / 30 min.	0	Pequeñas ó 1-4 esporádicas	> 5	1
4.- Desaceleraciones	DIP II > 60% DIP III > 60%	DIP I < 40% Variante < 40%	Ausentes	1
5.- Actividad fetal: movimientos fetales	0	1-4	> 5	1
PUNTAJE TOTAL				6/10

INTERPRETACION DE LA PUNTAJACIÓN DE FISHER

PUNTAJACIÓN	ESTADO FETAL	PRONÓSTICO	ENFOQUE CLÍNICO
8 - 10	Fisiológico	Favorable	Ninguno
5 - 7	Dudoso	Criterio profesional	Occit *
< 4	Severa	Desfavorable	Extracción si es necesario

* Prueba de inducción con ocitocina

CONCLUSIONES:

<input checked="" type="checkbox"/> NST	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Reactivo	<input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> Inatisfactorio	<input type="checkbox"/> Sospechosa
<input checked="" type="checkbox"/> NST	<input checked="" type="checkbox"/> Activo	<input checked="" type="checkbox"/> Hiposctivo	<input checked="" type="checkbox"/> Reactivo	<input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> Dudoso	

OBSERVACIONES: Se evidencian signos de distocia funicular de compresión de la vena cava inferior.

RECOMENDACIONES: Repetir en: _____ Inducción en: _____

CST en: _____ Otro: I/C Emergencia.

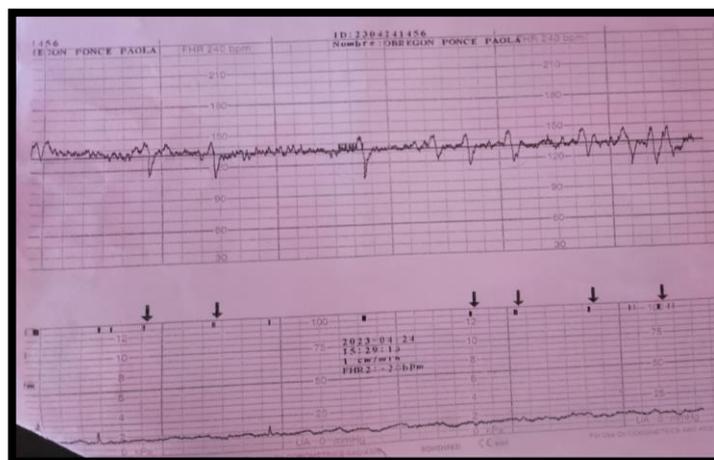
SE ADJUNTA TRAZADO CTE PARA LECTURA POR NAC

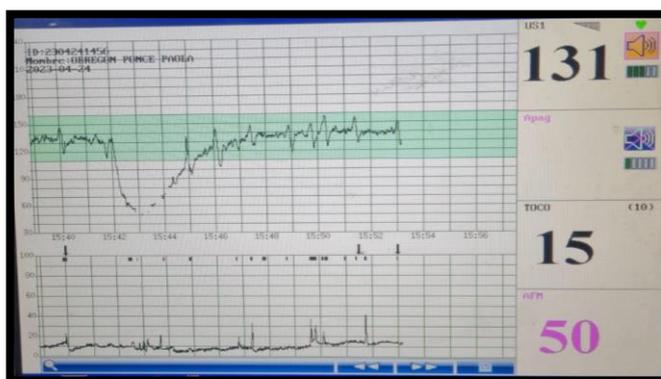
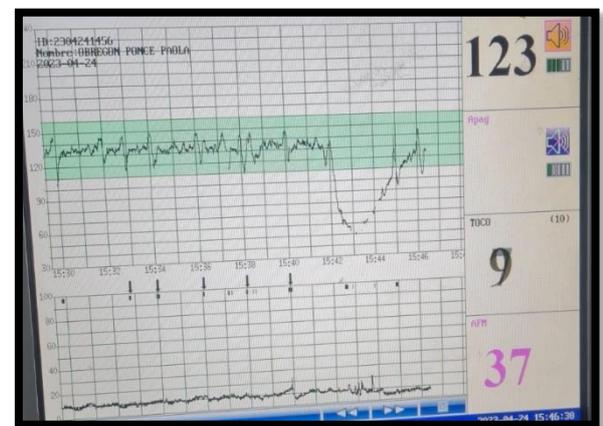
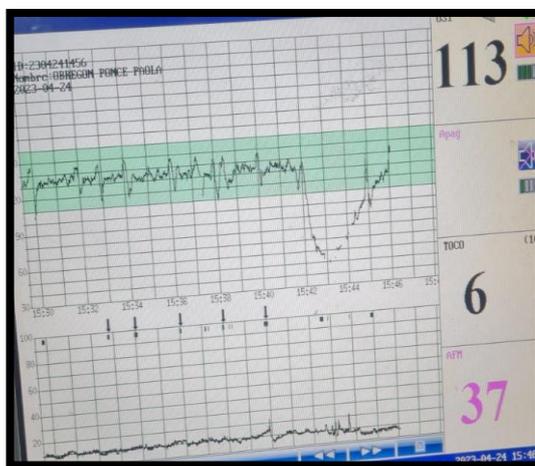
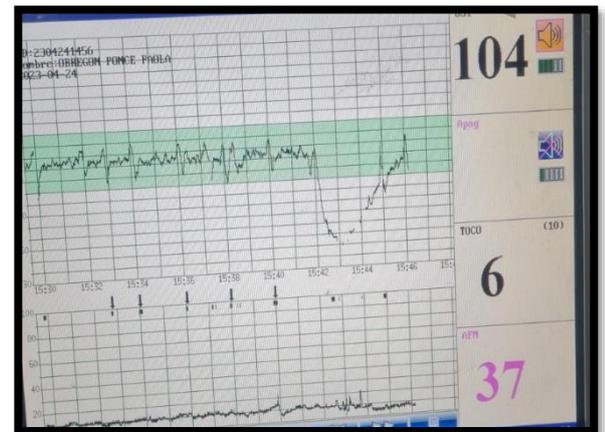
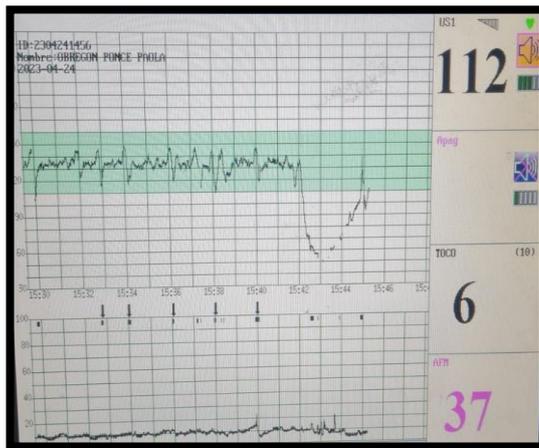
Firma y Sello Médico responsable del informe

APELLIDOS Y NOMBRES: ORRIGÓN PONCE PAOLA Servicio: Obst Cama: Historia Clínica: 77668632

Informe: G2 P1001 39 semanas x fecha de última menstruación.
 Signos sugestivos compresión de la vena cava inferior.
 Descartar distocia funicular.
 I/C Emergencia
 Score 6/10

Figura 2 Monitorización fetal electrónica: 04- 09 – 2023 15: 22 horas





Monitorización fetal electrónica con resultado NST con signos sugestivos
compresión de la vena cava inferior

Informe: G2 P1001 39 semanas x fecha de última menstruación.

Descartar Compresión de la Vena Cava Inferior

Descartar distocia funicular.

I/C Emergencia.

Score 6/10.

Fecha y Hora de atención: 24/04/2023 Hora: 16:20 p.m.

Se canaliza vía permeable de CINA 9/00, paciente en DLI, con monitoreo constante

Fecha y Hora de atención: 24/04/2023 Hora: 16:28 p.m.

Medico coordina referencia con Hospital Materno Infantil El Carmen

Fecha y Hora de atención: 24/04/2023 Hora: 16:56 p.m.

Medico comunica que la referencia fue aceptada por el Hospital Materno Infantil El Carmen.

Fecha y Hora de atención: 24/04/2023 Hora: 17:00 p.m.

Se procede a trasladar a la paciente en compañía de personal de salud y familiar hacia el Hospital Materno Infantil El Carmen.

Motivo de referencia:

Segundigesta de 39 ss x FUR.

Pródromos de labor de parto.

Compresión de la vena cava inferior.

Restricción del crecimiento uterino.

D/C Distocia funicular.

Fecha y Hora de atención: 03/05/2024

Se realiza seguimiento de la puérpera quien refiere que acudió a su control de puerperio en el Puesto de Salud Ingenio, quien hace referencia que entrego su informe de Alta del Hospital el Carmen, en dicho documento se describe:

Hospitalización: 24/04/ 2023 al 28 /04/2023

Evolución: favorable

Diagnostico que motivo su ingreso: Anhidramnios, D/C Preeclampsia, SVCI

Diagnóstico de egreso: restricción de crecimiento intrauterino, SVCI

Diagnostico secundario: Anhidramnios

Tratamiento quirúrgico insaturado fue: CSTP

Dado de alta: en Buenas condiciones

Citado: 03/05/202

CAPITULO V: DISCUSIÓN

El síndrome de compresión de la vena cava inferior durante el último trimestre del embarazo se manifiesta con una inclinación de cierto grado de colapso circulatorio, que sufren algunas embarazadas, cuando se encuentra en una posición de decúbito dorsal. Este síndrome se presenta en un 11 % de las mujeres embarazadas a término produciendo signos y síntomas del síndrome de hipotensión supina. El síndrome franco tiene una incidencia del 1%. En relación con la circulación sanguínea, la presión arterial disminuye, por ende, los valores absolutos en la presión arterial ante cubital se ven afectados por la posición que adopte la gestante, siendo menores en decúbito lateral que decúbito dorsal. Este fenómeno se asocia al flujo sanguíneo relentecido de las piernas que aparecen al final del embarazo. Esto resulta como consecuencia de la compresión que sufren las venas pélvicas por un útero hipertrofiado, que llega al punto de reducir el llenado del corazón y como consecuencia disminuye el gasto cardíaco, esto le conllevaría a una hipotensión. El cual nos conlleva a una bradicardia fetal transitoria. Este síndrome se puede presentar con mayor frecuencia en pacientes con: sobrepeso, DD, Hidramnios, varices, anemia y embarazo gemelar. De acuerdo a lo mencionado por el autor podemos rescatar algunos factores de resalta en nuestro caso clínico como es: la anemia, sobrepeso y varices.

En el desarrollo de nuestra investigación hemos revisado los casos en otros países, es así como en el caso clínico "Interrupción de vena cava inferior" resalta la prevalencia de la interrupción de la vena cava inferior (IVCI) como la anormalidad más común en este vaso sanguíneo. Se destaca la importancia del diagnóstico prenatal de esta condición, ya que se considera un indicador eco cardiocardiográfico. El flujo redirigido por la vena ácigos y, en menor medida, la vena hemiacigos en IVCI es distintivo en ecografías axiales abdominales o torácicas, conocido como el "doble vaso" o "doble burbuja". Por ser el caso identificado en el centro de Salud David Guerrero Duarte, se respaldan la relevancia del diagnóstico prenatal mediante la eco cardiocardiografía así detectar la bradicardia transitoria fetal, prevenir efectos colaterales en el feto.

En el primer caso, la paciente con antecedentes de conectividad mixta tuvo un embarazo sin complicaciones, y la eco cardiotocografía confirmó la IVCI con drenaje por la vena ácigos. En el segundo caso, la gestante sin antecedentes relevantes mostro sospechas de IVCI, confirmadas en la ecografía de las 20 semanas, y el seguimiento posterior reveló una persistencia de vena cava superior izquierda drenando a seno coronario. Una vez más se confirma la relevancia de la monitorización electrónica fetal en la prevención y diagnóstico precoz de patologías en el feto.

El presente estudio analiza la evolución clínica de una paciente con síndrome de la vena cava inferior durante el embarazo, enfoca su atención en la aplicación de la Monitorización Fetal Electrónica (MFE) en la semana 39 de la gestación. La metodología empleada se centra en la revisión minuciosa de la historia clínica, permitiendo un diagnóstico oportuno y una intervención guiada por la MFE. Destaca la importancia crucial de este procedimiento para la observación del bienestar fetal y la toma de decisiones que eviten complicaciones en la salud de la madre y el recién nacido. Se subraya la determinante y permanente utilidad de la MFE en el diagnóstico del síndrome de la vena cava, demostrada en un caso específico donde la identificación de una desaceleración prolongada no relacionada con contracciones llevó a una estabilización inmediata y a la programación de una cesárea de emergencia, garantizando condiciones óptimas para el recién nacido. En contraste, el estudio previo de José Antonio Díaz Peromingo y Manuel José Núñez Fernández aborda la relación entre la tromboembolia venosa y el embarazo, enfatizando el riesgo procoagulante asociado con la gestación. Se destaca que las mujeres embarazadas enfrentan un riesgo cinco veces mayor de eventos tromboembólicos, y la embolia pulmonar representa una causa significativa de morbilidad y mortalidad materna. El enfoque de este estudio abarca la evaluación del riesgo tromboembólico, diagnóstico, profilaxis y tratamiento, centrandó la atención en el filtro de vena cava. Se exploran aspectos como indicaciones, colocación, efectividad, complicaciones y riesgos tanto para la madre como para el feto.

Ambos estudios resaltan la importancia de abordar complicaciones específicas durante el embarazo mediante intervenciones avanzadas y tecnologías especializadas,

aunque se centran en áreas distintas de la atención médica materno-fetal. Mientras uno destaca la importancia de la MFE en el manejo de casos específicos, el otro pone énfasis en la gestión de riesgos tromboembólicos y el papel del filtro de vena cava en dicho contexto.

En nuestro caso investigado, el uso del Monitor electrónico fetal, se realizó en dos momentos el primer trazado se realizó aproximadamente a las 14: 50 p. m , en el cual se tenía como resultado signos sugestivos de compresión de la vena cava, el cual se comunica y refiere al servicio de emergencia, el cual se notifica al médico quien inmediatamente coordina la referencia con el hospital de mayor complejidad. El segundo trazado se realiza aproximadamente a las 15: 22p.m, confirmando el diagnóstico, de signos sugestivos de compresión de la vena cava inferior. A horas 16: 56 pm se procede a trasladar a la paciente al hospital de mayor complejidad. El cual su embarazo culminó en una cesárea de emergencia, con Recién nacido vivo, quienes cursaron con una evolución favorable y sin complicaciones.

Es importante recalcar la labor educativa de las obstetras al momento de orientar a las gestantes sobre su evolución, así como posibles complicaciones que pudieran presentarse durante su embarazo, incluso comprometiendo la vida de la madre y el niño por nacer. Recalcar la importancia de realizar el monitoreo electrónico en las gestantes.

CONCLUSIONES

1. Los avances en la monitorización fetal electrónica son de gran importancia en la prevención y diagnóstico precoz de patologías que afectan el binomio madre e hijo, además son específicas, muchas veces decisivas en la conducta en seguir.
2. La compresión de la vena cava inferior solo ocurre en el 11% de gestantes, debido al útero grávido que hace presión sobre los cuerpos vertebrales y se puede evidenciar a menudo cuando la embarazada se pone en decúbito dorsal, el cual conlleva a una disminución del gasto cardíaco, esto se debe a la obstrucción del retorno venoso. La disminución del gasto cardíaco en la madre produce: náuseas, mareos hipotensión, taquicardia y agitación y en el feto ocasionaría: bradicardia fetal transitoria. Es lo que ocurrió con la gestante tratada en el caso clínico.
3. La oclusión de la vena cava inferior por decúbito supino más una red venosa colateral insuficiente ocasiona un colapso agudo, el cual disminuye el reflujo al corazón y al organismo, el hecho conlleva a una hipotensión, caída de la concentración máxima de dióxido de carbono espirado durante un ciclo respiratorio, disminución del flujo arterial útero placentario, lo que nos da como resultado el sufrimiento fetal agudo, e implica a una hipoxia y para terminar en una bradicardia fetal. Esto es debido a la compresión de la vena cava inferior causada por el útero grávido.
4. La historia clínica permite identificar el diagnóstico del caso clínico, y nos sirve para realizar el seguimiento continuo, y la detección oportuna de la patología, mejorando así la atención en la gestante, y tomar decisiones en forma oportuna en beneficio del binomio madre- niño, evitar consecuencia fatales.

RECOMENDACIONES

1. A los profesionales de la salud encargados del control y la atención de las gestantes, nuestra recomendación se enfatiza en realizar el procedimiento de la monitorización fetal electrónica, en forma regular y frecuente, como ayuda de diagnóstico, puesto que es un método no invasivo y con muchos beneficios y no ocasiona ningún daño al niño por nacer.
2. A las mujeres gestantes, dar a conocer la importancia de realizarse este procedimiento por lo menos 2 veces durante el embarazo, detectando así en forma oportuna las complicaciones en el feto y por ende evitar el incremento de la morbilidad perinatal.
3. A los profesionales Especialistas en Monitoreo electrónico fetal, continuar autocapacitándose con las nuevas tendencias en el manejo de estos procedimientos y el uso del monitor, ya que está demostrado su ayuda significativa en la identificación de riesgos y patologías en el bienestar fetal, sobre todo tiene un bajo costo para la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mundial B. Informe Anual 2020. 2021;
2. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico. 2022. 2108–2139 p.
3. Camila P, Villamil G, Pradilla CA, Patricia A, Goyeneche C, Pabón DR, et al. Monitoreo fetal: principios fisiopatológicos y actualizaciones. Soc Ginecologica del Uruguay. 2022;60(1):47–70.
4. Hospital Universitario Donostia. Guía de monitorización electrónica fetal. Osakidetza [Internet]. 2013;1(1):1–65. Available from: http://www.simulacionobsgin.com/1/upload/guia_monitorizacion.pdf
5. Cotrina K. Facultad De Ciencias De La Salud Escuela Profesional De Obstetricia. Tesis [Internet]. 2022;107. Available from: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/29854/CANCE_R_MAMA_COTRINA_HUACCHA_KIARA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Santhosh MCB, Pai RB, Sachidanand R, Byrappa V, Rao RP. Comprensión de la vena cava inferior debido al exceso de taponamiento abdominal. Brazilian J Anesthesiol (Edición en Esp [Internet]. 2014;64(3):199–200. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjanes.2013.03.012>
7. Mercado C, Jauregui E, Lucchini H. Manual Práctico de Obstetricia para Estudiantes de Medicina. Hosp Univ Matern Nac Fac Ciencias Médicas Univ Córdoba. 2017;12–4.
8. Savirón Cornudella R, Pérez Pérez P, Allué EDD, Cisneros Gimeno A, Corona Bellostas C, Castán Mateo S. Interrupción de vena cava inferior. Diagnóstico prenatal de sus variantes. Rev Chil Obstet Ginecol. 2017;82(6):626–32.
9. Leon Cid I, Beatriz SF. Trombosis de la vena cava y embarazo. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2018;69(3):197–207.
10. Díaz Peromingo JA. Filtro de vena cava y embarazo: algunas certezas y muchas incertidumbres. Galicia Clínica. 2021;82(4):208.
11. Kinsella M, Lohmann G. Department of Anesthesiology University of Kansas School of Medicine Department of Anaesthetics Albert Einstein College of Medicine. Int J Obstet Anesth. 1989;236–7.
12. Prashar A, Ming S, Tan L, Hopkins A, Ilsar R. Unusual presentation of

- supraventricular tachycardia degenerating into ventricular fibrillation during pregnancy: Aorticaval compression the probable culprit. *Indian Pacing Electrophysiol J.* 2022;22(2):103–7.
13. López-Maya L, Lina-Manjarrez F. Prevención de hipotension supina en la embarazada sometida a cesárea bajo BPD precarga contra carga rápida. *Rev Mex Anesthesiol.* 2008;31(1):21–7.
 14. Murphy CJ, Mccaul CL, Thornton PC. Maternal collapse secondary to aorticaval compression Ilioinguinal-iliohypogastric block used to rescue ineffective transversus abdominis plane block after cesarean delivery. *Int J Obstet Anesth.* 2015;24(4):393–4.
 15. Hsu N, Gaiser R. Awareness and Aorticaval Obstruction in Obstetric Anesthesia. 2017;35:145–55.
 16. Chandraharan E. Patofisiología de RCTG. 2022; Available from: <https://www.icarectg.com/wp-content/uploads/2017/09/Conceptos-de-la-masterclass-resumen.pdf>
 17. Dutta A, Khramtsova G, Brito K, Alexander D, Mueller A, Chinthala S, et al. Science of the Total Environment Household air pollution and chronic hypoxia in the placenta of pregnant Nigerian women: A randomized controlled ethanol Cookstove intervention. *Sci Total Environ.* 2018;619–620(November 2017):212–20.
 18. María S, Cuervo V. Obstetricia Monitorización fetal intraparto basada en la fisiopatología. 2017;203–12.
 19. Maroto Alonso V. Relación de los registros cardiotocográficos, el pH de arteria umbilical y el test de Apgar. Estudio multicéntrico. *Evidentia.* 2018;15(ISBN/ISSN: 1697-638X).
 20. Ministerio de Salud. Guia Perinatal 2015. Guia perinatal 2015. 2015. 354 p.
 21. Iii WEA, Frcanaes MMJ. Aorticaval compression in the sitting and lateral decubitus positions during extradural catheter placement in the parturient. 1993;320–4.
 22. Sat BO, Ap I. Aorticaval compression Epidural catheter entrapment. 2001;0–1.
 23. THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Management of Intrapartum Fetal Heart Rate Tracings.

Pract Bull. 2010;116.

24. Souza V De, Feiten S, Tarso P De, Dalcin R, Ziegler B, Ferrari RS. Predictive factors for premature birth and respiratory exacerbation in pregnancies of women with cystic fibrosis. *J Pediatr (Rio J)*. 2022;98(1):33–8.
25. Liu M, Zeng R, Xiao Y, Bai J, Liu J, Zheng Z, et al. Baseline / acceleration / deceleration determination of fetal heart rate signals using a novel ensemble LCResU-Net. *Expert Syst Appl*. 2023;218(January):119610.
26. Cahill AG, Roehl KA, Odibo AO, Macones GA. SMFM Papers Association and prediction of neonatal acidemia. *YMOB*. 2012;207(3):206.e1-206.e8.
27. Maude RM, Skinner JP, Foureur MJ. Putting intelligent structured intermittent auscultation (ISIA) into practice. *Women and Birth*. 2016;29(3):285–92.
28. Gamarra Tenorio PE. TEST NO ESTRESANTE Y ESTRESANTE EN EMBARAZOS ATÉRMINO TARDÍO Y SU RELACIÓN HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DEL CALLAO. 2017;42.
29. Evans MI, Britt DW, Evans SM, Devoe LD. Expert Review Improving the interpretation of electronic fetal monitoring : the fetal reserve index. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;228(5):S1129–43.

ANEXOS

ANEXO 01: NOTA BIOGRÁFICA

Geovana Miriam Anchiraico Alderete, nació en la Provincia de Jauja, Departamento de Junín, el 11 de Octubre 1986, cursó estudios de Educación Primaria en la I.E. San José del Distrito de Jauja y secundaria en la Institución Educativa Colegio Emblemático San José siendo promoción 2002 y estudios superiores en la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión Filial Tarma, obteniendo el Título de Obstetra en la ciudad de Cerro de Pasco, el año 2009, realizó estudios de Maestría en la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, en Salud Pública y Comunitaria con mención: Gerencia en Salud año 2020, actualmente Especialista en Monitoreo Materno Fetal Y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia en el Centro de salud David Guerrero Duarte – Concepción – Junín, 2023.

ANEXO 02: PERMISO PARA EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



“AÑO DE LA UNIDAD LA PAZ Y EL DESARROLLO”

OFICIO N° 150 - 2023 – GRJ- RSVM-J- MRS-DGD

Srta. Geovana Miriam Anchiraico Alderete

Presente. –

ASUNTO: APROBACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO CLINICO

CONCEPCIÓN, 8 de agosto del 2023

Por medio de la presente me dirijo a Usted para saludarle a nombre de la Microred de salud Concepción y así mismo darle la **APROBACIÓN Y AUTORIZACIÓN**, para que se pueda ejecutar el **ESTUDIO DE CASO CLINICO** a la profesional de obstetricia Geovana Miriam Anchiraico Alderete.

Sin otro particular me despido, sin antes expresar mis muestras de consideración y estima personal.

ATENTAMENTE

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO

Lic. Maria A. Paola Ascencio Salinas
C.E.P. 61003

Lic. Enf Maria Angela Paola Ascencio Salinas
C.S David Guerrero Duarte
Directora de la Microred de Concepción

ANEXO 03: FICHA DEL TRABAJO ACADÉMICO

HOJA DE EMERGENCIA OBSTETRICIA N° E-285

ORIGEN: Consultorios Ext.: Control Pre Natal: S No

Emergencia: Lugar de Referencia: _____

Referida: Edad: 27 años DNI: 77663632

Fecha: 24/04/23

Hora: 16:10

<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Tumorción	<input type="checkbox"/> Pérdida de Líquido amniótico	<input type="checkbox"/> Fiebra
<input type="checkbox"/> Flujo	<input type="checkbox"/> Trastorno menstrual	<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/> Síntomas urinarios
<input type="checkbox"/> Sangrado Vaginal	<input checked="" type="checkbox"/> Contracciones uterinas	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Ausencia de Movimientos fetales

Otros: *disminución movimientos fetales*

ENFERMEDAD ACTUAL: *accidente obstétrico producido durante el parto anterior a las 7h, que se inicia con disminución movimientos fetales a las 4 horas, además de...*

TIEMPO DE ENFERMEDAD: *separación placenta previa total a las 4 horas*

psv (neg) psv (neg), muy levemente premonitorios predecepcion

		Normal	Anormal	
T°	36.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edemas _____ /4
Pulso	75 x1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflejos _____ /4
FR	20 x1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PA	110/60 mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Peso	64 Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		Normal	Anormal	
GE y BUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>F. O 6, P 1001</i>
Vagina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>cur 23/1/22</i>
Cérvix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>PPP: 26/4/23</i>
útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>26.39 cur</i>
Anexos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F de saco Douglas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parámetros (TR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PERFIL VAGINAL

ABDOMEN FETO: Situación Long Posición: Derecha Presentación: Cefálico EMBARAZO MÚLTIPLE

A.U. 27 cm Sopios No Si Dinámica Uterina: *NO U U U U U U U U* Podálico Feto (1) _____

L.F. 1140 x mm. DIP II: No Si Ponderado Fetal: 2480 gr. Si No Feto (2) _____

<p>TACTO VAGINAL Dilatac.: <input type="checkbox"/> cm.</p> <p>Incorp.: <u>1+</u> %</p> <p>Altura Presentación: <u>-2</u></p> <p>Variedad Presentación: <input type="checkbox"/></p>	<p>Procubito <input type="checkbox"/></p> <p>Prolapso <input type="checkbox"/></p> <p>Sangrado vaginal <input type="checkbox"/></p> <p>Líquido amniótico Claro <input type="checkbox"/></p> <p>Mecomal <input type="checkbox"/></p> <p>Sanguinolento <input type="checkbox"/></p> <p>Con mal olor <input type="checkbox"/></p>	<p>ESTRECHO Adecuado <input checked="" type="checkbox"/> Contraído <input type="checkbox"/></p> <p>Superior <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Medio <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Interior <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>PELVIS GINECOIDE Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>DESCRIBIR</p> <p>COMPATIBILIDAD FETO . PÉLVICA Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dudosa <input type="checkbox"/></p>
--	--	--	---

<p>IMPRESION DIAGNOSTICA</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>separación 3rs cur</i> <i>edemas labio parte</i> <i>Síndrome Vera con leucos</i> <i>Distorsión parciales / pvc RCIU</i> <i>de cur</i> 	<p>EXAMENES AUXILIARES</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>ASST</i>
---	--

TRATAMIENTO

16:28h - Se llama H. Et Cur...

16:56h - Se realiza PRC de H. Et Cur...

PROFESIONAL EXAMINADOR FIRMA, SELLO

APELLIDO PATERNO	MATERNO	SERV. N°	CAMA N°	HISTORIA CLINICA N°
<i>OBREGON</i>	<i>POVCA</i>			



INFORME CARDIOTOCÓGRAFICO
UNIDAD DE MEDICINA FETAL

FO - 029

FECHA: 24/04/23 HORA: 15:00

EDAD: 27 años G: 2 P: 1007

FUR: 23/07/22 FPP: 30/04/23

EGXFUR: 34 Sem. EGXECO: Sem. AU: 29 cm. Tiempo de Ayuno: 1 Hrs.

PROCEDENCIA

Servicio A Servicio B

Servicio C Servicio D

Emergencia Consultorio Externo

Centro Obstétrico Otro.....

Clínica Particular

Medicación previa:

MOTIVO DEL ESTUDIO	Bienestar fetal		Rotura de Membranas		Restricción Crecimiento Intra-uterino
	Pre-eclampsia: leve / severa	X	Movimientos Disminuidos		Distocia Funicular
	Insuficiencia Placentaria		Embarazo Prolongado		Otros:

DATOS DEL TIEMPO MONITOREO: Total: 30' Inició: 15:00 Terminó: 15:40

EXÁMENES REALIZADOS

CST: Primera vez Control NST: Primera vez: Control:

Oxitocina: Sensibilidad Uterina: mU / min. E. Posseiro Observaciones:

Estimulo mamario Contracciones Uterinas en 10 min: Sindr. Vena Cava Inferior.

Parámetros Observados	VALORACIÓN			PUNTAJE OBTENIDO
	0	1	2	
1.- Línea de base	< 100 ó > 180	100 - 119 ó 161 - 180	120 - 160	2
2.- variabilidad	< 5 < 3	5 - 9 ó > 25 3 - 6	10 - 25 > 6	1
3.- variaciones / 30 min.	0	Periódicos ó 1-4 esporádicos	> 5	1
4.- Desaceleraciones	DIP II > 60% DIP III > 60%	DIP II < 40% Variables < 40%	Ausentes	1
5.- Actividad fetal: movimientos fetales	0	1 - 4	> 5	1
PUNTAJE TOTAL				6/10

INTERPRETACION DE LA PUNTUACIÓN DE FISHER

PUNTUACIÓN	ESTADO FETAL	PRONÓSTICO	ENFOQUE CLÍNICO
8 - 10	Fisiológico	Favorable	Ninguno
5 - 7	Dudoso	Criterio profesional	Ocit *
< 4	Severa	Desfavorable	Extracción si es necesario

* Prueba de inducción con ocitocina

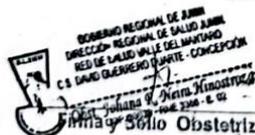
CONCLUSIONES:

T.S.	Negativo	Positivo	Reactivo	No Reactivo	Insatisfactorio	Sospechoso
T.N.S.	Activo	X Hipoactivo	X Reactivo	No Reactivo	Dudoso	

OBSERVACIONES: *Se evidencian 34500 y Distocia Funicular*

RECOMENDACIONES: Repetir en: *2da semana de embarazo* Inducción en: *1ra semana*

CST en: Otros: *1ra semana*

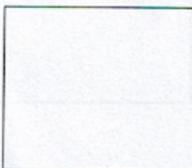


Firma y Sello Obstetrix responsable de realizar el examen

SE ADJUNTA TRAZADO CTE

PARA LECTURA POR NAC

Firma y Sello Médico responsable del informe

INFORME ESTADÍSTICO DEL NACIDO VIVO			
PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD			
4. DATOS DEL PARTO			
4.1 Atendió el Parto:	MÉDICO GINECO-OBSTETRA	4.2 Tipo Parto:	UNICO
		4.3 Condición Parto:	CESAREA
4.4 Tipo Seguro/Financiador:	SIS	4.5 Duración embarazo:	39 SEMANAS
5. DATOS ADICIONALES DE LA MADRE			
5.1 Fecha/Lugar nacimiento:	02/09/1995 - AMERICA / PERU / JUNIN / HUANCAYO / QUICHUAY		
5.2 Nivel de instrucción:	SECUNDARIA INCOMPLETA	5.3 Situación conyugal:	SOLTERO
5.4 Ocupación:	AMA DE CASA		
5.5 Embarazos e hijos:			
- N° Hijos actualmente vivos (incluido el recién nacido)	2	- N° Hijos nacidos vivos que fallecieron	0
		- N° Abortos y nacidos muertos	0
		- N° Total embarazos	2
5.6 Fecha Nacimiento hijo anterior nacido vivo:	--		
6. DATOS DEL NACIDO VIVO			
6.1 Sexo:	FEMENINO	6.2 Fecha nacimiento:	24/04/2023
6.4 Peso:	1565 g	6.5 Talla:	43 cm
6.7 Lugar de nacimiento:	ESTABLECIMIENTO DE SALUD - REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL "EL CARMEN" - JR. PUNO N° 951 - AMERICA / PERU / JUNIN / HUANCAYO / HUANCAYO		
		6.3 Hora:	20:44:00
		6.6 APGAR:	7, 8
		 93359309	
		Impresión Dactilar del profesional 	



“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”
 UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD
 FACULTAD DE OBSTETRICIA
 DECANATO



RESOLUCIÓN N° 536-2023-UNHEVAL/FObst-D

Huánuco, 31 de agosto de 2023.

VISTO:

Las Solicitudes S/N°, de fechas 16 y 17.AGO.2023, presentada por la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Obsteta. Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE, en siete (07) folios;

CONSIDERANDO:

Que, con Solicitudes S/N°, de fechas 16 y 17.AGO.2023, la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Obsteta. Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE, solicita nombramiento de asesor y exclusividad de tema para el Trabajo Académico titulado: **“SÍNDROME DE LA VENA CAVA INFERIOR DIAGNOSTICADO POR MONITOREO ELECTRÓNICO - CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DURANTE – CONCEPCIÓN – JUNÍN, 2023”**;

Que, con CARTA VIRTUAL N° 004-D-ASR-UNHEVAL-2023, de fecha 08.AGO.2023, la Mg. Ana María SOTO RUEDA, acepta asesorar a la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Obsteta. Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo Académico;

Que, mediante el Proveído Digital N° 479-2023-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 24.AGO.2023, se remite a la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, para que informe sobre la exclusividad de tema de la mencionada ex alumna;

Que, mediante Constancia N° 053-2023-MMF-Dul-FObst-UNHEVAL, de fecha de 24.AGO.2023, la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, informa PROCEDENTE la exclusividad de tema;

Que, de conformidad al Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL, aprobado mediante Resolución Consejo Universitario N° 3412-2022-UNHEVAL, de fecha 24 de octubre de 2022, en el Título III, de la Modalidad de Tesis, en su art. 35°, señala: *“El Bachiller que va a obtener el Título Profesional o el profesional que va a obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional, por la modalidad de tesis, debe solicitar al decano de la Facultad, mediante solicitud, en el último año de estudios, la designación de un asesor de tesis (docente ordinario o contratado), adjuntando un (1) ejemplar del proyecto de tesis cuantitativa, cualitativa o mixto, aprobado en el desarrollo de la asignatura de tesis o similar, con visto bueno del docente. Previamente deberá contar con la Constancia de Exclusividad del Tema que será expedida y remitida por la Unidad de Investigación de la Facultad”*;

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** la Exclusividad del Título del Trabajo Académico: **“SÍNDROME DE LA VENA CAVA INFERIOR DIAGNOSTICADO POR MONITOREO ELECTRÓNICO - CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DURANTE – CONCEPCIÓN – JUNÍN, 2023”**, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, **Obsta. Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE** y queda registrado en el cuaderno de Actas de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia.
- 2° **NOMBRAR** a la **Ana María SOTO RUEDA**, como Asesora del Trabajo Académico de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Obsteta. Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo Académico.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesada.

Regístrase, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
 FACULTAD DE OBSTETRICIA
 Dra. Ibeth C. Figueroa Sanchez
 DECANA

Distribución:
 UPROySA, DUI, Asesora, Interesada, Archivo.



“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”
UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO



RESOLUCIÓN N° 555-2023-UNHEVAL/FObst-D

Huánuco, 11 de setiembre de 2023.

VISTO:

La Solicitud S/N°, de fecha 02.SET.2023, presentada por la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, **Obsta. Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE**, en cuatro (04) folios, con proyecto de tesis en digital;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N° 536-2023-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 31.AGO.2023, se aprueba la exclusividad del Título del Trabajo Académico: **“SÍNDROME DE LA VENA CAVA INFERIOR DIAGNOSTICADO POR MONITOREO ELECTRÓNICO - CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DURANTE – CONCEPCIÓN – JUNÍN, 2023”**, y se nombra a la Mg. Ana María SOTO RUEDA, como Asesora del Trabajo Académico de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, **Obsta. Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE**, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo Académico;

Que, mediante Solicitud S/N°, de fecha 02.SET.2023, la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, **Obsta. Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE**, solicita designación de jurados del Trabajo Académico: **“SÍNDROME DE LA VENA CAVA INFERIOR DIAGNOSTICADO POR MONITOREO ELECTRÓNICO - CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DURANTE – CONCEPCIÓN – JUNÍN, 2023”**, bajo el asesoramiento de la Mg. Ana María SOTO RUEDA, quien informa que se encuentra en condiciones de ser revisado por el Jurado de Trabajo Académico;

Que, de conformidad al Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL, aprobado mediante Resolución Consejo Universitario N° 3412-2022-UNHEVAL, de fecha 24 de octubre de 2022, en el Título III, de la Modalidad de Tesis, Art. 37° 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 (03) 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 (03) 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; 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, mediante Proveído Digital N° 507-2023-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 06.SET.2023, se remite a la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, para la propuesta de Jurados del Trabajo Académico de la exalumna mencionada, según la base de datos de la Unidad de investigación;

Que, mediante Informe Virtual N° 055-2023-MMF-Dul-FObst-UNHEVAL, de fecha de recepción 11.SET.2023, la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, remite la propuesta de los jurados del trabajo académico, integrado de la siguiente manera: Dra. CASTAÑEDA EUGENIO, Nancy Elizabeth; Dra. MELGAREJO FIGUEROA, María del Pilar; Dra. FIGUEROA SANCHEZ, Ibeth Catherine y Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela, y;

...///



“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”
UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO



///... **RESOLUCIÓN N° 555-2023-UNHEVAL/FObst-D**

-2-

SE RESUELVE:

- 1° **DESIGNAR** Jurados del Trabajo Académico: “**SÍNDROME DE LA VENA CAVA INFERIOR DIAGNOSTICADO POR MONITOREO ELECTRÓNICO - CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DURANTE – CONCEPCIÓN – JUNÍN, 2023**”, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, **Obsta. Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE**, debiendo el jurado estar integrado de la siguiente manera, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución:
- Presidente: Dra. CASTAÑEDA EUGENIO, Nancy Elizabeth
 Secretaria: Dra. MELGAREJO FIGUEROA, María del Pilar
 Vocal: Dra. FIGUEROA SÁNCHEZ, Ibeth Catherine
 Accesitaria: Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela
- 2° **DISPONER**, que los docentes designados **informen colegiadamente al Decano en un plazo no mayor de quince (15) días calendarios**, sobre la suficiencia del trabajo académico.
- 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:
 UPROySA
 DUI
 Jurados (4)
 Asesora
 Interesada
 Archivo



“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”
UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO
VALDIZÁN”

Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD



FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO

RESOLUCIÓN N° 684-2023-UNHEVAL/FObst-D

Huánuco, 14 de diciembre de 2023.

VISTO:

El Proveído N° 150-2023-UNHEVAL/FOBST-CEGESA-CG, de fecha 14.DIC.2023, de la Coordinadora General del Centro Generador de Servicios Académicos de la Facultad de Obstetricia, en siete (07) folios;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N° 536-2023-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 31.AGO.2023, se aprueba la exclusividad del Título del Trabajo Académico: “SÍNDROME DE LA VENA CAVA INFERIOR DIAGNOSTICADO POR MONITOREO ELECTRÓNICO - CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DURANTE – CONCEPCIÓN – JUNÍN, 2023”, y se nombra a la Mg. Ana María SOTO RUEDA, como Asesora del Trabajo Académico de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo Académico;

Que, mediante Resolución N° 555-2023-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 11.SET.2023, se DESIGNA Jurados del Trabajo Académico de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE, integrado de la siguiente manera: Presidente: Dra. CASTAÑEDA EUGENIO, Nancy Elizabeth; Secretaria: Dra. MELGAREJO FIGUEROA, María del Pilar; Vocal: Dra. FIGUEROA SÁNCHEZ, Ibeth Catherine y Accesitaria: Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela;

Que, con Informe Colectivo N° 18-2023-JE-FObst-UNHEVAL, de fecha 13.DIC.2023, la Dra. CASTAÑEDA EUGENIO, Nancy Elizabeth (Presidente); Dra. MELGAREJO FIGUEROA, María del Pilar (Secretaria) y la Dra. FIGUEROA SÁNCHEZ, Ibeth Catherine (Vocal); Jurados Evaluadores del Proyecto de Trabajo Académico indican que se encuentra APTO para su aprobación y ejecución;

Que, con Proveído N° 150-2023-UNHEVAL/FOBST-CEGESA-CG, de fecha 14.DIC.2023, la Coordinadora General del Centro Generador de Servicios Académicos de la Facultad de Obstetricia, remite la solicitud S/N°, de fecha 14.DIC.2023, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE, 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: “SÍNDROME DE LA VENA CAVA INFERIOR DIAGNOSTICADO POR MONITOREO ELECTRÓNICO - CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DURANTE – CONCEPCIÓN – JUNÍN, 2023”, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, **Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE**, asesorada por la Mg. Ana María SOTO RUEDA, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° **INSCRIBIR** el Proyecto de Trabajo Académico indicado en el Repositorio de la Unidad de Investigación de la Facultad, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir del **13.DIC.2023**.
- 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
Ibeth Figueroa
Dra. Ibeth C. Figueroa Sánchez
DECANA

DISTRIBUCIÓN: UPROySA, 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° 123-2024-UNHEVAL/FOBst-D

Huánuco, 26 de febrero del 2024.

VISTO:

El FÚT S/N°, de fecha 26.FEB.2024, presentada por la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE, en ocho (08) folios, con su Trabajo Académico en digital;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad al Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL, aprobado mediante Resolución Consejo Universitario N° 3412-2022-UNHEVAL, de fecha 24 de octubre de 2022, Título III, de la Modalidad de Tesis, en su Art. 44°, señala: *“Una vez que los miembros del Jurado de Tesis informen al Decano acerca de la suficiencia del trabajo de tesis para su sustentación, el interesado presentará una solicitud dirigida al Decano(a) pidiendo se fije lugar, fecha y hora para el acto de sustentación”*; Título VII: Procedimiento de la Sustentación del Grado y Título, en su Art. 75°, señala: *El decano emitirá la resolución fijando el lugar, fecha y hora para la sustentación del Trabajo de Investigación, Tesis, Tesis Proyectual Aplicada a Proyectos Arquitectónicos, Artículo Científico, Trabajo de Suficiencia Profesional o Trabajo Académico, según corresponda en acto público,...y, en su Art. 80°, menciona: “Concluido el proceso de Sustentación el Jurado informa al Decano sobre el resultado de la sustentación, remitiendo el acta correspondiente”*;

Que, mediante Resolución N° 536-2023-UNHEVAL/FOBst-D, de fecha 31.AGO.2023, se aprueba la exclusividad del Título del Trabajo Académico: *“SÍNDROME DE LA VENA CAVA INFERIOR DIAGNOSTICADO POR MONITOREO ELECTRÓNICO - CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DUARTE – CONCEPCIÓN – JUNÍN, 2023”*, y se nombra a la Mg. Ana María SOTO RUEDA, como Asesora del Trabajo Académico de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo Académico;

Que, mediante Resolución N° 555-2023-UNHEVAL/FOBst-D, de fecha 11.SET.2023, se DESIGNA Jurados del Trabajo Académico de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE, integrado de la siguiente manera: Presidente: Dra. CASTAÑEDA EUGENIO, Nancy Elizabeth; Secretaria: Dra. MELGAREJO FIGUEROA, María del Pilar; Vocal: Dra. FIGUEROA SÁNCHEZ, Ibeth Catherine y Accesitaria: Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela;

Que, mediante Resolución N° 684-2023-UNHEVAL/FOBST-D, de fecha 14.DIC.2023, se resuelve 1° APROBAR el Proyecto de Trabajo Académico, titulado: *“SÍNDROME DE LA VENA CAVA INFERIOR DIAGNOSTICADO POR MONITOREO ELECTRÓNICO - CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DUARTE – CONCEPCIÓN – JUNÍN, 2023”*, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE ...; y 2° INSCRIBIR el Proyecto de Trabajo Académico indicado en el Repositorio de la Unidad de Investigación de la Facultad, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir del 13.DIC.2023;

Que, con Informe Colegiado N° 001-2024-NECE/MPMF/ICFS-FOBst-UNHEVAL, de fecha 20.FEB.2024, la Dra. CASTAÑEDA EUGENIO, Nancy Elizabeth (Presidente); Dra. MELGAREJO FIGUEROA, María del Pilar (Secretaria); Dra. FIGUEROA SÁNCHEZ, Ibeth Catherine (Vocal); 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 FÚT S/N°, de fecha 26.FEB.2024, la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE, solicita fijar fecha y hora para la sustentación de su Trabajo Académico;

Que, mediante Proveído N° 037-2024-UNHEVAL/FOBST-CEGESA-CG, de fecha 26.FEB.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-S/UNEDU/CD



**FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO**

...// RESOLUCIÓN N° 123-2024-UNHEVAL/FObst-D

-2-

Que la Decana, analizado los actuados, y en merito a los documentos, da procedente la Solicitud S/N°, de fecha 26.FEB.2024, presentada por la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE, declarando expedito a la ex alumna mencionada; fijar fecha, hora y lugar para la sustentación de trabajo académico y comunicar a los miembros del Jurado y Asesora; 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° **DECLARAR** expedito a la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE, para la sustentación de su Trabajo Académico; por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° **FIJAR** fecha, hora, lugar para la sustentación de Trabajo Académico titulado: "**SÍNDROME DE LA VENA CAVA INFERIOR DIAGNOSTICADO POR MONITOREO ELECTRÓNICO - CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DUARTE – CONCEPCIÓN – JUNÍN, 2023**", de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, **Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE**, siendo:
DÍA : Miércoles, 28 de febrero del 2024
HORA : 16:30 horas.
LUGAR : Facultad de Obstetricia
LINK :
<https://unheval.webex.com/unheval/j.php?MTID=m94e9595a48e64d435dfb93bdeaaafbfaf>
- 3° **COMUNICAR** a los miembros del Jurado de Trabajo Académico, estando conformado de la siguiente manera:
Presidente : Dra. CASTAÑEDA EUGENIO, Nancy Elizabeth
Secretaria : Dra. MELGAREJO FIGUEROA, Maria del Pilar
Vocal : Dra. FIGUEROA SÁNCHEZ, Ibeth Catherine
Accesitaria : Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela
Asesora : Mg. SOTO RUEDA, Ana María
- 4° **DISPONER** que los miembros del Jurado de Trabajo Académico deberán ceñirse a lo estipulado en el Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL.

Regístrese, comuníquese y archívese.


 Dra. Ibeth C. Figueroa Sánchez
 DECANA

DISTRIBUCIÓN:

CGyT, UPROySA, UIFObst, Jurados, Asesora, Interesada, Archivo.



UNHEVAL
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

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 EN MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA

A través de la Plataforma del Cisco Webex con el link: <https://unheval.webex.com/unheval/j.php?MTID=m94e9595a48e64d435dfb93bdeaaafbfaf> de la Facultad de Obstetricia de la UNHEVAL, siendo las 16:30 horas del día miércoles 28 de febrero del 2024, nos reunimos, los miembros integrantes del Jurado Evaluador:

Dra. Nancy Elizabeth CASTANEDA EUGENIO	PRESIDENTE
Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA	SECRETARIA
Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SÁNCHEZ	VOCAL

Acreditados mediante Resolución N° 555-2023-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 11 de setiembre del 2023, de Trabajo Académico titulada "SÍNDROME DE LA VENA CAVA INFERIOR DIAGNOSTICADO POR MONITOREO ELECTRÓNICO - CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DUARTE – CONCEPCIÓN – JUNÍN, 2023", presentada por la titulado **Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE**, con el asesoramiento de la docente **Mg. Ana María SOTO RUEDA**, 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 titulado, teniendo presente los siguientes criterios:

1. Presentación
2. Exposición y dominio del tema
3. Absolución de preguntas

Nombre y Apellido de la Titulado	Jurado Evaluador			Promedio Final
	Presidente	Secretaria	Vocal	
Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE	16	16	16	16

Obteniendo en consecuencia la titulado **Geovana Miriam ANCHIRAICO ALDERETE** la nota ____ (16), equivalente a Dieciséis, por lo que se declara Aprobada

Calificación que se realiza de acuerdo con el Art. 78° del Reglamento General de Grados y Títulos Modificado de la UNHEVAL.

Se da por finalizado el presente acto, siendo las 17:25' horas del día miércoles 28 de febrero del 2024, firmando en señal de conformidad.


PRESIDENTE
DNI N° 22494508


SECRETARIA
DNI N° 22503110


VOCAL
DNI N° 22499099

Leyenda:
19 a 20: Excelente



*"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° 007-2024-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 11% de similitud, correspondiente a la interesada: ANCHIRAICO ALDERETE, GEOVANA MIRIAM del Trabajo Académico: SÍNDROME DE LA VENA CAVA INFERIOR DIAGNOSTICADO POR MONITOREO ELECTRÓNICO - CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DUARTE – CONCEPCIÓN – JUNÍN, 2023. Considerado como asesora la Mg. SOTO RUEDA, Ana María.

DECLARANDO APTO

Se expide la presente, para los trámites pertinentes

Pillco Marca, 26 de Febrero del 2024

 UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZAN
FACULTAD DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Dr. Víctor Quispe Sulca
DIRECTOR

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
"SINDROME DE LA VENA CAVA INFERIOR DIAGNOSTICADO POR MONITOREO ELÉCTRÓNICO-CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DUARTE – CONCEPCION - JUNIN, 2023	GEOVANA MIRIAM ANCHIRAICO ALDERETE
RECuento DE PALABRAS	RECuento DE CARACTERES
10643 Words	60657 Characters
RECuento DE PÁGINAS	TAMAÑO DEL ARCHIVO
51 Pages	1.1MB
FECHA DE ENTREGA	FECHA DEL INFORME
Feb 26, 2024 12:08 PM GMT-5	Feb 26, 2024 12:09 PM GMT-5

● **11% de similitud general**

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

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% 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
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 15 palabras)



Reporte de similitud● **11% de similitud general**

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% 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	docplayer.es Internet	3%
2	repositorio.unheval.edu.pe Internet	2%
3	es.slideshare.net Internet	1%
4	revmedmilitar.sld.cu Internet	1%
5	repositorio.ucam.edu Internet	<1%
6	revistasochog.cl Internet	<1%
7	pt.slideshare.net Internet	<1%
8	icarectg.com Internet	<1%

Reporte de similitud

9	doaj.org Internet	<1%
10	scielo.br Internet	<1%
11	fulldietas.byethost31.com Internet	<1%



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

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

Pregrado		Segunda Especialidad	X	Posgrado:	Maestría		Doctorado	
-----------------	--	-----------------------------	----------	------------------	----------	--	-----------	--

Pregrado (tal y como está registrado en SUNEDU)

Facultad	
Escuela Profesional	
Carrera Profesional	
Grado que otorga	
Título que otorga	

Segunda especialidad (tal y como está registrado en SUNEDU)

Facultad	OBSTETRICIA
Nombre del programa	MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA
Título que Otorga	TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA

Posgrado (tal y como está registrado en SUNEDU)

Nombre del Programa de estudio	
Grado que otorga	

2. Datos del Autor(es): (Ingrese todos los datos requeridos completos)

Apellidos y Nombres:	ANCHIRAICO ALDERETE GEOVANA MIRIAM							
Tipo de Documento:	DNI	<input checked="" type="checkbox"/>	Pasaporte	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	Nro. de Celular:	951313714
Nro. de Documento:	43958860						Correo Electrónico:	geovananchiraicoalderete2022@gmail.com

Apellidos y Nombres:								
Tipo de Documento:	DNI	<input type="checkbox"/>	Pasaporte	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	Nro. de Celular:	
Nro. de Documento:							Correo Electrónico:	

Apellidos y Nombres:								
Tipo de Documento:	DNI	<input type="checkbox"/>	Pasaporte	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	Nro. de Celular:	
Nro. de Documento:							Correo Electrónico:	

3. Datos del Asesor: (Ingrese todos los datos requeridos completos según DNI, no es necesario indicar el Grado Académico del Asesor)

¿El Trabajo de Investigación cuenta con un Asesor?: (marque con una "X" en el recuadro del costado, según corresponda)	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO					
Apellidos y Nombres:	SOTO RUEDA ANA MARIA			ORCID ID:	https://orcid.org/0009-0006-9755-377X			
Tipo de Documento:	DNI	<input checked="" type="checkbox"/>	Pasaporte	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	Nro. de documento:	16764303

4. Datos del Jurado calificador: (Ingrese solamente los Apellidos y Nombres completos según DNI, no es necesario indicar el Grado Académico del Jurado)

Presidente:	CASTAÑEDA EUGENIO NANCY ELIZABETH
Secretario:	MELGAREJO FIGUEROA MARIA DEL PILAR
Vocal:	FIGUEROA SANCHEZ IBETH CATHERINE
Vocal:	
Vocal:	
Accesitario	HILARIO PORRAS NELLY ADELA



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

a) Soy Autor (a) (es) del Trabajo de Investigación Titulado: (Ingrese el título tal y como está registrado en el Acta de Sustentación)
SÍNDROME DE LA VENA CAVA INFERIOR DIAGNOSTICADO POR MONITOREO ELECTRÓNICO - CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DUARTE – CONCEPCIÓN- JUNÍN, 2023
b) El Trabajo de Investigación fue sustentado para optar el Grado Académico ó Título Profesional de: (tal y como está registrado en SUNEDU)
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA
c) El Trabajo de investigación no contiene plagio (ninguna frase completa o párrafo del documento corresponde a otro autor sin haber sido citado previamente), ni total ni parcial, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias.
d) El trabajo de investigación presentado no atenta contra derechos de terceros.
e) El trabajo de investigación no ha sido publicado, ni presentado anteriormente para obtener algún Grado Académico o Título profesional.
f) Los datos presentados en los resultados (tablas, gráficos, textos) no han sido falsificados, ni presentados sin citar la fuente.
g) Los archivos digitales que entrego contienen la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado.
h) Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (en adelante LA UNIVERSIDAD), cualquier responsabilidad que pudiera 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 la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo 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 mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

6. Datos del Documento Digital a Publicar: (Ingrese todos los **datos** requeridos **completos**)

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 Ley Universitaria con la que inició sus estudios)	Tesis	Tesis Formato Artículo	Tesis Formato Patente de Invención		
	Trabajo de Investigación	Trabajo de Suficiencia Profesional	Tesis Formato Libro, revisado por Pares Externos		
	Trabajo Académico	X Otros (especifique modalidad)			
Palabras Clave: (solo se requieren 3 palabras)	monitorización	síndrome	vena		
Tipo de Acceso: (Marque con X según corresponda)	Acceso Abierto	X	Condición Cerrada (*)		
	Con Periodo de Embargo (*)		Fecha de Fin de Embargo:		
¿El Trabajo de Investigación, fue realizado en el marco de una Agencia Patrocinadora? (ya sea por financiamientos de proyectos, esquema financiero, beca, subvención u otras; marcar con una "X" en el recuadro del costado según corresponda):			SI	NO	X
Información de la Agencia Patrocinadora:					

El trabajo de investigación en digital y físico tienen los mismos registros del presente documento como son: Denominación del programa Académico, Denominación del Grado Académico o Título profesional, Nombres y Apellidos del autor, Asesor y Jurado calificador tal y como figura en el Documento de Identidad, Título completo del Trabajo de Investigación y Modalidad de Obtención del Grado Académico o Título Profesional según la Ley Universitaria con la que se inició los estudios.



7. Autorización de Publicación Digital:

A través de la presente. Autorizo de manera gratuita a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán a publicar la versión electrónica de este Trabajo de Investigación en su Biblioteca Virtual, Portal Web, Repositorio Institucional y Base de Datos académica, 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. Se autoriza cambiar el contenido de forma, más no de fondo, para propósitos de estandarización de formatos, como también establecer los metadatos correspondientes.

Firma:			
Apellidos y Nombres:	ANCHIRAICO ALDERETE GEOVANA MIRIAM		Huella Digital
DNI:	43958860		
Firma:			
Apellidos y Nombres:			Huella Digital
DNI:			
Firma:			
Apellidos y Nombres:			Huella Digital
DNI:			
Fecha: 01/03/24			

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) y Declaración Jurada.
- ✓ Cada uno de los datos requeridos en este formato, es de carácter obligatorio según corresponda.