



---

**RE: Contestación demanda y solicitud de plazo para aportar dictamen pericial, RADICACIÓN: 76-147-31-03-001-2024-00157-00**


---

**Desde** Luis Aguirre <lgaguirre@equipojuridico.com.co>

**Fecha** Jue 27/02/2025 09:48 AM

**Para** Juzgado 01 Civil Circuito - Valle del Cauca - Cartago <j01cccartago@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**CC** miltino11@hotmail.com <miltino11@hotmail.com>; letty Fernanda Arboleda Cordoba <juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co>; lichitalu@hotmail.com <lichitalu@hotmail.com>

 2 archivos adjuntos (9 MB)

Contestacion Demanda y anexos.pdf; Memorial para aportar Dictamen pericial de parte Dra Luisa R. Toro.pdf;

PSI.

---

**De:** Luis Aguirre

**Enviado:** jueves, 27 de febrero de 2025 9:45 a. m.

**Para:** j01cccartago@cendoj.ramajudicial.gov.co <j01cccartago@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**Cc:** miltino11@hotmail.com <miltino11@hotmail.com>; juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co <juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co>; lichitalu@hotmail.com <lichitalu@hotmail.com>

**Asunto:** Contestación demanda y solicitud de plazo para aportar dictamen pericial, RADICACIÓN: 76-147-31-03-001-2024-00157-00

**Señores**

**JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGO**

**Ciudad.**

[j01cccartago@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j01cccartago@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E.S.D

**REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

**DEMANDANTE: DIANA CAMILA GIRALDO CORREA**

**DEMANDADOS: LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO**

**RADICACIÓN: 76-147-31-03-001-2024-00157-00.**

**LUIS GUILLERMO AGUIRRE MOLINA**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.047.390.082 de Cartagena y portador de la tarjeta profesional No. 189.086 del C.S.J, obrando como apoderado de la **DRA. LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO**, en su calidad de **DEMANDADA** dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito cumpla con lo requerido aportando escrito de contestación de demanda con anexos descriptados y memorial **solicitando plazo para presentar dictamen** dentro del término legal, **para lo cual se anexan los siguientes documentos en formato PDF:**

**Contestación Demanda y anexos, 231 Folios.**

**Memorial para solicitando plazo para presentar dictamen, 2 Folios.**



LUIS GUILLERMO AGUIRRE MOLINA  
ABOGADO  
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA  
Cra 7 No 19-28, Of 403  
Móvil: 310-8838681 Oficina: (57-606) 3255267 Ext. 110  
Correo electrónico lgaguirre@equipojuridico.com.co  
Pereira - Colombia

Señores

**JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGO**

**Ciudad.**

**j01cccartago@cendoj.ramajudicial.gov.co**

E.S.D

**REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

**DEMANDANTE: DIANA CAMILA GIRALDO CORREA**

**DEMANDADOS: LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO**

**RADICACIÓN: 76-147-31-03-001-2024-00157-00.**

**LUIS GUILLERMO AGUIRRE MOLINA**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.047.390.082 de Cartagena y portador de la tarjeta profesional No. 189.086 del C.S.J, obrando como apoderado de la **DRA. LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO**, en su calidad de **DEMANDADA** dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito me permito reiterar la solicitud procesal presentada con la contestación de la demanda, con la siguiente respetuosa

### **PETICIÓN**

#### **DICTAMEN DE PARTE**

De conformidad con lo dispuesto en el artículo artículos 227 y siguientes del Código General del proceso, me permito manifestarle su señoría, que pretendemos aportar al proceso **DICTAMEN PERICIAL DE PARTE, que será emitido por MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA**, para lo cual, es insuficiente el termino para contestar la demanda para aportar dicho DICTAMEN.

De acuerdo con lo anterior, SOLICITO a su señoría concederme un tiempo prudencial que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días, para aportar el DICTAMEN PERICIAL DE PARTE que será emitido por MÉDICO ESPECIALISTA EN **GINECOLOGÍA**, de conformidad con las normas que regulan dicha prueba.

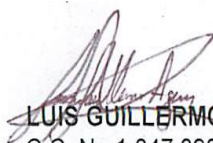
LUIS GUILLERMO AGUIRRE MOLINA  
ABOGADO  
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA  
Cra 7 No 19-28, Of 403  
Móvil: 310-8838681 Oficina: (57-606) 3255267 Ext. 110  
Correo electrónico lgaguirre@equipojuridico.com.co  
Pereira - Colombia

**Me permito copiar el artículo 227 del Código General del Proceso que permite lo solicitado:**

***“ARTÍCULO 227. DICTAMEN APORTADO POR UNA DE LAS PARTES. La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas. Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días. En este evento el juez hará los requerimientos pertinentes a las partes y terceros que deban colaborar con la práctica de la prueba. (Subrayas y negrillas son mías).***

*El dictamen deberá ser emitido por institución o profesional especializado”*

Del señor Juez, Atentamente,

  
LUIS GUILLERMO AGUIRRE MOLINA  
C.C. No.1.047.390.082

T.P No. 189086 del C.S.de la J.



LUIS GUILLERMO AGUIRRE MOLINA  
ABOGADO  
RESPONSABILIDAD CIVIL - RESPONSABILIDAD MÉDICA  
Cra 7 No 19-28, Of 403  
Móvil: 310-8838681 Oficina: (57-606) 3255267 Ext. 110  
Correo electrónico lgaguirre@equipojuridico.com.co  
Pereira - Colombia

---

Señores  
JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGO  
Ciudad.  
j01cccartago@cendoj.ramajudicial.gov.co  
E.S.D

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
DEMANDANTE: DIANA CAMILA GIRALDO CORREA  
DEMANDADOS: LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO  
RADICACIÓN: 76-147-31-03-001-2024-00157-00.

LUIS GUILLERMO AGUIRRE MOLINA, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.047.390.082 de Cartagena y portador de la tarjeta profesional No. 189.086 del C.S.J, obrando como apoderado de la **DRA. LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO**, en su calidad de **DEMANDADA** dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito me permito contestar dentro del término legal, la demanda planteado por **DIANA CAMILA GIRALDO CORREA**, manifestando desde ya, que me opongo a las declaraciones y pretensiones de la demanda por carecer de fundamento legal, contractual y factico.


**I. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

**AL HECHO 1: NO NOS CONSTA.** Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho, no haré referencia alguna al respecto.

**AL HECHO 2: NO NOS CONSTA.** Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho, no haré referencia alguna al respecto.

**AL HECHO 3: NO NOS CONSTA.** Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho, no haré referencia alguna al respecto.

**AL HECHO 4: NO ES CIERTO QUE LA PACIENTE** haya sido atendida solo hasta las 9:00 am, toda vez que, según registros de historia clínica del día en mención, a las 8:00 ya existían reportes de monitoria fetal los cuales se arrojaban resultados de bienestar fetal del feto que se encontraba por nacer, situación que me permito demostrar a continuación:



HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

CALI - CARTAGO

FORMATO TOMA DE MONITORIA FETAL

Código: ENF-F-44-026

Vigencia: FEBRERO-2023

Versión: 01

Páginas: Página 1 de 1

NOMBRE PACIENTE: Diana Carolina Giraldo

HISTORIA CLINICA 125049

IDENTIFICACIÓN: 1113595181

EDAD: 27 años

FECHA: 13/01/2024

HORA INICIO DE LA PRUEBA: 8:00 AM

☒ PM

☐

G: 1

P:

A:

C:

V:

M:

EDAD GESTACIONAL: 40 SEMANAS 3 DIAS

Historia Clínica Indicación del Estudio:

RESULTADO DEL ESTUDIO

Duración de la Prueba: 20 min.

FCF Basal: 130

Latidos x min

AMPLITUD (Variabilidad) moderada

Movimiento Fetales (#): 3

Reactivos (#): 3

Actividad Uterina de Parto: SI ☒ NO ☐ Regular 3 x 10 min

DESACELERACIONES: SI ☐ NO ☒ Espontáneas con la contratación Uterina

TIPO DE DESACELERACIÓN: Variable ☐ Temprana ☐ Tardía ☐

INTERPRETACIONES DEL ESTUDIO

MONITORIA FETAL ANTEPARTO

( ☒ ) REACTIVA ( ) NO REACTIVA ( ) NO SATISFACTORIA

MONITORIA FETAL INTRAPARTO

CATEGORIA I: ☒ CATEGORIA II: ☐ CATEGORIA III: ☐

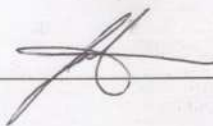
Información Adicional: Dilatación, borramiento, estación, líquido amniótico

D (cm): 2 B (%): 60 E (Plano): ~~1~~ L.A. (aspecto): membrana íntegra

ANÁLISIS Y PLAN:

Amb 1, buen estado fetal

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL:



En cuanto a la manifestación de la solicitud de cesaría por parte de la paciente es necesario precisar lo siguiente: LAS CESAREAS, no se definen como “UN DERECHO” de las pacientes

---

gestantes, son cirugías mayores, con una alta tasa de complicación materna y perinatal que tiene además indicaciones expresas las cuales no presentaba la paciente **DIANA CAMILA GIRALDO CORREA, situación que procederé a detallar a continuación:**

La paciente Diana Camila Giraldo ingreso al servicio de ginecología del hospital San Juan de Dios sede Cartago el día 13.01.24 a las 06+59 horas con gestación de termino, 40,3 semanas por indicación de asistir para inducción del trabajo de parto y con inicio de dinámica uterina irregular según se encuentra consignado en historia clínica de medicina general, quien además en ese momento solicitó interconsulta por el área de ginecología.

Para la fecha, mi poderdante la **DRA. LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO** se encontraba en el turno como ginecoobstetra, Valoró a la paciente durante ronda medica de la mañana y consignó esta valoración en nota de las 10+20 horas de ese día como consta en la historia clínica, encontrando bienestar fetal y materno, describió talla menor de 1.50 y seguidamente registró pelvimetria clínica favorable; es necesario aclarar que la talla no es una indicación de cesarea perse, no es un factor estrictamente decisivo de la vía de parto en mujeres sin condiciones maternas o fetales que indiquen cesárea, por otro lado, la pelvimetria clínica es una herramienta semiológica y clínica de gran valor para predecir la posibilidad de terminar la gestación por vía vaginal y para el caso de la paciente Diana Camila se trataba de una pelvis favorable, es decir apta para prueba de parto vaginal como consta la Historia clínica.

La anotación expresa de la talla se hace por comentario suscitado durante la valoración por la misma paciente y su acompañante acerca de ser ella una mujer de talla baja y necesitar cesárea por un producto de gestación presuntamente grande.

A este respecto la ultima ecografía obstétrica de la paciente fue realizada el 12.12.23 con información de peso estimado fetal (PEF) de 2474 gramos creciendo en percentil 18.6; peso y percentil de crecimiento NORMALES y que no denotan macrosomia, ni feto grande para la edad gestacional.

La altura uterina consignada en la valoración de ingreso de ese mismo día fue normal: 35.5 cms y el peso del producto según registros historia clínica de clínica Comfamiliar Risaralda fue de 2910 gramos, datos que permiten descartar la hipótesis de feto grande.

Es importante mencionar también, que en valoración especializada por ginecoobstetricia en control prenatal del hospital San Juan de Dios, la Dra. Vélez, en historia clínica del 27.12.23 consigna gestación de 38 semanas, refirió que la vía de parto hasta ese momento sería **LA VIA VAGINAL** , y que posteriormente en el servicio de ginecoobstetricia se evaluaría, como en efecto se hizo en ese momento; es decir que no se planteó un plan de parto con vía cesárea desde la valoración por ginecoobstetricia en el control prenatal.

Al momento de la valoración realizada por mi poderdante, La paciente se encontraba iniciando fase latente del trabajo de parto con dinámica irregular de baja intensidad por lo que estaba indicada la conducción o refuerzo de la actividad uterina con oxitocina en

gestaciones de termino mayores de 40 semanas, medicamento que incrementa la actividad contráctil del miometrio en pro de avanzar en la progresión del trabajo de parto, la cual fue administrada de acuerdo a lo establecido en protocolos y lex artis.

El trabajo de parto fue vigilado, como consta en la tabla de fetocardias a cargo de enfermería con registro horario desde las 09+00 horas hasta las 16+00 horas. Registros todos normales, tal como me permito demostrar a continuación:

FETOCARDIAS		
FECHA	HORA	FCF
13 ene 24	09:00	137 Lx'
13 ene 24	10:00	140 Lx'
13 ene 24	11:00	130 Lx'
13 ene 24	12:00	132 Lx'
13 ene 24	13:00	130 Lx'
13 ene 24	14:00	153 Lx'
13 ene 24	15:00	140 Lx'
13 ene 24	16:00	132 Lx'

A las 11+35 horas se realiza amniotomia con descripción de liquido amniótico claro, la amniotomia hace parte de las maniobras mecánicas para inducción del parto y está indicada como parte de la conducción del mismo, es además la maniobra que permite conocer las características del líquido amniótico como factor pronostico perinatal.

Durante la vigilancia del trabajo de parto se describe la paciente como algica, con mal patrón respiratorio y con pujo anticipado.

Es necesario insistir que en este caso no existían indicaciones para ordenar una cesárea, La vía ideal del parto no es la que parezca más expedita, es aquella que reviste menos riesgos y es fisiológica. Lo primero que se hace es evaluar la paciente, lo cual se hizo de manera ordenada y apegada a los estándares científicos actuales, después se analizó la condición clínica de ese momento y al encontrarse “una paciente primigesta a término con bienestar materno y fetal in útero por clínica y monitoria fetal ante parto categoría ACOG 1 (tranquilizador) con cambios cervicales mínimos y sin otro factor de riesgo obstétrico que implicase finalización de la gestación inmediata, se procede a iniciar proceso de conducción medica del trabajo de parto, como está indicado en la lex artis. En este caso debemos tener claro que no había indicaciones de intervención quirúrgica. De acuerdo con las circunstancias de tiempo, modo y lugar no hubo forma de prever la evolución que presentó la paciente. No es dado analizar la situación partiendo del conocimiento que se tiene de la evolución final. Se debe analizar el caso con fundamento en datos objetivos durante la atención en cada etapa de la evolución de esta paciente los cuales seguiré describiendo a continuación.

La paciente alcanza 5 contracciones en 10 minutos con un aporte de oxitocina a 12 mu/minuto, por lo que se ordena no continuar titulación del medicamento (entiéndase no aumentar), no presento durante la vigilancia perdida de bienestar fetal ni desaceleraciones, es decir, no hubo en ningún momento diagnostico de estado fetal no tranquilizador que indicara inicio de maniobras de reanimación inutero.

El trabajo de parto evolucionó de manera adecuada, todo el tiempo se mantuvo dentro de la curva de alerta según el CLAP, el parto se concretó luego de 9 horas y 42 minutos con monitorias fetales descritas como categoría ACOG 1, con un periodo expulsivo de difícil manejo por una prensa abdominal pobre, con una pelvis amplia y un peso fetal normal, dándose como resultado un recién nacido en malas condiciones que no podía predecirse ni evitarse tras una evolución adecuada de las fases latente y activa del trabajo de parto.

En este caso, en ningún momento se presentó una distocia mecánica tipo detención del descenso o de la dilatación y la progresión fue normal, el desenlace perinatal adverso fue fortuito y producto de asfixia perinatal no prevenible.

En la atención del parto de esta paciente, se dio aplicación al protocolo de parto humanizado, en consecuencia, durante el proceso del mismo estuvo acompañada de su pareja, y en presencia y participación de una especialista en pediatría que recibió el neonato tan pronto como nació para iniciar la adaptación y maniobras de reanimación requeridas, con posterior indicación de remisión a unidad de cuidado neonatal.

La paciente estuvo bajo monitorización fetal permanente, sin embargo, está sustentado en la literatura que los resultados de monitoreo fetal continuo vs intermitente en embarazos tanto de alto como de bajo riesgo no han mostrado diferencias estadísticamente significativas en la tasa de resultados satisfactorios o adversos y si han mostrado incremento en el número de cesáreas o procedimientos de instrumentación del parto innecesarios y con alta carga mórbida.

**AL HECHO 5: NO ES CIERTO**, en ninguno de los registros de historia clínica del día 13.01.24 existe reporte de estado fetal no tranquilizador en las fases latente y activa del trabajo de parto situación que se puede corroborar a través del monitoreo fetal que me permito anexar a continuación:

FETOCARDIAS		
FECHA	HORA	FCF
13 ene 24	09:00	137 Lx'
13 ene 24	10:00	140 Lx'
13 ene 24	11:00	130 Lx'
13 ene 24	12:00	132 Lx'
13 ene 24	13:00	130 Lx'
13 ene 24	14:00	153 Lx'
13 ene 24	15:00	140 Lx'
13 ene 24	16:00	137 Lx'

Así las cosas, es claro que lo mencionado **NO SE TRATA DE UN HECHO** se trata de apreciaciones subjetivas que hace la parte demandante que son ajenas a la verdad real y procesal la cual quedará desvirtuada a través de las pruebas documentales, periciales y testimoniales que se desarrollaran en el presente proceso.

**AL HECHO 6: ES NECESARIO ACLARA QUE,** el bebe **NACIO VIVO** y muere horas más tarde producto de complicaciones asociadas a asfixia perinatal la cual se puede presentar por múltiples razones, de las cuales se descarta el estado fetal no tranquilizador en las fases del expulsivo ya que en ninguno de los registros de historia clínica del día 13.01.24 existe reporte estado fetal no tranquilizador o **“Sufrimiento fetal como lo llama el demandante”** en las fases latente y activa del trabajo de parto situación que se puede corroborar a través del monitoreo fetal.

**AL HECHO 7: NO SE TRATA DE UN HECHO,** se trata de apreciaciones subjetivas que hace la parte demandante que son ajenas a la verdad real y procesal la cual quedará desvirtuada a través de las pruebas documentales, periciales y testimoniales que se desarrollaran en el presente proceso.

Aunado a lo anterior es necesario resaltar que la sospecha de estado fetal no tranquilizador se da por evidencia clínica y la principal sospecha es la alteración de la frecuencia cardiaca fetal **Y TODAS LAS FETOCARDIAS** del bebe reportaron rangos de normalidad, Ante esto no hay manera de decir que éxito **“sufrimiento fetal como lo llaman los demandates”**

Así las cosas es claro que a la paciente y al bebe que estaba por nacer se le realizó La vigilancia en el desarrollo del trabajo de parto, y ningún dato de los reportados indicaban o permitían dar a considerar que la paciente estaría presentando un estado fetal no tranquilizador que tenga nexo causal con la una asfixia neonatal que desafortunadamente padeció él bebe , pero OJO, la asfixia perinatal es multifactorial, situación que me permito demostrar a continuación:

Cuadro # 1. Procesos que pueden desencadenar asfixia neonatal.

En la madre:	En la placenta:	En el cordón:	En el feto:
<ul style="list-style-type: none"><li>- Hipertensión crónica, preeclampsia o eclampsia</li><li>- Afecciones vasculares</li><li>- Diabetes</li><li>- Uso de drogas</li><li>- Hipoxia por alteraciones cardio - respiratorias</li><li>- Hipotensión</li><li>- Infecciones</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Infartos</li><li>- Fibrosis</li><li>- Desprendimientos prematuros</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prolapso</li><li>- Vueltas</li><li>- Nudos verdaderos</li><li>- Compresión</li><li>- Anomalías en vasos umbilicales</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hídrops</li><li>- Infecciones</li><li>- RCIU</li><li>- Post madurez</li></ul>

**AL HECHO 8: NO SE TRATA DE UN HECHO**, se trata de apreciaciones subjetivas que hace la parte demandante que son ajenas a la verdad real y procesal la cual quedará desvirtuada a través de las pruebas documentales, periciales y testimoniales que se desarrollaran en el presente proceso.

**AL HECHO 9: NO NOS CONSTA**. Debido a que mi poderdante no tiene conocimiento alguno de lo descrito en el presente hecho, no haré referencia alguna al respecto, sin embargo, nos atenemos a lo que consignado y verificado a través de las pruebas documentales, periciales y testimoniales que se desarrollen en el presente proceso.

**AL HECHO 10:** Al ser una prueba documental de contenido declarativo, solicito se cite al **MEDICO FORENSE RAMÓN ELÍAS SÁNCHEZ ARANGO**, a fin que ratifique la firma y contenido de dicho documento y ejercer el derecho de contradicción, conforme lo dispone el art. 262 del C.G.P.

**AL HECHO 11:** Al ser una prueba documental de contenido declarativo, solicito se cite al **MEDICO FORENSE RAMÓN ELÍAS SÁNCHEZ ARANGO**, a fin que ratifique la firma y contenido de dicho documento y ejercer el derecho de contradicción, conforme lo dispone el art. 262 del C.G.P.

**AL HECHO 12:** Al ser una prueba documental de contenido declarativo, solicito se cite al **MEDICO FORENSE RAMÓN ELÍAS SÁNCHEZ ARANGO**, a fin que ratifique la firma y contenido de dicho documento y ejercer el derecho de contradicción, conforme lo dispone el art. 262 del C.G.P.

---

## II. A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Con fundamento en la contestación de ésta demanda por considerarlas infundadas, por no existir causa ni obligación pendiente, nos oponemos a todas y cada una de las pretensiones. Especialmente nos oponemos a:

1. Nos oponemos a que se declare responsable a la **DRA. LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO** toda vez que dentro de sus atenciones cumplió con todos los protocolos y guías de manejo que establece la Lex Artis a la hora de la toma de sus decisiones dentro de las atenciones y procedimientos que le realizó al **DIANA CAMILA GIRALDO CORREA** el día 13/01/2024.
2. Nos oponemos Respecto a los perjuicios morales, o extra patrimoniales, dado que las pretensiones de la parte demandante son infundadas, improcedentes e injustificadas, además totalmente excesivas dando a lugar a que se genere de su parte un cobro de sumas dinerarias que no debe mi representado.
3. Nos oponemos a la condena en costas que solicita la demandante.
4. Serán los demandantes y llamante en garantía quienes deberán ser condenados al pago de las costas y agencias en derecho, por no configurarse los elementos de la responsabilidad civil en este proceso.

### PERJUICIOS MORALES.

Respecto al **PERJUICIO MORAL** el precedente en caso de determinarse una condena es el civil<sup>1</sup> en el cual el daño moral se ha reconocido en la suma de 60 millones de pesos colombianos en caso de muerte, atendiendo a los límites jurisprudenciales, razón por la cual la tasación reconocida dista mucho de lo aquí pretendido, sin contar que carece de los elementos para la declaratoria de la responsabilidad conforme a las excepciones presentadas.

Por lo anterior teniendo en cuenta que las sumas solicitadas por la parte demandante son inconsulta y desproporcionada tal pretensión. Al ser contrarias a los límites jurisprudenciales pretenden un enriquecimiento sin justa causa su sin sustento jurídico o probatorio.

*Esta pretensión debe descartarse por carecer de los elementos para la declaratoria de la responsabilidad conforme a las excepciones presentadas.*

---

<sup>1</sup>El límite máximo como compensación por el perjuicio moral sufrido sugerido en la justicia ordinaria es de \$60.000.000 de pesos Colombianos en caso de muerte que se dispuso en la sentencia **SC13925-2016 Radicación nº 05001-31-03-003-2005-00174-01**, M.P. **ARIEL SALAZAR RAMÍREZ**.



### FUNDAMENTOS FACTICOS DE LAS EXCEPCIONES

- a. La paciente Diana Camila Giraldo ingreso al servicio de ginecología del hospital San Juan de Dios sede Cartago el día 13.01.24 a las 06+59 horas con gestación de termino, 40,3 semanas por indicación de asistir para inducción del trabajo de parto y con inicio de dinámica uterina irregular según se encuentra consignado en historia clínica de medicina general, quien además en ese momento solicitó interconsulta por el área de ginecología.
- b. La **DRA. LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO** Valoró a la paciente durante ronda medica de la mañana y consignó esta valoración en nota de las 10+20 horas de ese día como consta en la historia clínica, encontrando bienestar fetal y materno, describió talla menor de 1.50 y seguidamente registró pelvimetria clínica favorable, es decir la paciente se encontraba apta para prueba de parto vaginal.
- c. Al momento de la valoración realizada por mi poderdante, La paciente se encontraba iniciando fase latente del trabajo de parto con dinámica irregular de baja intensidad por lo que estaba indicada la conducción o refuerzo de la actividad uterina con oxitocina en gestaciones de termino mayores de 40 semanas, medicamento que incrementa la actividad contráctil del miometrio en pro de avanzar en la progresión del trabajo de parto, la cual fue administrada de acuerdo a lo establecido en protocolos y lex artis.
- d. El trabajo de parto fue vigilado, como consta en la tabla de fetocardias a cargo de enfermería con registro horario desde las 09+00 horas hasta las 16+00 horas.
- e. La paciente alcanza 5 contracciones en 10 minutos con un aporte de oxitocina a 12 mu/minuto, por lo que se ordena no continuar titulación del medicamento (entiéndase no aumentar), no presento durante la vigilancia perdida de bienestar fetal ni desaceleraciones, es decir, no hubo en ningún momento diagnóstico de estado fetal no tranquilizador que indicara inicio de maniobras de reanimación inutero.
- f. El trabajo de parto evolucionó de manera adecuada, todo el tiempo se mantuvo dentro de la curva de alerta según el CLAP, el parto se concretó luego de 9 horas y 42 minutos con monitorias fetales descritas como categoría ACOG 1, con un periodo expulsivo de difícil manejo por una prensa abdominal pobre, con una pelvis amplia y un peso fetal normal, dándose como resultado un recién nacido en malas condiciones que no podía predecirse ni evitarse tras una evolución adecuada de las fases latente y activa del trabajo de parto.
- g. En este caso, en ningún momento se presentó una distocia mecánica tipo detención del descenso o de la dilatación y la progresión fue normal, el desenlace perinatal adverso fue fortuito y producto de asfixia perinatal no prevenible.

Así las cosas, una vez detallada las atenciones dadas por mi representada, el Dr. David Diaz, es claro que todas sus atenciones fueron oportunas, ya que:

- 1. LAS EVALUACIONES DE LA DOCTORA LUISA R. TORO FUERON COMO SE INDICAN EN LAS GUÍAS DE MANEJO, CADA 2 - 3 HORAS.**
- 2. LA FETOCARDIA REGISTRADA SIEMPRE ESTUVO BIEN, DENTRO DE LA NORMALIDAD.**
- 3. LA PACIENTE TUVO UNA ADECUADA PROGRESIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.**

#### **EXCEPCIONES DE FONDO**

##### **EXCESIVA TASACION DE PERJUICIOS.**

Cuando las acciones civiles buscan el resarcimiento de perjuicios estos no pueden solicitarse excesivamente, pues podrían constituirse en fuente de enriquecimiento ilícito para quienes los solicitan.

Para ello la Corte Suprema de Justicia Sala Civil ha desarrollado jurisprudencialmente los topes máximos que se deben reconocer de acuerdo a la tipología de daño a indemnizar, y para ello hare referencia al daño moral el cual ha sido reconocido en la suma de 60 millones de pesos colombianos en caso de muerte, que se dispuso en la sentencia SC13925-2016 Radicación nº 05001-31-03-003-2005-00174-01, M.P. ARIEL SALAZAR RAMÍREZ.

Por lo anterior teniendo en cuenta que las sumas solicitadas por la parte demandante en acápite de perjuicios morales son inconsultas y desproporcionadas, al ser contrarias a los limites jurisprudenciales, pretendiendo de esta forma un enriquecimiento sin justa causa.

##### **EXCEPCIÓN AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURANTES DE LA RESPONSABILIDAD EN CABEZA DE LA DRA. LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO.**

No existe relación de causalidad entre el daño que hoy se alega y la **DE LA DRA. LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO**.

El profesor Javier Tamayo Jaramillo en su obra "Responsabilidad Civil" al referirse al nexo causal afirma: *"Para explicar el vinculo de causalidad que debe existir entre el hecho y el daño, se han ideado varias teorías; las más importantes son: a) la teoría de la equivalencia de las condiciones y b) la teoría de la causalidad adecuada. De acuerdo con la primera, todas las causas que contribuyeron a la producción del daño se consideran, desde el punto de vista jurídico, como causantes del hecho, y quienes estén detrás de cualquiera de esas causas, deben responder; A esta teoría se le rechaza por su inaplicabilidad practica pues*

---

*deshumanizaría la responsabilidad civil y permitiría absurdamente, buscar responsables hasta el infinito. Para suavizar este criterio, se ha ideado la llamada teoría de la causalidad adecuada, según la cual no todos los fenómenos que contribuyeron a la producción del daño tienen relevancia para determinar la causa jurídica del perjuicio; se considera que solamente causó el daño aquel o aquellos fenómenos que normalmente debieron haberlo producido; esta teoría permite romper el vínculo de causalidad en tal forma, que solo la causa relevante es la que ha podido producir el daño"*

Sobre este mismo tema, se pronuncia el Doctrinante Héctor Patiño, quien afirma que: "... lo que pretendemos con el tema del análisis de causalidad es determinar quién o qué persona de quien solicito la indemnización en verdad causo el daño". Partiendo de lo anterior y contextualizados en la responsabilidad medica, es posible afirmar que quien pretende la imputación, debe demostrar que el daño alegado por los demandantes se presentó como un resultado de la conducta, acción u omisión de mi representado, para lo cual debe establecer una conexión necesaria entre una conducta y un daño.

Viendo lo anterior, es claro que EL DAÑO que se pretende asociar a una cuestionada negligencia, en términos del demandante por ***una supuesta demora o dilación para la realización del procedimiento quirúrgico al paciente.*** carece de respaldo y nexo causal. En definitiva, argumentos desvirtuados desde las consideraciones aportadas, mismas que se ratificarán con las pruebas a decretar.

Pero, además es claro que **la DRA. LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO** no es responsable a totulo de culpa toda vez que desde el punto de médico, cumplió con los protocolos y guias de manejo que establece la Lex Artis.

Así las cosas, concluimos finalmente la **NO-EXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD** de mi mandante por cuanto no se configuran los elementos estructurales de la responsabilidad.

#### **EXCEPCION POR EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION DE MEDIO**

El paciente, fue atendido y valorado por la profesional de la medicina por la **DRA. LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO**, dentro de protocolos y lineamientos que la LEX ARTIS le exige para éste tipo de casos.

Y es que el médico contrae frente al paciente una obligación de medio y no de resultado consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del enfermo, ya que está obligado a practicar una conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar o colaborar con la curación, sin que ello llegare a significar que deba asumir la responsabilidad por la ausencia de éxito en el tratamiento o la aparición de otra dolencia posterior que era desconocida para el médico tratante o la ocurrencia de algún tipo de complicación propia del procedimiento, el cual desplegó toda su voluntad, experiencia y conocimientos médicos, clínicos y científicos en la atención brindada a la paciente.

---

Así mismo el “ARTÍCULO 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. <Artículo modificado por el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. **Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.**

Bástenos traer a colación la cita jurisprudencial que sirve de soporte jurídico a nuestro planteamiento técnico: “...Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en este campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en esta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es el quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad” (Sentencia de agosto 24 de 1998. Expediente 11.833 Consejero Ponente Dr. JESUS MARIA CARILLO BALLESTEROS).

La Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en Sentencia del 5 de noviembre de 2013 con ponencia del Magistrado Dr. Arturo Solarte Rodríguez realizó un análisis de las obligaciones que adquirirían los cirujanos plásticos respecto de sus pacientes, acabando con el mito de que las obligaciones contractuales que adquieren estos especialistas es de resultados, concluye diciendo que depende del compromiso que adquiera con el paciente, si este era de medios, su obligación no podía desdibujarse ni convertirse en una de resultado por el solo hecho de tratarse de una cirugía plástica o de carácter estético, a continuación me permito transcribir algunos apartes de la mencionada sentencia:

*“La Sala precisó que al demandante le corresponde demostrar, el comportamiento culpable de aquél [médico] en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por él padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente, cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, salvo el caso excepcional de la presunción de culpa que, con estricto apego al contenido del contrato, pueda darse, como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado” (Cas. Civil, sentencia del 13 de septiembre de 2002, expediente No. 6199).*

*“Debe entenderse que la obligación por él [médico] asumida se orientó a efectuarle [a la paciente] dichas intervenciones utilizando todo su conocimiento y las mejores técnicas existentes que para entonces estuvieran a su alcance, con la finalidad de darle al rostro de aquella una apariencia más juvenil, pero sin que ese resultado se hubiera asegurado o garantizado, pues, se repite, no existe prueba de que el acuerdo de las partes se haya orientado en ese sentido.”*

Por lo anterior “tal y como lo aseveró el Tribunal, la obligación del médico demandado era de ‘medio’ y que, correlativamente, por una parte, recaía en la actora comprobar la culpa

*de aquél y, por otra, que éste podía conseguir su exoneración demostrando que actuó con diligencia y cuidado.”*

La **DRA. LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO** fue diligente prudente y perita en su actuar respecto de la atención que le brindó a la paciente en su trabajo de parto el día **13/01/2024**.

#### **EXCEPCIÓN INNOMINADA**

Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho a favor de mi mandante, que resultaren probados dentro del proceso y a los cuales me referiré en el alegato de conclusión.

Por todo lo anterior, solicito al señor Juez, declarar probadas éstas excepciones de mérito y abstenerse de condenar a la **DRA. LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO**.

#### **A LAS PRUEBAS DE LA PARTE ACTORA.**

A.- En lo que se refiere a las pruebas documentales solicito al Despacho sean tenidas en cuenta en su justo valor probatorio. Ninguna de las pruebas arrimadas por la demandante, acredita los hechos de la demanda, por el contrario, demuestran la diligencia, prudencia y pericia en el actuar de la **DRA. LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO**

- El poder no es prueba que acredite nada respecto de los hechos de la demanda.
- La copia de la historia clínica demuestra la diligencia, prudencia y pericia con la que mi representada abordó la atención que le brindó a la paciente en su trabajo de parto el día **13/01/2024**.
- El Dictamen Pericial, al ser una prueba documental de contenido declarativo, solicito se cite al **MEDICO FORENSE RAMÓN ELÍAS SÁNCHEZ ARANGO**, a fin que ratifique la firma y contenido de dicho documento y ejercer el derecho de contradicción, conforme lo dispone el art. 262 del C.G.P.

#### **MEDIOS DE PRUEBA A APORTAR.**

- **HISTORIA CLINICA DE DIANA CAMILA GIRALDO CORREA Y DE SU HIJO RECIEN NACIDO.**
- **PODER PARA ACTUAR.**
- **HOJA DE VIDA DE LA DRA. LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO.**
- **LITERATURA CIENTIFICA RELACIONADA CON EL CASO.**

- **CONSTANCIA DE RADICACION DE PETICION A E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.**
- **PETICION A E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.**

#### **MEDIOS DE PRUEBA A SOLICITAR**

**D. PRUEBA TESTIMONIAL PRESENCIAL QUIENES POR TENER CONOCIMIENTOS TÉCNICOS Y CIENTÍFICOS Y ESTAR LATAMENTE CALIFICADOS PODRÁN EMITIR CONCEPTOS A LAS LUCES DEL ARTÍCULO 227 DEL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL Y ARTÍCULO 220 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO, PRUEBA QUE SE LLEVARÁ A CABO CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS (HISTORIA CLÍNICA):**

- Decretar el testimonio técnico, de la médica especialista en Pediatría **ADRIANA ARBELAEZ TOROS**, mayor de edad, quien fue la Peditra que estuvo de turno el día **13/01/2024**, con el objeto que nos explique todo lo relacionado con el proceso de parto de la paciente **DIANA CAMILA GIRALDO CORREA** y que desde su conocimiento responda a cerca del cumplimiento o no de los protocolos y guias de manejo en el desarrollo de esta atención en concreto. Podrá ser notificado para tales fines en el correo electrónico: [adri.arbelaez.t@hotmail.com](mailto:adri.arbelaez.t@hotmail.com).
- Decretar el testimonio técnico, de la médica **JESSICA CASTRO OSPINA**, mayor de edad, quien estuvo de turno e día **13/01/2024** y participó en las tenciones realizadas a la paciente, con el objeto que nos explique todo lo relacionado con el proceso de parto de **DIANA CAMILA GIRALDO CORREA** y que desde su conocimiento responda a cerca del cumplimiento o no de los protocolos y guías de manejo en el desarrollo de esta atención en concreto. Podrá ser notificado para tales fines en el correo electrónico: [Jesi423@hotmail.com](mailto:Jesi423@hotmail.com).
- Decretar el testimonio técnico, de la enfermera **ANA DEIDA RIOS MONTOYA**, mayor de edad, quien estuvo de turno e día **13/01/2024** y participó en las atenciones realizadas a la paciente, con el objeto que nos explique todo lo relacionado con el proceso de parto de **DIANA CAMILA GIRALDO CORREA** y que desde su conocimiento responda a cerca del cumplimiento o no de los protocolos y guías de manejo en el desarrollo de esta atención en concreto. Podrá ser notificado para tales fines en el correo electrónico: [Nanariosmontoya15@gmail.com](mailto:Nanariosmontoya15@gmail.com).

#### **E. INTERROGATORIO DE PARTE**

Solicito señor juez, se sirva citar a todos los DEMANDANTES, y CODEMANDAOS, para que rindan INTERROGATORIO DE PARTE que formularé en la oportunidad procesal oportuna, en la audiencia, en sobre cerrado o abierto.

### C. DECLARACIÓN DE PARTE ART 165 C.G.P.

Solicito su señoría se sirva citar al médico especialista **DRA. LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO**, para que rinda declaración de parte, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 165, 191 y 196 del Código General del Proceso y se me permita interrogarlo sobre los hechos de la demanda y las contestaciones.

### SOLICITUD DE OFICIOS

Conforme a lo dispuesto en el art. 173 del C.G.P. y en atención a que a la fecha de presentación de ésta contestación no hemos recibido respuesta A LAS PETICIONES PRESENTADAS, solicito de manera comedida, que el juzgado ordene los siguientes oficios:

Se oficie a la Empresa Social del Estado, E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Cali y la IPS Hospital San Juan de Dios sede Cartago con el objeto que remitan a este proceso la Copia de la Historia Clínica completa de la paciente **DIANA CAMILA GIRALDO CORREA** toda vez que avizoramos que, dentro de los anexos de la demanda, no se anexaron **las NOTAS DE ENFERMERÍA NI EL PARTO GRAMA DE LA PACIENTE**.

### DICTAMEN DE PARTE

De conformidad con lo dispuesto en el artículo artículos 227 y siguientes del Código General del proceso, me permito manifestarle su señoría, que pretendemos aportar al proceso **DICTAMEN PERICIAL DE PARTE, que será emitido por MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA**, para lo cual, es insuficiente el termino para contestar la demanda para aportar dicho DICTAMEN.

De acuerdo con lo anterior, SOLICITO a su señoría concederme un tiempo prudencial que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días, para aportar el DICTAMEN PERICIAL DE PARTE que será emitido por MÉDICO ESPECIALISTA EN **GINECOLOGÍA**, de conformidad con las normas que regulan dicha prueba.

**Me permito copiar el artículo 227 del Código General del Proceso que permite lo solicitado:**

***“ARTÍCULO 227. DICTAMEN APORTADO POR UNA DE LAS PARTES. La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas. Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días. En este evento el juez hará los requerimientos pertinentes a las partes y terceros que deban colaborar con la práctica de la prueba. (Subrayas y negrillas son mías).***

LUIS GUILLERMO AGUIRRE MOLINA  
ABOGADO  
RESPONSABILIDAD CIVIL - RESPONSABILIDAD MÉDICA  
Cra 7 No 19-28, Of 403  
Móvil: 310-8838681 Oficina: (57-606) 3255267 Ext. 110  
Correo electrónico [lgaguirre@equipojuridico.com.co](mailto:lgaguirre@equipojuridico.com.co)  
Pereira - Colombia

---

*El dictamen deberá ser emitido por institución o profesional especializado"*

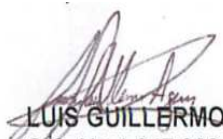
#### **NOTIFICACIONES**

1. El suscrito puede ser notificado en la Cra 7 No 19-28, Of 403, Edificio Torre Bolivar, Pereira, Teléfono.: (57-606) 3255267 Ext. 110 - Celular 3108838681, dirección electrónica [lgaguirre@equipojuridico.com.co](mailto:lgaguirre@equipojuridico.com.co).
2. Mi representada puede ser notificada la Cra 7 No 19-28, Of 403, Edificio Torre Bolivar, Pereira, celular 3216471290, dirección electrónica [lichitalu@hotmail.com](mailto:lichitalu@hotmail.com).

#### **ANEXOS**

Los documentos citados como prueba.

Del señor Juez, Atentamente,



LUIS GUILLERMO AGUIRRE MOLINA  
C.C. No.1.047.390.082

T.P No. 189086 del C.S.de la J.



Señores  
JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGO  
Ciudad.  
[j01cccartago@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j01cccartago@cendoj.ramajudicial.gov.co)  
E.S.D

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
DEMANDANTE: DIANA CAMILA GIRALDO CORREA  
DEMANDADOS: LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO  
RADICACIÓN: 76-147-31-03-001-2024-00157-00.

Asunto: Poder

Luisa Fernanda Rodriguez Toro, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, en calidad de demandado en el proceso de la referencia, por medio del presente escrito otorgo poder especial, amplio y suficiente, al doctor **LUIS GUILLERMO AGUIRRE MOLINA**, como apoderado principal dentro del presente proceso, abogado titulado e inscrito, portador de la tarjeta profesional N°189086 del Honorable Consejo Superior de la Judicatura y de la cédula de ciudadanía N°1.047.390.082 expedida en la ciudad de Cartagena; y correo para notificación judicial [lgaguirre@equipojuridico.com.co](mailto:lgaguirre@equipojuridico.com.co), para que asuma la representación y defensa de mis intereses en el proceso de la referencia

Otorgo a mi apoderado las facultades consagradas en el en el art. 77 del C.G.P. y en especial las de notificarse en mi nombre, sustituir, reasumir, conciliar, transigir, desistir, recibir, interponer recursos, llamar en garantía, proponer nulidades, nombrar apoderado suplente y hacer todo cuanto estime conveniente para el cumplimiento de su mandato.

Con un respetuoso saludo,



LUISA FERNANDA RODRIGUEZ TORO  
C.C. NO. 1053777519  
Correo electrónico: [lichitalu@hotmail.com](mailto:lichitalu@hotmail.com)

Acepto el poder y solicito respetuosamente reconocimiento de personería.



LUIS GUILLERMO AGUIRRE MOLINA  
C.C. No. 1.047.390.082

T.P. 189086 del H.C.S. de la Judicatura  
Correo Electrónico: [lgaguirre@equipojuridico.com.co](mailto:lgaguirre@equipojuridico.com.co)

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO - PAGINA 1					
INFORMACION DEL PACIENTE					
HISTORIA	INGRESO	IDENTIFICACION	PACIENTE		
125049	7	1113595181	DIANA CAMILA GIRALDO CORREA		
SOPORTE DE IMAGENES					
REGISTRO : 3877	CONTENIDO : Documento de Identificacion	FECHA : 03/01/2024 15:42:29	DIGITALIZO : LUIS FELIPE SALAZAR BEDOYA	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA	HISTORIA : 125049
					
OBSERVACION :					
PAGINA :1 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07					

.....

.....  
.....  
IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO  
.....  
.....  
.....

SOPORTE DE IMAGENES					
REGISTRO : 3878	CONTENIDO : Documento de Identificacion	FECHA : 03/01/2024 15:42:34	DIGITALIZO : LUIS FELIPE SALAZAR BEDOYA	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA	HISTORIA : 125049
					
OBSERVACION :					
PAGINA :2 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07					

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO :  
3879

CONTENIDO : Documento de  
Identificacion

FECHA : 03/01/2024  
15:42:36

DIGITALIZO : LUIS FELIPE SALAZAR  
BEDOYA

PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO  
CORREA

HISTORIA :  
125049

Autorizador En Línea

UD93545891 | Cerrar Sesión

Consulta información afiliado

Datos del Afiliado

Consulta por Tipo y Número de Identificación o por RUI

Fecha Consulta

2024/01/03

...

Número ID

CC

1113505181

Grupo Familiar

Plan

POS

Consultar

Consulta por Nombre

Primer Nombre

DIANA

Segundo Nombre

CAMILA

Consultar

Primer Apellido

GIRALDO

Segundo Apellido

CORREA

Información del Afiliado

Fecha Nacimiento

1996-08-11

Género

F

Parentesco

COTIZANTE

Edad Años

27

Edad Meses

4

Edad Días

23

Rango Salarial

A

Plan Complementario

Tipo Afiliado

COTIZANTE

Inicio vigencia

2017-10-23

Fin Vigencia

9999-12-31

IPS Primaria

IPS COMFANDI CARTAGO

Semanas POS S.O.S

541

Semanas POS Anterior

0

Semanas PAC S.O.S

0

Semanas PAC Anterior

0

Estado

ACTIVO

Derecho

DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS

Empleadores

Tipo ID

Número ID

Razón Social

NI

900158315

GESTION Y SERVICIOS CORPORATIVOS EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES SAS GE&SCO EST SAS

Información de los Convenios de Capitalización

Estado

Convenio

CAPITA

INVERSIONES OPTICOS MERCURIO - OPTILAGO

CAPITA

DIAGNOSTICO OFTALMOLOGICO DE PEREIRA

CAPITA

PGP CAYRE APNEA DEL SUEÑO

CAPITA

CRUZ VERDE MEDICAMENTOS

CAPITA

PGP MEDICARTE ALTO COSTO PBS

CAPITA

PGP MEDICARTE ALTO COSTO NO PBS

CAPITA

PGP COMFANDI DOMICILIARIO

CAPITA

PGP COMFANDI GAM

CAPITA

PGP COMFANDI GESTANTES

CAPITA

PGP COMFANDI NIVEL I - CARTAGO

CAPITA

PGP COMFANDI NIVEL II - CARTAGO

CAPITA

PGP COMFANDI PYM - CARTAGO

CAPITA

PGP MEDICAMENTOS ASISFARMA PBS

Información Adicional



Nueva Consulta

Principal


OBSERVACION :

PAGINA :3 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

SOPORTE DE IMAGENES																																	
REGISTRO : 3880	CONTENIDO : Documento de Identificacion	FECHA : 03/01/2024 15:42:38	DIGITALIZO : LUIS FELIPE SALAZAR BEDOYA	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA	HISTORIA : 125049																												
<div><div></div><div></div></div> <p><b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES</b></p> <p>Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud</p> <p><b>Resultados de la consulta</b></p> <p><b>Información Básica del Afiliado :</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>COLUMNAS</th><th>DATOS</th></tr></thead><tbody><tr><td>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</td><td>CC</td></tr><tr><td>NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN</td><td>1113595181</td></tr><tr><td>NOMBRES</td><td>DIANA CAMILA</td></tr><tr><td>APELLIDOS</td><td>GIRALDO CORREA</td></tr><tr><td>FECHA DE NACIMIENTO</td><td>***/**</td></tr><tr><td>DEPARTAMENTO</td><td>VALLE</td></tr><tr><td>MUNICIPIO</td><td>CARTAGO</td></tr></tbody></table> <p><b>Datos de afiliación :</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>ESTADO</th><th>ENTIDAD</th><th>REGIMEN</th><th>FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA</th><th>FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN</th><th>TIPO DE AFILIADO</th></tr></thead><tbody><tr><td>ACTIVO</td><td>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.</td><td>CONTRIBUTIVO</td><td>06/05/2008</td><td>31/12/2999</td><td>COTIZANTE</td></tr></tbody></table> <p><b>Fecha de Impresión:</b> 01/03/2024 15:41:04   <b>Estación de origen:</b> 192.168.70.220</p> <p>La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.</p> <p>Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la <b>Fecha de Afiliación Efectiva</b> hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la <b>Fecha de Finalización de Afiliación</b>, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.</p> <p>La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.</p> <p><b>Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.</b></p> <p>Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.</p> <p><a href="#">IMPRIMIR CERRAR VENTANA</a></p>						COLUMNAS	DATOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1113595181	NOMBRES	DIANA CAMILA	APELLIDOS	GIRALDO CORREA	FECHA DE NACIMIENTO	***/**	DEPARTAMENTO	VALLE	MUNICIPIO	CARTAGO	ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO	ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	CONTRIBUTIVO	06/05/2008	31/12/2999	COTIZANTE
COLUMNAS	DATOS																																
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC																																
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1113595181																																
NOMBRES	DIANA CAMILA																																
APELLIDOS	GIRALDO CORREA																																
FECHA DE NACIMIENTO	***/**																																
DEPARTAMENTO	VALLE																																
MUNICIPIO	CARTAGO																																
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO																												
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	CONTRIBUTIVO	06/05/2008	31/12/2999	COTIZANTE																												
OBSERVACION :																																	
PAGINA :4 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07																																	

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO


SOPORTE DE IMAGENES																						
REGISTRO : 3971	CONTENIDO : Otro	FECHA : 03/01/2024 16:27:24	DIGITALIZO : LUIS FELIPE SALAZAR BEDOYA	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA	HISTORIA : 125049																	
<div><div>INFORME AUTORIZADOR EN LINEA</div><div></div><div><p><b>Fecha Consulta:</b> 03/01/2024    <b>Afiliado :</b> DIANA CAMILA GIRALDO CORREA <b>Identificación:</b> 1113595181    <b>Plan:</b> POS    <b>Rango Salarial:</b> A <b>Derecho:</b> DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS    <b>Ambito:</b> Urgencias <b>IPS Primaria:</b> IPS COMFANDI CARTAGO <b>IPS Solicitante:</b> HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO</p><p><b>RESULTADO SOLICITUD AUTORIZACION DE PRESTACIONES</b></p><table border="1"><thead><tr><th>Codigo Prestación</th><th>Nombre Prestación</th><th>Cantidad</th><th>Respuesta EPS</th><th>Capita</th><th>Prestador Capitalación</th><th>Justificación Resultado</th><th>No. Autorización</th></tr></thead><tbody><tr><td>890701-1</td><td>ATENCION DE URGENCIA BASICA</td><td>1</td><td>Autorizado</td><td>SI</td><td>CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA</td><td></td><td>1208570</td></tr></tbody></table><p>Soporte para presentación de facturas, sujeto a revisión de auditoría médica</p><p>03/01/2024 04:26:58 UD93545891</p></div></div>							Codigo Prestación	Nombre Prestación	Cantidad	Respuesta EPS	Capita	Prestador Capitalación	Justificación Resultado	No. Autorización	890701-1	ATENCION DE URGENCIA BASICA	1	Autorizado	SI	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA		1208570
Codigo Prestación	Nombre Prestación	Cantidad	Respuesta EPS	Capita	Prestador Capitalación	Justificación Resultado	No. Autorización															
890701-1	ATENCION DE URGENCIA BASICA	1	Autorizado	SI	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA		1208570															
OBSERVACION :																						
PAGINA :5 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07																						



IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

SOPORTE DE IMAGENES			
REGISTRO : 4065	CONTENIDO : Otro	FECHA : 03/01/2024 18:02:38	DIGITALIZO : LEIDY JOHANA MEJIA OSORIO
PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA		HISTORIA : 125049	

	HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS CALI - CARTAGO FORMATO TOMA DE MONITORIA FETAL	Código: ENF-F-44-026
		Vigencia: FEBRERO-2023
		Versión: 01
		Páginas: Página 1 de 1

NOMBRE PACIENTE: Diana Camila Giraldo HISTORIA CLINICA 125049  
IDENTIFICACIÓN: III 3595181 EDAD: 27 años  
FECHA: 03/01/2024 HORA INICIO DE LA PRUEBA: 17:00 AM ☐ PM ☒  
G: 1 P:    A:    C:    V:    M:    EDAD GESTACIONAL: 39 SEMANAS    DIAS  
Historia Clínica Indicación del Estudio:  
\_\_\_\_\_

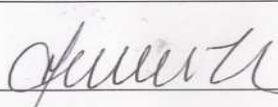
**RESULTADO DEL ESTUDIO**

Duración de la Prueba:	<u>20</u>	min.
FCF Basal:	<u>160</u>	Latidos x min
AMPLITUD (Variabilidad)	<u>Moderada</u>	
Movimiento Fetales (#):	<u>7</u>	Reactivos (#): <u>7</u>
Actividad Uterina de Parto:	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/> x 10 min
DESACELERACIONES:	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Espontáneas <u>  </u> con la contracción Uterina <u>  </u>
TIPO DE DESACELERACIÓN:	Variable <input type="checkbox"/> Temprana <input type="checkbox"/> Tardía <input type="checkbox"/>	

**INTERPRETACIONES DEL ESTUDIO**

MONITORIA FETAL ANTEPARTO _____		
<input checked="" type="checkbox"/> REACTIVA	( ) NO REACTIVA	( ) NO SATISFACTORIA
MONITORIA FETAL INTRAPARTO _____		
CATEGORIA I: <input checked="" type="checkbox"/>	CATEGORIA II: <input type="checkbox"/>	CATEGORIA III: <input type="checkbox"/>
Información Adicional: Dilatación, borramiento, estación, líquido amniótico)		
D (cm): <u>10</u>	B (%): <u>10</u>	E (Plano): <u>0</u> L.A. (aspecto): <u>10</u>

ANÁLISIS Y PLAN: Se indica acudir el día 10 de enero para revaloración de las 40 semanas.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL: 

OBSERVACION : MONITOREO

PAGINA :6 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO





IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

SOPORTE DE IMAGENES				
REGISTRO : 8751	CONTENIDO : Documento de Identificacion	FECHA : 07/01/2024 17:15:28	DIGITALIZO : LUIS FELIPE SALAZAR BEDOYA	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA
				
PAGINA :8 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07				

• • • •

• • • •

• • • •

• • • •

REGISTRO : 8752	CONTENIDO : Documento de Identificación	FECHA : 07/01/2024 17:16:03	DIGITALIZO : LUIS FELIPE SALAZAR BEDOYA	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA	HISTORIA : 125049
--------------------	--	--------------------------------	--	---	----------------------



PAGINA :9 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO :  
8753

CONTENIDO : Documento de  
Identificacion

FECHA : 07/01/2024  
17:16:05

DIGITALIZO : LUIS FELIPE SALAZAR  
BEDOYA

PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO  
CORREA

HISTORIA :  
125049

Autorizador En Línea

UD93545891 | Cerrar Sesión

Consulta información afiliado

Datos del Afiliado

Consulta por Tipo y Número de Identificación o por RUI

Fecha Consulta

2024/01/07

Número ID

CC 1113595181

Grupo Familiar

Plan

POS

Consultar

Consulta por Nombre

Primer Nombre

DIANA

Segundo Nombre

CAMILA

Primer Apellido

GIRALDO

Segundo Apellido

CORREA

Consultar

Información del Afiliado

Fecha Nacimiento

1996-08-11

Género

F

Parentesco

COTIZANTE

Edad Años

27

Edad Meses

4

Edad Días

27

Rango Salarial

A

Plan Complementario

Tipo Afiliado

COTIZANTE

Inicio Vigencia

2017-10-23

Fin Vigencia

9999-12-31

IPS Primaria

IPS COMFANDI CARTAGO

Semanas POS S.O.S

542

Semanas POS Anterior

0

Semanas PAC S.O.S

0

Semanas PAC Anterior

0

Estado

ACTIVO

Derecho

DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS

Empleadores

Tipo ID

Número ID

Razón Social

NE

900158315

GESTION Y SERVICIOS CORPORATIVOS EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES SAS GE&SCO EST SAS

Información de los Convenios de Capitalización

Estado

Convenio

CAPITA

INVERSIONES OPTICOS MERCURIO - OPTILAGO

CAPITA

DIAGNOSTICO OFTALMOLOGICO DE PEREIRA

CAPITA

PGP CAYRE APNEA DEL SUERO

CAPITA

CRUZ VERDE MEDICAMENTOS

CAPITA

PGP MEDICARTE ALTO COSTO PBS

CAPITA

PGP MEDICARTE ALTO COSTO NO PBS

CAPITA

PGP COMFANDI DOMICILIARIO

CAPITA

PGP COMFANDI GAM

CAPITA

PGP COMFANDI GESTANTES

CAPITA

PGP COMFANDI NIVEL I - CARTAGO

CAPITA

PGP COMFANDI NIVEL II - CARTAGO

CAPITA

PGP COMFANDI PYM - CARTAGO

CAPITA

PGP MEDICAMENTOS ASISFARMA PBS

Información Adicional

Nueva Consulta

Principal

OBSERVACION :

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 8766CONTENIDO : OtroFECHA : 07/01/2024 18:10:05DIGITALIZO : LUIS FELIPE SALAZAR BEDOYAPACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREAHISTORIA : 125049

INFORME AUTORIZADOR EN LINEA

Fecha Consulta:07/01/2024

Afilado : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA

Identificación:1113595181

Plan: POS

Rango Salarial: A

Derecho:DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS

Ambito: Urgencias

IPS Primaria:IPS COMFANDI CARTAGO

IPS Solicitante: HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO

SOS

Servicio Social de Salud

RESULTADO SOLICITUD AUTORIZACION DE PRESTACIONES

Codigo Prestación	Nombre Prestación	Cantidad	Respuesta EPS	Capita	Prestador Capitalización	Justificación Resultado	No. Autorización
890701-1	ATENCION DE URGENCIA BASICA	1	Autorizado	SI	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA		1220137

Soporte para presentación de facturas, sujeto a revisión de auditoría médica

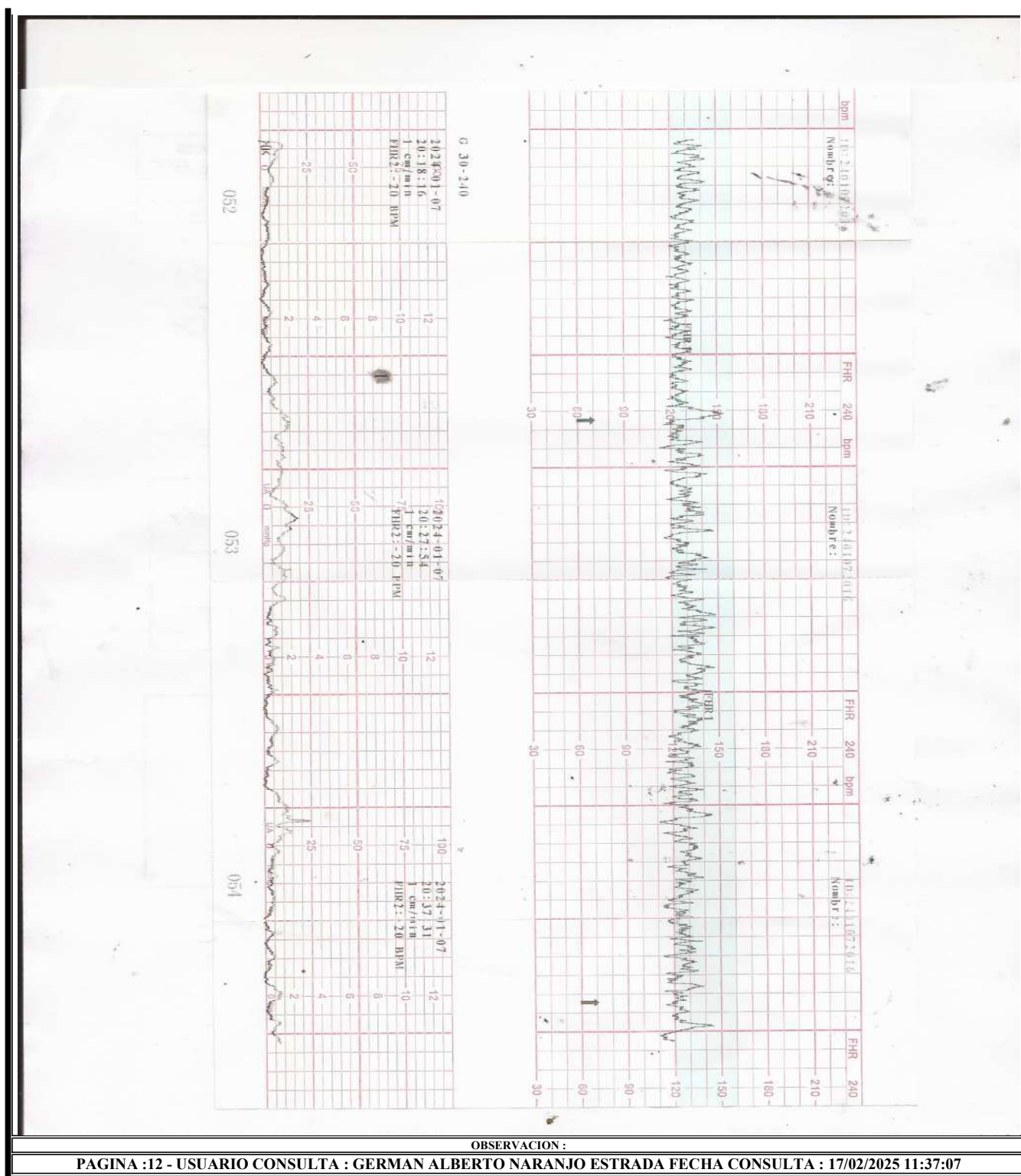
07/01/2024 06:09:15 UD93545891

DOCUMENTO DIGITALIZADO

**PAGINA :11 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07**

## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 8816	CONTENIDO : Otro	FECHA : 07/01/2024 20:28:50	DIGITALIZO : LUZ EDILMA LOPEZ BONILLA	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA	HISTORIA : 125049
-----------------	------------------	-----------------------------	---------------------------------------	--	-------------------



IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO



	HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS CALI - CARTAGO FORMATO TOMA DE MONITORIA FETAL	Código: ENF-F-44-026
		Vigencia: FEBRERO-2023
		Versión: 01
		Páginas: Página 1 de 1

NOMBRE PACIENTE: Diana Camila Giraldo HISTORIA CLINICA: 125049  
IDENTIFICACIÓN: 1173595181 EDAD: 21  
FECHA: 07/01/2024 HORA INICIO DE LA PRUEBA: 19:00 AM ☐ PM ☒

G: 1 P: 0 A: 0 C: 0 V: 0 M: 0 EDAD GESTACIONAL: 39 SEMANAS 0 DIAS

Historia Clínica Indicación del Estudio:

#### RESULTADO DEL ESTUDIO

Duración de la Prueba: 20 min.  
FCF Basal: 125 Latidos x min AMPLITUD (Variabilidad) Modificada  
Movimiento Fetales (#): 2 Reactivos (#): 0  
Actividad Uterina de Parto: SI ☐ NO ☒ Regular ☐ x 10 min  
DESACELERACIONES: SI ☐ NO ☒ Espontáneas 0 con la contracción Uterina 0  
TIPO DE DESACELERACIÓN: Variable ☐ Temprana ☐ Tardía ☐

#### INTERPRETACIONES DEL ESTUDIO

MONITORIA FETAL ANTEPARTO X  
( ☒ ) REACTIVA ( ☐ ) NO REACTIVA ( ☐ ) NO SATISFATORIA  
MONITORIA FETAL INTRAPARTO 0  
CATEGORIA I: ☐ CATEGORIA II: ☐ CATEGORIA III: ☐  
Información Adicional: Dilatación, borramiento, estación, líquido amniótico  
D (cm): 0 B (%): 0 E (Plano): 0 L.A. (aspecto): 0

#### ANÁLISIS Y PLAN:

Brachy fetal satisfactorio

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL:

Dr. Jhon Edwin Palacios H.  
Médico General  
C.C. 1.443.969.694  
U. Santiago de Cali

OBSERVACION:

PAGINA :13 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO







SOPORTE DE IMAGENES			
REGISTRO : 11878	CONTENIDO : Otro	FECHA : 10/01/2024 07:15:10	DIGITALIZO : MARIA JOSE ZAPATA ALVAREZ
PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA		HISTORIA : 125049	



OBSERVACION :
PAGINA :15 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

SOPORTE DE IMAGENES																																	
REGISTRO : 11879	CONTENIDO : Otro	FECHA : 10/01/2024 07:15:13	DIGITALIZO : MARIA JOSE ZAPATA ALVAREZ	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA	HISTORIA : 125049																												
<div></div> <div><b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES</b></div> <p>Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud</p> <p><b>Resultados de la consulta</b></p> <p><b>Información Básica del Afiliado :</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>COLUMNAS</th><th>DATOS</th></tr></thead><tbody><tr><td>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</td><td>CC</td></tr><tr><td>NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN</td><td>1113595181</td></tr><tr><td>NOMBRES</td><td>DIANA CAMILA</td></tr><tr><td>APELLIDOS</td><td>GIRALDO CORREA</td></tr><tr><td>FECHA DE NACIMIENTO</td><td>****</td></tr><tr><td>DEPARTAMENTO</td><td>VALLE</td></tr><tr><td>MUNICIPIO</td><td>CARTAGO</td></tr></tbody></table> <p><b>Datos de afiliación :</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>ESTADO</th><th>ENTIDAD</th><th>REGIMEN</th><th>FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA</th><th>FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN</th><th>TIPO DE AFILIADO</th></tr></thead><tbody><tr><td>ACTIVO</td><td>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.S.O.S.</td><td>CONTRIBUTIVO</td><td>06/05/2008</td><td>31/12/2999</td><td>COTIZANTE</td></tr></tbody></table> <p><b>Fecha de impresión:</b> 01/10/2024 07:13:48   <b>Estación de origen:</b> 192.168.70.220</p> <p>La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES*.</p> <p>Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la <b>Fecha de Afiliación Efectiva</b> hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la <b>Fecha de Finalización de Afiliación</b>, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.</p> <p>La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.</p> <p><b>Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.</b></p> <p>Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.</p> <p><a href="#">IMPRIMIR CERRAR VENTANA</a></p>						COLUMNAS	DATOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1113595181	NOMBRES	DIANA CAMILA	APELLIDOS	GIRALDO CORREA	FECHA DE NACIMIENTO	****	DEPARTAMENTO	VALLE	MUNICIPIO	CARTAGO	ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO	ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.S.O.S.	CONTRIBUTIVO	06/05/2008	31/12/2999	COTIZANTE
COLUMNAS	DATOS																																
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC																																
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1113595181																																
NOMBRES	DIANA CAMILA																																
APELLIDOS	GIRALDO CORREA																																
FECHA DE NACIMIENTO	****																																
DEPARTAMENTO	VALLE																																
MUNICIPIO	CARTAGO																																
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO																												
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.S.O.S.	CONTRIBUTIVO	06/05/2008	31/12/2999	COTIZANTE																												
OBSERVACION :																																	
PAGINA :16 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07																																	

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 11880CONTENIDO : OtroFECHA : 10/01/2024 07:15:52DIGITALIZO : MARIA JOSE ZAPATA ALVAREZPACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREAHISTORIA : 125049

Autorizador En Línea

UD93545891 | Cerrar Sesión

Consulta información afiliado

Fecha Consulta

2024/01/10

Número ID

CC

1113595181

Grupo Familiar

Plan

POS

Consultar

Primer Nombre

DIANA

Segundo Nombre

CAMILA

Consultar

Primer Apellido

GIRALDO

Segundo Apellido

CORREA

Información del Afiliado

Fecha Nacimiento

1996-08-11

Género

F

Parentesco

COTIZANTE

Edad Años

27

Edad Meses

4

Edad Días

30

Rango Salarial

A

Plan Complementario

Tipo Afiliado

COTIZANTE

Inicio Vigencia

2017-10-23

Fin Vigencia

9999-12-31

IPS Primaria

IPS COMFANDI CARTAGO

Semanas POS S.O.S

542

Semanas POS Anterior

0

Semanas PAC S.O.S

0

Semanas PAC Anterior

0

Estado

ACTIVO

Derecho

DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS

Empleadores

Tipo ID

Número ID

Razón Social

NI

900158315

GESTION Y SERVICIOS CORPORATIVOS EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES SAS GE&SCO EST SAS

Información de los Convenios de Capitalización

Estado

Convenio

CARTA

INVERSIONES OPTICOS MERCURIO - OPTILAGO

CARTA

DIAGNOSTICO OPTALMOLOGICO DE PEREIRA

CARTA

PGP CAYRE APNEA DEL SUERO

CARTA

CRUZ VERDE MEDICAMENTOS

CARTA

PGP MEDICARTE ALTO COSTO PBS

CARTA

PGP MEDICARTE ALTO COSTO NO PBS

CARTA

PGP COMFANDI DOMICILIARIO

CARTA

PGP COMFANDI GAM

CARTA

PGP COMFANDI GESTANTES

CARTA

PGP COMFANDI NIVEL I - CARTAGO

CARTA

PGP COMFANDI NIVEL II - CARTAGO

CARTA

PGP COMFANDI PYM - CARTAGO

CARTA

PGP MEDICAMENTOS ASISFARMA PBS

Información Adicional

Nueva Consulta

Principal

OBSERVACION :

PAGINA :17 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07

.....


IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO

DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

.....

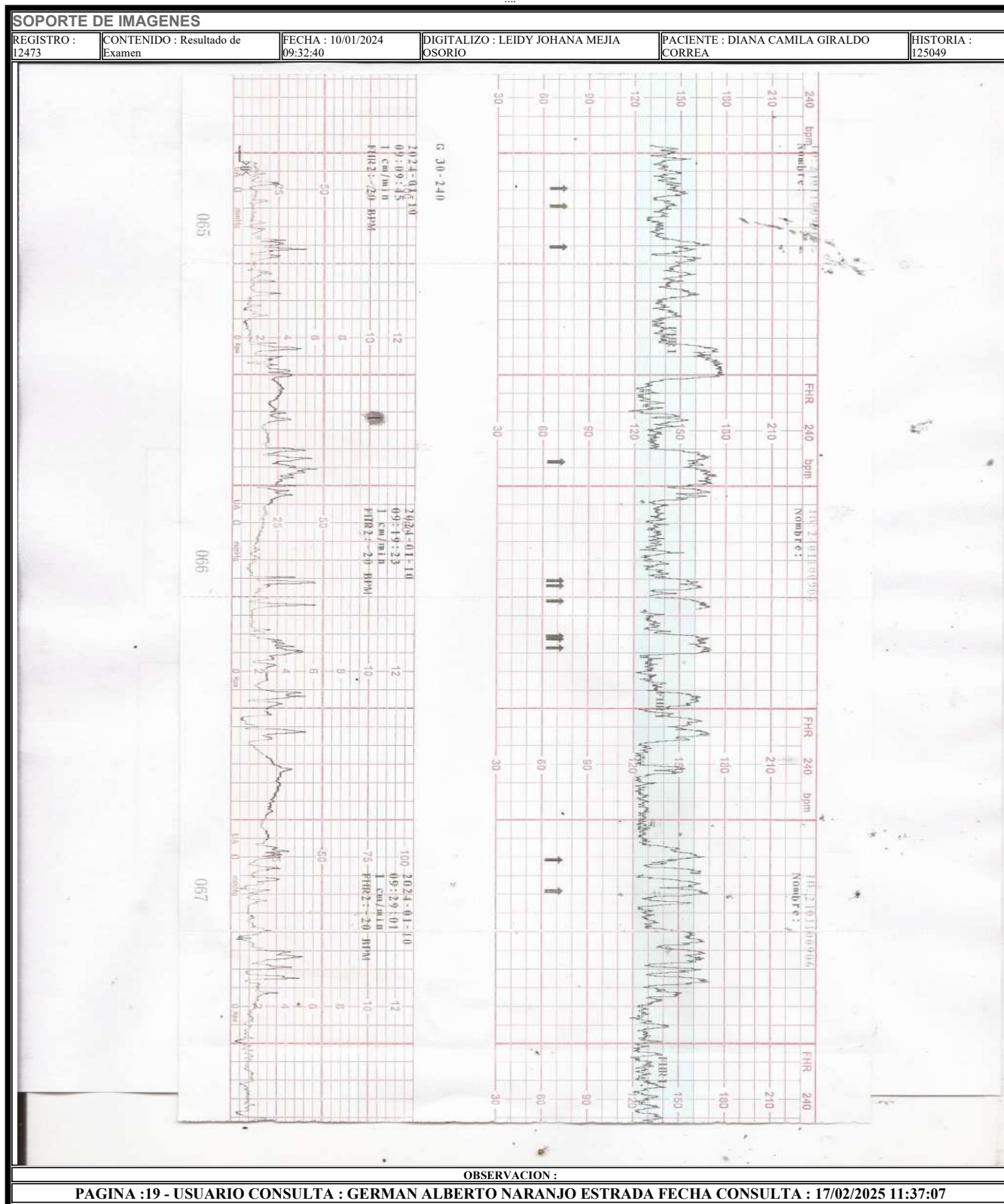
SOPORTE DE IMAGENES					
REGISTRO : 12472	CONTENIDO : Resultado de Examen	FECHA : 10/01/2024 09:32:19	DIGITALIZO : LEIDY JOHANA MEJIA OSORIO	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA	HISTORIA : 125049

	<b>HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS CALI - CARTAGO FORMATO TOMA DE MONITORIA FETAL</b>	Código: ENF-F-44-026
		Vigencia: FEBRERO-2023
		Versión: 01
		Páginas: Página 1 de 1

NOMBRE PACIENTE: Diana Giraldo HISTORIA CLINICA 125049  
IDENTIFICACIÓN: 1113595181 EDAD: 27  
FECHA: 10/01/2024 HORA INICIO DE LA PRUEBA: 9+00 AM ☒ PM ☐  
  
G: 1 P:    A:    C:    V:    M:    EDAD GESTACIONAL: 40 SEMANAS 0 DIAS  
Historia Clínica Indicación del Estudio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**RESULTADO DEL ESTUDIO**  
Duración de la Prueba: 20 min.  
FCF Basal: 135 Latidos x min AMPLITUD (Variabilidad) moderado  
Movimiento Fetales (#): 10 Reactivos (#): 10  
Actividad Uterina de Parto: SI ☐ NO ☒ Regular ☒ x 10 min  
DESACELERACIONES: SI ☐ NO ☒ Espontáneas \_\_\_\_\_ con la contratación Uterina \_\_\_\_\_  
TIPO DE DESACELERACIÓN: Variable ☐ Temprana ☐ Tardía ☐  
**INTERPRETACIONES DEL ESTUDIO**  
MONITORIA FETAL ANTEPARTO \_\_\_\_\_  
(X) REACTIVA ( ) NO REACTIVA ( ) NO SATISFACTORIA  
MONITORIA FETAL INTRAPARTO \_\_\_\_\_  
CATEGORIA I: ☒ CATEGORIA II: ☐ CATEGORIA III: ☐  
Información Adicional: Dilatación, borramiento, estación, líquido amniótico)  
D (cm): \_\_\_\_\_ B (%): \_\_\_\_\_ E (Plano): \_\_\_\_\_ L.A. (aspecto): \_\_\_\_\_  
**ANÁLISIS Y PLAN:**  
Algo 1, bienestar fetal, se cita en semana 40.3.  
  
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
  
OBSERVACION :  
**PAGINA :18 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07**





SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 12476CONTENIDO : OtroFECHA : 10/01/2024 09:34:53DIGITALIZO : MARIA JOSE ZAPATA ALVAREZPACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREAHISTORIA : 125049

Autorizador En Linea

UD93545891 | Cerrar Sesión

Autorizador Atención de Urgencias

AAU2

Datos básicos del afiliado

Fecha Consulta

10/01/2024

Nombre

DIANA CAMILA GIRALDO CORREA

Rango Salarial

A

Tipo ID

CC

Derecho

DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS

Número ID

1113535181

IPS Primaria

IPS COMFANDI CARTAGO

Datos Atención

Nivel Triaje

2

Diagnóstico / Motivo Consulta

O479

Tipo Urgencia

ATENCION INICIAL URGENCIAS

Tipo Prestación

CUPS

Prestación

890701-1

Reconsulta

NO

ATENCION DE URGENCIA BASICA

ATENCION DE URGENCIA BASICA

Cantidad

1

Adicionar

Observación

Validar

Ingreso información de IPS/Consultorio y/o Médico Solicitante

Autorización

Número Autorización

1228894

Oficina

OFICINA CENTRAL DE VALIDACIONES SOMA

\*Solo para servicios autorizados\*

Sujeto a verificación del auditor médico

Resultado Autorización

Código	Nombre	Cantidad	Autorización	Capita	Prestador Capitalización	Recobro	Justificación Resultado
890701-1	ATENCION DE URGENCIA BASICA	1	SI	SI	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA	CAPITACION RECOBRO	

La autorización para atención inicial de urgencia solo valida actividades de nivel 1 y 2. Todo servicio adicional no validado será GLOSADO. Tiene validez de 24 horas, en la cual se debe definir la conducta del paciente

Imprimir

Volver Consulta del Afiliado

Nueva Consulta

OBSERVACION :

PAGINA :20 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

DOCUMENTO DIGITALIZADO

SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 12477CONTENIDO : OtroFECHA : 10/01/2024 09:34:55DIGITALIZO : MARIA JOSE ZAPATA ALVAREZPACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREAHISTORIA : 125049

INFORME AUTORIZADOR EN LINEA

Fecha Consulta: 10/01/2024

Afilado : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA

Identificación: 1113595181

Plan: POS

Rango Salarial: A

Derecho: DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS

Ambito: Urgencias

IPS Primaria: IPS COMFANDI CARTAGO

IPS Solicitante: HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO

SOS

Secretaría Departamental de Salud

RESULTADO SOLICITUD AUTORIZACION DE PRESTACIONES

Codigo Prestación	Nombre Prestación	Cantidad	Respuesta EPS	Capita	Prestador Capitalación	Justificación Resultado	No. Autorización
890701-1	ATENCION DE URGENCIA BASICA	1	Autorizado	SI	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA		1228894

Soporte para presentación de facturas, sujeto a revisión de auditoría médica

10/01/2024 09:34:24 UD93545891

OBSERVACION :

PAGINA :21 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

.....

SOPORTE DE IMAGENES				
REGISTRO : 19132	CONTENIDO : Otro	FECHA : 13/01/2024 07:00:02	DIGITALIZO : MARIA JOSE ZAPATA ALVAREZ	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA
				
PAGINA :22 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07				

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO



.....

SOPORTE DE IMAGENES			
REGISTRO : 19133	CONTENIDO : Otro	FECHA : 13/01/2024 07:00:06	DIGITALIZO : MARIA JOSE ZAPATA ALVAREZ
PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA		HISTORIA : 125049	



  


OBSERVACION :

PAGINA :23 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07


.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

SOPORTE DE IMAGENES																																	
REGISTRO : 19134	CONTENIDO : Otro	FECHA : 13/01/2024 07:00:08	DIGITALIZO : MARIA JOSE ZAPATA ALVAREZ	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA	HISTORIA : 125049																												
<div></div> <div><b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES</b></div> <div>Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud</div> <div><b>Resultados de la consulta</b></div> <div><b>Información Básica del Afiliado :</b></div> <table border="1"><thead><tr><th>COLUMNAS</th><th>DATOS</th></tr></thead><tbody><tr><td>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</td><td>CC</td></tr><tr><td>NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN</td><td>1113595181</td></tr><tr><td>NOMBRES</td><td>DIANA CAMILA</td></tr><tr><td>APELLIDOS</td><td>GIRALDO CORREA</td></tr><tr><td>FECHA DE NACIMIENTO</td><td>**/**/**</td></tr><tr><td>DEPARTAMENTO</td><td>VALLE</td></tr><tr><td>MUNICIPIO</td><td>CARTAGO</td></tr></tbody></table> <div><b>Datos de afiliación :</b></div> <table border="1"><thead><tr><th>ESTADO</th><th>ENTIDAD</th><th>REGIMEN</th><th>FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA</th><th>FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN</th><th>TIPO DE AFILIADO</th></tr></thead><tbody><tr><td>ACTIVO</td><td>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.</td><td>CONTRIBUTIVO</td><td>06/05/2008</td><td>31/12/2999</td><td>COTIZANTE</td></tr></tbody></table> <div>Fecha de Impresión:   01/13/2024 06:58:58   Estación de origen:   192.168.70.220</div> <p>La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES*.</p> <p>Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la <b>Fecha de Afiliación Efectiva</b> hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la <b>Fecha de Finalización de Afiliación</b>, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.</p> <p>La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.</p> <p><b>Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.</b></p> <p>Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.</p> <div>IMPRIMIR CERRAR VENTANA</div> <div>OBSERVACION :</div> <div>PAGINA :24 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07</div>						COLUMNAS	DATOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1113595181	NOMBRES	DIANA CAMILA	APELLIDOS	GIRALDO CORREA	FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**	DEPARTAMENTO	VALLE	MUNICIPIO	CARTAGO	ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO	ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	CONTRIBUTIVO	06/05/2008	31/12/2999	COTIZANTE
COLUMNAS	DATOS																																
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC																																
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1113595181																																
NOMBRES	DIANA CAMILA																																
APELLIDOS	GIRALDO CORREA																																
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**																																
DEPARTAMENTO	VALLE																																
MUNICIPIO	CARTAGO																																
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO																												
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	CONTRIBUTIVO	06/05/2008	31/12/2999	COTIZANTE																												

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO


.....

SOPORTE DE IMAGENES																					
REGISTRO : 19195	CONTENIDO : Autorizacion de EPS	FECHA : 13/01/2024 07:57:21	DIGITALIZO : MELFY CATALINA AGUDELO AGUDELO	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA	HISTORIA : 125049																
<div style="text-align: center;"><b>INFORME AUTORIZADOR EN LINEA</b></div> <div style="text-align: right;"></div> <p>Fecha Consulta: 13/01/2024    Afiliado : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA Identificación: 1113595181    Plan: POS    Rango Salarial: A Derecho: DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS    Ambito: Urgencias IPS Primaria: IPS COMFANDI CARTAGO IPS Solicitante: HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO</p> <div style="text-align: center;"><b>RESULTADO SOLICITUD AUTORIZACION DE PRESTACIONES</b></div> <table border="1"><thead><tr><th>Codigo Prestación</th><th>Nombre Prestación</th><th>Cantidad</th><th>Respuesta EPS</th><th>Capita</th><th>Prestador Capitalización</th><th>Justificación Resultado</th><th>No. Autorización</th></tr></thead><tbody><tr><td>890701-1</td><td>ATENCION DE URGENCIA BASICA</td><td>1</td><td>Autorizado</td><td>SI</td><td>CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA</td><td>Prestaciones capitada para otro prestador</td><td>1244471</td></tr></tbody></table> <p style="text-align: center;">Soporte para presentación de facturas, sujeto a revisión de auditoria médica</p> <p style="text-align: right;">13/01/2024 07:57:08 UD93545891</p>						Codigo Prestación	Nombre Prestación	Cantidad	Respuesta EPS	Capita	Prestador Capitalización	Justificación Resultado	No. Autorización	890701-1	ATENCION DE URGENCIA BASICA	1	Autorizado	SI	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA	Prestaciones capitada para otro prestador	1244471
Codigo Prestación	Nombre Prestación	Cantidad	Respuesta EPS	Capita	Prestador Capitalización	Justificación Resultado	No. Autorización														
890701-1	ATENCION DE URGENCIA BASICA	1	Autorizado	SI	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA	Prestaciones capitada para otro prestador	1244471														
OBSERVACION :																					
PAGINA :25 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07																					

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

SOPORTE DE IMAGENES			
REGISTRO : 19291	CONTENIDO : Otro	FECHA : 13/01/2024 09:22:07	DIGITALIZO : DANIELA TORRES DUQUE
PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA		HISTORIA : 125049	



## HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRUEBA ELISA PARA VIH**

Yo, Diana Camila Giraldo Correa identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.113.595.181  
de \_\_\_\_\_ en calidad de Paciente en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto:

Que, he leído (o que me ha leído) el documento sobre Consentimiento Informado que contiene información sobre el propósito de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos de la prueba.

Que, he recibido consejería PRE-TET (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas).


También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría POST-PRUEBA (procedimiento mediante el cual me entregaran mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea el examen.

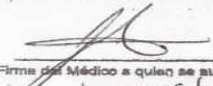
Fui informado de las medidas que se tomaron para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Diana Camila Giraldo Correa  
Firma de la persona quien da el consentimiento

Nombre Diana Camila Giraldo Correa  
Cédula de Ciudadanía No. 1.113.595.181  
H.C. No. \_\_\_\_\_ Tel. 3176757330  
Dirección Calle 1 # 5-59 Silvio Vasquez Obando.

  
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre Jessica Castro Ospina  
Cédula o Registro Profesional No. 1112790644 de Cartago.


  
Firma del Médico a quien se autoriza el Consentimiento informado

Nombre Jessica Castro Ospina  
Cédula o Registro Profesional No. 1112790644 de Cartago  
Fecha: 13/01/2024

Nota: Las consejerías y post-prueba deben ser llevadas acabo por persona entrenada y calificada para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesorías a las personas por temor a estar infectadas por el VIH o de desarrollar el SIDA.

OBSERVACION :

PAGINA :26 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07

SOPORTE DE IMAGENES				
REGISTRO : 19487	CONTENIDO : Resultado de Examen	FECHA : 13/01/2024 13:02:31	DIGITALIZO : SANDRA TERERA GALLEG RUEDA	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA
		<b>HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS CALI - CARTAGO FORMATO TOMA DE MONITORIA FETAL</b>		<b>Código: ENF-F-44-026 Vigencia: FEBRERO-2023 Versión: 01 Páginas: Página 1 de 1</b>
NOMBRE PACIENTE: <u>Diana Giraldo Correa</u> HISTORIA CLINICA <u>125049</u>				
IDENTIFICACIÓN: <u>1113595181</u> EDAD: <u>27 años</u>				
FECHA: <u>13/01/2024</u> HORA INICIO DE LA PRUEBA: _____ AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>				
G: <u>1</u> P: _____ A: _____ C: _____ V: _____ M: _____ EDAD GESTACIONAL: <u>40</u> SEMANAS <u>3</u> DIAS				
Historia Clínica Indicación del Estudio: _____				
<b>RESULTADO DEL ESTUDIO</b>				
Duración de la Prueba: <u>20</u> min.				
FCF Basal: <u>130</u> Latidos x min AMPLITUD (Variabilidad) <u>Modificado</u>				
Movimiento Fetales (#): <u>no reporta</u> Reactivos (#): <u>no reporta</u>				
Actividad Uterina de Parto: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Regular <u>6</u> x 10 min				
DESACELERACIONES: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Espontáneas _____ con la contratación Uterina _____				
TIPO DE DESACELERACIÓN: Variable <input type="checkbox"/> Temprana <input type="checkbox"/> Tardía <input type="checkbox"/>				
<b>INTERPRETACIONES DEL ESTUDIO</b>				
MONITORIA FETAL ANTEPARTO _____				
( <input checked="" type="checkbox"/> ) REACTIVA ( ) NO REACTIVA ( ) NO SATISFACTORIA				
MONITORIA FETAL INTRAPARTO _____				
CATEGORIA I : <input checked="" type="checkbox"/> CATEGORIA II : <input type="checkbox"/> CATEGORIA III : <input type="checkbox"/>				
Información Adicional: Dilatación, borramiento, estación, líquido amniótico)				
D (cm): _____ B (%): _____ E (Plano): _____ L.A. (aspecto): _____				
ANÁLISIS Y PLAN: <u>Acos 1, bienestar fetal, se indica continuar con monitoreo a dosis 72 ac/hora</u>				
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL: _____				
OBSERVACION :				
PAGINA :27 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07				



REGISTRO : 19488	CONTENIDO : Resultado de Examen	FECHA : 13/01/2024 13:02:59	DIGITALIZO : SANDRA TERERA GALLEG RUEDA	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA	HISTORIA : 125049
---------------------	------------------------------------	--------------------------------	--	---	----------------------

HISTORIA :  
125049

**OBSERVACION :**

PAGINA :28 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07

\*\*\*\*\*


DOCUMENTO DIGITALIZADO

## DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

.....

SOPORTE DE IMAGENES					
REGISTRO : 19489	CONTENIDO : Resultado de Examen	FECHA : 13/01/2024 13:03:37	DIGITALIZO : SANDRA TERERA GALLEGO RUEDA	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA	HISTORIA : 125049

	HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS CALI - CARTAGO FORMATO TOMA DE MONITORIA FETAL	Código: ENF-F-44-026
		Vigencia: FEBRERO-2023
		Versión: 01
		Páginas: Página 1 de 1

NOMBRE PACIENTE: Diana Camila Giraldo HISTORIA CLINICA 125049  
IDENTIFICACIÓN: 1113595181 EDAD: 27 años  
FECHA: 13/01/2024 HORA INICIO DE LA PRUEBA: 8:00 AM ☒ PM ☐  
G: 1 P:    A:    C:    V:    M:    EDAD GESTACIONAL: 40 SEMANAS 3 DIAS  
Historia Clínica Indicación del Estudio:     
  

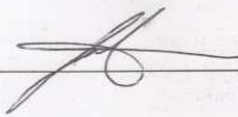
**RESULTADO DEL ESTUDIO**

Duración de la Prueba: <u>20</u> min.
FCF Basal: <u>130</u> Latidos x min
AMPLITUD (Variabilidad) <u>moderado</u>
Movimiento Fetales (#): <u>3</u> Reactivos (#): <u>3</u>
Actividad Uterina de Parto: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> x 10 min
DESACELERACIONES: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Espontáneas <u>  </u> con la contratación Uterina <u>  </u>
TIPO DE DESACELERACIÓN: Variable <input type="checkbox"/> Temprana <input type="checkbox"/> Tardía <input type="checkbox"/>

**INTERPRETACIONES DEL ESTUDIO**

MONITORIA FETAL ANTEPARTO <u>  </u>		
( <input checked="" type="checkbox"/> ) REACTIVA	( <input type="checkbox"/> ) NO REACTIVA	( <input type="checkbox"/> ) NO SATISFACTORIA
MONITORIA FETAL INTRAPARTO <u>  </u>		
CATEGORIA I: <input checked="" type="checkbox"/>	CATEGORIA II: <input type="checkbox"/>	CATEGORIA III: <input type="checkbox"/>
Información Adicional: Dilatación, borramiento, estación, líquido amniótico)		
D (cm): <u>2</u>	B (%): <u>60</u>	E (Plano): <u>1</u> L.A. (aspecto): <u>membrana íntegra</u>

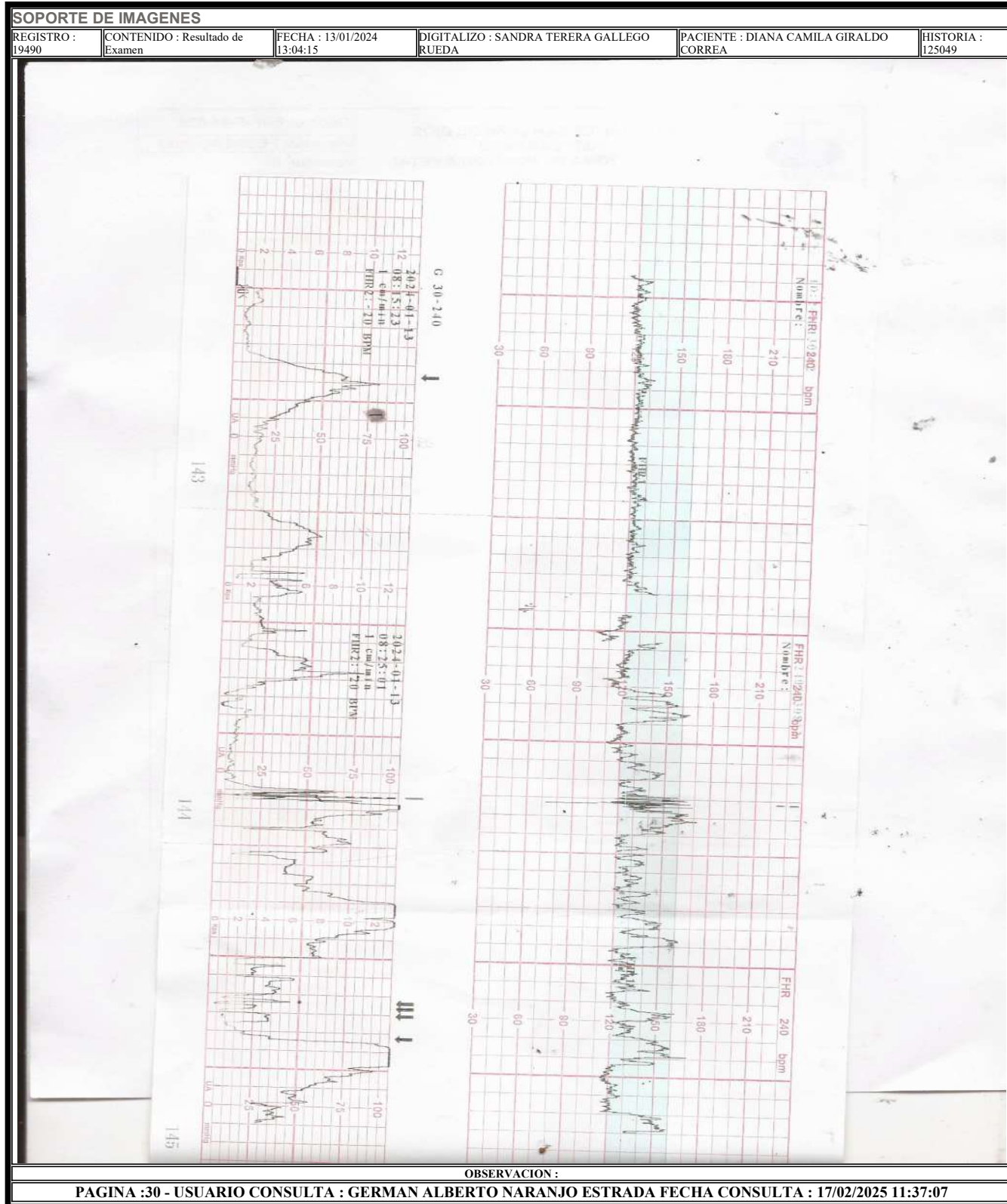
ANÁLISIS Y PLAN:  
Ante 1, bienestar fetal

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL: 

OBSERVACION :


PAGINA :29 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07

.....


IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO....  
....  
....  
........  
....  
....  
....  
....



IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

SOPORTE DE IMAGENES				
REGISTRO : 19795	CONTENIDO : Otro	FECHA : 13/01/2024 23:43:05	DIGITALIZO : LUISA FERNANDA VALENCIA CORREA	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA
				HISTORIA : 125049
<div><div><b>HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS</b> <small>Experiencia de Vida y Modelo de Servicio</small></div><div>LISTA DE CHEQUEO PARA LA ATENCIÓN SEGURA DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO</div><div><div>Código: ENF-F-44-05</div><div>Versión: 1</div><div>Vigencia: 30/09/2021</div></div></div>				
Nombres y apellidos: <u>Diana Camila Giraldo Correa</u> <u>SOS</u> EPS				
Tipo de identificación y número: <u>1113595181</u> HC: <u>125049</u> Fecha: <u>13/1/24</u>				
<b>Aspectos que se deben tener en cuenta durante la atención al Binomio</b>				
Consentimientos diligenciados	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	N/A	
Se indagan alergias	<input checked="" type="checkbox"/>			
El personal médico ya conoce de la paciente	<input checked="" type="checkbox"/>			
El binomio puede ser atendido en mediana complejidad	<input checked="" type="checkbox"/>			
Se confirma la disponibilidad de camas	<input checked="" type="checkbox"/>			
Se indentifican antecedentes patológicos	<input checked="" type="checkbox"/>			
Se diligencia Historia Clínica Completa	<input checked="" type="checkbox"/>			
Se toman muestras de laboratorio	<input checked="" type="checkbox"/>			
Se realiza monitoria fetal	<input checked="" type="checkbox"/>			
La monitoria fetal tiene reporte	<input checked="" type="checkbox"/>			
Se firma escala de riesgos de caidas y úlceras por presión	<input checked="" type="checkbox"/>			
Se adminsitran medicamentos	<input checked="" type="checkbox"/>			
Tiene ecografias pendientes		<input checked="" type="checkbox"/>		
Tiene interconsultas pendientes				
<b>TRABAJO DE PARTO</b>				
Se realiza control de enfermería con horario	<input checked="" type="checkbox"/>			
Se realiza control por parte de médico	<input checked="" type="checkbox"/>			
Se diligencia Partograma		<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>ANTES DEL TRABAJO DE PARTO</b>				
Verificar la presenencia de todo el equipo de trabajo	<input checked="" type="checkbox"/>			
<b>VERIFICACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS</b>				
Carro de paro completo y disponible en la sala	<input checked="" type="checkbox"/>			
Lampara de calor radiante en buen estado	<input checked="" type="checkbox"/>			
Equipos para la atención del parto disponibles	<input checked="" type="checkbox"/>			
Kit de emergencias obsteticas	<input checked="" type="checkbox"/>			
Kit de atención del recién nacido	<input checked="" type="checkbox"/>			
<b>PINZAMIENTO DEL CORDÓN</b>				
Inmediato	<input checked="" type="checkbox"/>			
Después de 2 minutos				
Cuando dejó de pulsar				
<b>CONTACTO PIEL A PIEL</b>				
Inmediato	<input checked="" type="checkbox"/>			
Después de unos minutos				
No se realiza				
OBSERVACION :				
PAGINA :31 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07				


IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

SOPORTE DE IMAGENES				
REGISTRO : 19797	CONTENIDO : Otro	FECHA : 13/01/2024 23:43:10	DIGITALIZO : LUISA FERNANDA VALENCIA CORREA	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA
			HISTORIA : 125049	
				
LISTA DE CHEQUEO PARA LA ATENCIÓN SEGURA DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO				
<b>TIEMPO DE DURACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL</b>				
30 minutos	SI	NO	N/A	
60 minutos				
No se realizó	/			
<b>POSTPARTO INMEDIATO</b>				
Control de signos vitales (mamá) cada 15 minutos por una hora	/			
Vigilancia del sangrado con cada toma de signos vitales	/			
Toma de temperatura cada hora	/			
Lactancia Materna	/			
<b>PROFILAXIS DEL RECIÉN NACIDO (Antes o después del contacto piel a piel)</b>				
Aplicación de vitamina K	/			
Se realiza profilaxis del cordón	/			
Se realiza profilaxis oftálmica con yodopovidona	/			
<b>MEDIDAS ANTROPOMETRICAS (Antes o después del contacto piel a piel)</b>				
Se pesa el recién nacido	/			
Se talla el recién nacido	/			
Se toma perímetro cefálico	/			
Se toma perímetro torácico	/			
Se toma perímetro abdominal	/			
<b>SE BRINDA FÓRMULA ARTIFICIAL</b>				
Se adminstra en copa		/		
Se adminstra en biberón		/		
<b>VACUNACIÓN</b>				
Se adminstra vacuna de BCG		/		
Se adminstra vacuna de Hepatitis B		/		
Se diligencia el carnet de vacunas		/		
Se documenta todo en la historia clínica		/		
Responsable: Daniela Torres				
OBSERVACION :				
PAGINA :32 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07				

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

SOPORTE DE IMAGENES					
REGISTRO : 19978	CONTENIDO : Resultado de Examen	FECHA : 14/01/2024 12:15:48	DIGITALIZO : LADY GISSELLA OBANDO GALVIS	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA	HISTORIA : 125049

	<b>HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS CALI - CARTAGO</b> <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>		Código: OBST-F-36-028
			Vigencia: AGOSTO-2023
			Versión: 01
			Páginas: Página 1 de 2

NOMBRE DEL PACIENTE: <u>Diana Camila Giraldo Correa</u>			TIPO ID: CC
Nº ID: <u>1113595181</u>	Nº HC:	EDAD:	EAPB: <u>SOS</u>
FECHA: <u>13/01/24</u>			

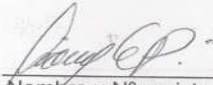
Yo Diana Camila Giraldo Correa con No. De identificación 1113595181 reconozco que me han proporcionado información amplia, precisa y suficiente, sobre los beneficios de usar un método anticonceptivo para cuidar mi salud y prevenir embarazos, por lo que entiendo y declaro lo siguiente:

1. Se me ha informado que existen métodos anticonceptivos temporales y definitivos para mí y mi pareja.
- Los métodos temporales disponibles en el Instituto de Salud son: Implante subdérmico (hormonales), la inyección trimestral (hormonal) y DIU.
- Que tanto los métodos temporales como los definitivos, llegan a fallar y por lo tanto, existe la posibilidad de quedar embarazada.
- Que se me ha informado con amplitud y claridad sobre todas y cada una de las posibles molestias o efectos no deseados que puedo tener al usar un método anticonceptivo.
- De igual manera he recibido información sobre los riesgos generales y frecuentes del procedimiento tales como: sangrado, infección, hematomas, piel queloides entre otros.
- Que me comprometo acudir a revisión médica en caso de llegar a tener alguna duda, molestia o cuando se me indique.

Por lo tanto, es mi decisión libre, consciente e informada aceptar el uso del siguiente método: Inyección Medoxiprogesterona

Firmo este CONSENTIMIENTO por mi libre voluntad sin haber estado sujeta(o) a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

<u>1.113.595.181</u> <u>Diana Camila Giraldo C.</u> Nombre del paciente y N° de documento	 Nombre y N° registro del profesional
---	--

OBSERVACION :
PAGINA :33 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07

• • • • •

• • • • •

• • • • •

• • • • •

• • • •

• • • •



## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 19982	CONTENIDO : Resultado de Examen	FECHA : 14/01/2024 12:16:25	DIGITALIZO : LADY GISSELLA OBANDO GALVIS	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA	HISTORIA : 125049
---------------------	------------------------------------	--------------------------------	---	---	----------------------

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS CALI - CARTAGO																																																																																													
FORMATO CONTROL DE SIGNOS VITALES PUERPERIO (POSTPARTO - CESAREA)																																																																																													
NOMBRE PACIENTE: Diana Camila Giraldo																																																																																													
Nº DE H.C.:																																																																																													
FECHA: 13-04	HORA: 16:43	TA	FC	FR	TR	TONO	INVOLUCIÓN	SANGRADO	ESTADO DE CONCIENCIA																																																																																				
									A S O D																																																																																				
DURANTE LAS DOS PRIMERAS HORAS									NOMBRE LEGIBLE																																																																																				
<table border="1"> <tr> <td>15'</td> <td>18:00</td> <td>125/72</td> <td>89</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>98</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30'</td> <td>18:15</td> <td>125/72</td> <td>93</td> <td>18</td> <td>35</td> <td>99</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>45'</td> <td>18:30</td> <td>125/74</td> <td>90</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>97</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60'</td> <td>18:45</td> <td>127/74</td> <td>98</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>99</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										15'	18:00	125/72	89	18	36	98	✓	Inv.	Lucas	✓											30'	18:15	125/72	93	18	35	99	✓	Inv.	Lucas	✓											45'	18:30	125/74	90	18	36	97	✓	Inv.	Lucas	✓											60'	18:45	127/74	98	18	36	99	✓	Inv.	Lucas	✓										
15'	18:00	125/72	89	18	36	98	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
30'	18:15	125/72	93	18	35	99	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
45'	18:30	125/74	90	18	36	97	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
60'	18:45	127/74	98	18	36	99	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>15'</td> <td>19:00</td> <td>125/72</td> <td>89</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>98</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30'</td> <td>19:15</td> <td>122/78</td> <td>91</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>95</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>45'</td> <td>19:30</td> <td>122/76</td> <td>91</td> <td>19</td> <td>36</td> <td>94</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60'</td> <td>19:45</td> <td>116/80</td> <td>94</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>95</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										15'	19:00	125/72	89	18	36	98	✓	Inv.	Lucas	✓											30'	19:15	122/78	91	18	36	95	✓	Inv.	Lucas	✓											45'	19:30	122/76	91	19	36	94	✓	Inv.	Lucas	✓											60'	19:45	116/80	94	18	36	95	✓	Inv.	Lucas	✓										
15'	19:00	125/72	89	18	36	98	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
30'	19:15	122/78	91	18	36	95	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
45'	19:30	122/76	91	19	36	94	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
60'	19:45	116/80	94	18	36	95	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>30'</td> <td>20:15</td> <td>124/74</td> <td>90</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>93</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60'</td> <td>20:45</td> <td>123/75</td> <td>91</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>92</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										30'	20:15	124/74	90	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓											60'	20:45	123/75	91	18	36	92	✓	Inv.	Lucas	✓																																																				
30'	20:15	124/74	90	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
60'	20:45	123/75	91	18	36	92	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>30'</td> <td>21:15</td> <td>113/64</td> <td>84</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>93</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60'</td> <td>21:45</td> <td>119/65</td> <td>82</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>93</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										30'	21:15	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓											60'	21:45	119/65	82	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																				
30'	21:15	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
60'	21:45	119/65	82	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>30'</td> <td>23:30</td> <td>118/64</td> <td>81</td> <td>95</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>93</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60'</td> <td>24:00</td> <td>113/63</td> <td>81</td> <td>97</td> <td>17</td> <td>36</td> <td>96</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										30'	23:30	118/64	81	95	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓										60'	24:00	113/63	81	97	17	36	96	✓	Inv.	Lucas	✓																																																			
30'	23:30	118/64	81	95	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																		
60'	24:00	113/63	81	97	17	36	96	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																		
<table border="1"> <tr> <td>30'</td> <td>25:00</td> <td>113/64</td> <td>84</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>93</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60'</td> <td>25:30</td> <td>113/64</td> <td>84</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>93</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										30'	25:00	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓											60'	25:30	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																				
30'	25:00	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
60'	25:30	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>30'</td> <td>26:00</td> <td>113/64</td> <td>84</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>93</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60'</td> <td>26:30</td> <td>113/64</td> <td>84</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>93</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										30'	26:00	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓											60'	26:30	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																				
30'	26:00	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
60'	26:30	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>30'</td> <td>27:00</td> <td>113/64</td> <td>84</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>93</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60'</td> <td>27:30</td> <td>113/64</td> <td>84</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>93</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										30'	27:00	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓											60'	27:30	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																				
30'	27:00	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
60'	27:30	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>30'</td> <td>28:00</td> <td>113/64</td> <td>84</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>93</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60'</td> <td>28:30</td> <td>113/64</td> <td>84</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>93</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										30'	28:00	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓											60'	28:30	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																				
30'	28:00	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
60'	28:30	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>30'</td> <td>29:00</td> <td>113/64</td> <td>84</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>93</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60'</td> <td>29:30</td> <td>113/64</td> <td>84</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>93</td> <td>✓</td> <td>Inv.</td> <td>Lucas</td> <td>✓</td></tr></table>										30'	29:00	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓											60'	29:30	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																				
30'	29:00	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			
60'	29:30	113/64	84	18	36	93	✓	Inv.	Lucas	✓																																																																																			

**OBSERVACION :**

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 19986	CONTENIDO : Resultado de Examen	FECHA : 14/01/2024 12:16:32	DIGITALIZO : LADY GISELLA OBANDO GALVIS	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA	HISTORIA : 125049
---------------------	------------------------------------	--------------------------------	--	---	----------------------

[illegible]

---

---

**OBSERVACION :**


PAGINA :36 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07



IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

SOPORTE DE IMAGENES					
REGISTRO : 19993	CONTENIDO : Otro	FECHA : 14/01/2024 12:41:24	DIGITALIZO : LADY GISSELLA OBANDO GALVIS	PACIENTE : DIANA CAMILA GIRALDO CORREA	HISTORIA : 125049



	<b>HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS</b>	<b>Código: ENF-F-44-025</b>
	<b>CALI - CARTAGO</b>	<b>Vigencia: FEBRERO-2023</b>
	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>Versión: 01</b>
	<b>DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA</b>	<b>Páginas: Página 2 de 2</b>

por el médico para su evolución y seguimiento durante la estancia hospitalaria.

**Riesgos y complicaciones:** Durante o después del procedimiento usted puede presentar

- Dolor localizado
- Alergias
- Retiro accidental del dispositivo médico
- Inflamación del sitio de punción
- Sangrado
- Rubor o equimosis, lesión de piel
- Otros: \_\_\_\_\_

Doy constancia de que se me han explicado los beneficios, riesgos y complicaciones, además de la naturaleza de los actos de cuidado de enfermería, para que el equipo de auxiliares de enfermería y enfermeros profesionales realice los procedimientos que mi condición (o condición del paciente al que represento) requiera. Adicionalmente, me comprometo a cumplir las normas de seguridad institucionales y las prácticas de autocuidado para favorecer mi salud y la de las demás personas.

Manifiesto que en cualquier momento durante el proceso de mi atención puedo negarme a la realización de dichos procesos.

Acepto las intervenciones ☒

No acepto las intervenciones bajo mi responsabilidad ☐

1.113.595.181.  
Diana Camila Giraldo Correa  
Firma y N° del documento del Paciente  
O Representante Legal



\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo y N° de Documento

Ana deida Pios  
Firma del Profesional y N° de Registro

OBSERVACION :

PAGINA :38 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 17/02/2025 11:37:07

## IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO

## EPICRISIS

CR3 BIS CII 1 y 2 CARTAGO - COLOMBIA

## HISTORIA CLINICA

125049

4

CC 1113595181



NOMBRES DIANA CAMILA APELLIDOS GIRALDO CORREA EDAD 27 años 4 meses 0 días SEXO F

FECHA DE INGRESO	03/01/2024 15:42:18	FECHA DE EGRESO	03/01/2024 17:52:46	REGISTRO	153082
SERVICIO DE INGRESO	SALA DE OBSTETRICIA	SERVICIO DE EGRESO	SALA DE OBSTETRICIA		
ESTADO GENERAL AL INGRESO		ESTADO GENERAL AL EGRESO			
ESTABLE		ESTABLE			

MOTIVO DE LA CONSULTA "TENGO DOLOR BAJITO Y ME ESTA SALIENDO FLUJO ROSADO"

ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE DE 27 AÑOS HEMOCLASIFICACION O POSITIVO G1A0P0 CON EMBARAZO DE 39 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL 07/07/23 PARA 13.2 SEMANAS QUIEN INGRESA REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR EN HIPOGASTRIO DE MODERADA INTENSIDAD E INTERMITENTE CONCOMITANTE CON SALIDA DE FLUJO VAGINAL DE COLOR ROSADO. REFIERE MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES NIEGA SANGRADO VAGINAL, NIEGA PREMONITORIOS. PACIENTE CON ADECUADO CONTROL PRENATAL SIN ALTERACIONES

ANTECEDENTES NEGATIVOS

## REVISION POR SISTEMAS

LO REFERIDO

HALLAZGOS DEL EXAMEN FISICO Piel: NORMAL Cabeza : NORMAL Cuello/Torax : NORMAL Cardio/Pulmonar :NORMAL Abdomen/Espalda : ABDOMEN CON UTERO GRAVIDO AU 34CM FUV CEFALICO DORSO IZQUIERDO FCF 143 LXM NO SE PALPA ACTIVIDAD UTERINA Genital/Recto :CUELLO UTERINO INTERMEDIO LARGO CERRADO SIN SANGRADO NI OTRAS PERDIDAS VAGINALES Extremidades : NORMAL Neurologico :NORMAL

CONDICION PACIENTE DE 27 AÑOS PRIMIGESTANTE CON EMBARAZO DE 39 SEMANAS POR ECOGRAFIA TEMPRANA QUIEN INGRESA EN CONTEXTO DE SINTOMAS COMPATIBLES CON PREPARTO, AL INGRESO CLINICAMENTE ESTABLE SIGNOS VITALES EN LIMITES NORMALES EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES CUELLO UTERINO SIN CAMBIOS, SE REALIZA MONITOREO FETAL EL CUAL ES REACTIVO CATEGORIA I ACOG, CON VARIABILIDAD MODERADA SIN ACELERACIONES NI DESACELERACIONES, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES SIN ACTIVIDAD UTERINA. SE DA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR SE INDICA ACUDIR AL SERVICIO POR URGENCIAS EL DIA 10 DE ENERO SI NO HA DESENCADENADO PARTO DE MANERA ESPONTANEA PARA REALIZAR NUEVA VALORACION

## DIAGNOSTICOS DE INGRESO

O479 FALSO TRABAJO DE PARTO SIN OTRA ESPECIFICACION ok

EVOLUCION SALIDA DE PACIENTE

## AYUDAS DIAGNOSTICAS

NINGUNO

## DIAGNOSTICOS DE

Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS ok

## TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DILIGENCIA

EDNA CAROLINA UPEGUI MOLANO

CERTIFICADO

NINGUNO

665001 SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA --

684003 HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA --

## INTERCONSULTAS

ESTADO FINAL

VIVO

DIAS INCAPACIDAD

0

NINGUNO

## PLAN DE MANEJO AMBULATORIO

DESTINO DE PACIENTE

Atendido y Enviado a Casa

SALIDA DE PACIENTE

EDNA CAROLINA UPEGUI MOLANO

IDENTIFICACIÓN DE MEDICO

31428894

RM

31428894

REGISTRO MEDICO Y CARGO

MEDICO GENERAL

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO

EPICRISIS

CR3 BIS CII 1 y 2 CARTAGO - COLOMBIA

HISTORIA CLINICA

125049

5

CC1113595181

NOMBRES

DIANA

CAMILA

APELLIDOS

GIRALDO

CORREA

EDAD

27

4

0

SEXO

F

FECHA DE INGRESO

07/01/2024 17:15:19

FECHADE EGRESO

07/01/2024 19:56:45

REGISTRO

153474

SERVICIO DE INGRESO

SALA DE OBSTETRICIA

SERVICIO DE EGRESO

SALA DE OBSTETRICIA

ESTADO GENERAL AL INGRESO

ESTABLE

ESTADO GENERAL AL EGRESO

ESTABLE

MOTIVO DE LA CONSULTA

TENGO DOLOR DE CABEZA\*

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 27 AÑOS, ESTADO CIVIL: SOLTERA, ESCOLARIDAD: BACHILLERATO COMPLETO, G1P0 CPN " 10 INICAN A LAS 11.4 SSCURSANDO CON EMBVARADO DE 30 SS POR ECOGRAFIA TEMPRANA DEL 30/05/23 PARA 7.2 SS QUIEN CURSA CON CUADRO CLINICO DE UN DIA DE EVOLUCION DE CEFALERA DE PREDOMINO OCCIPITAL QUE SE IRRADIA HACIA REGION CERVICAL Y NAUSEAS. NIEGA FIEBRE, NIEGA EMESIS, NIEGA PERDIDAS VAGINALES, NIEGA DOLOR TIPO CONTRACCION U OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA. TENSIONES ARTERIALES: 124/80 - 128/74 128/82 MMHG.

ANTECEDENTES

NEGATIVOS

REVISION POR SISTEMAS

LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

HALLAZGOS DEL EXAMEN FISICO

Piel: NORMAL Cabeza : NORMAL Cuello/Torax : NORMAL Cardio/Pulmonar :MURMULLO VESICULAR PRESENTE,NO AGREGADOS. Abdomen/Espalda : UTERO GRAVIDO, AU: 35 CM, CEFALICO DORSO IZQUIERDO. Genital/Recto :TV: CUELLO POSTERTIOT LARGO, PERMEABLE A UN DEDO. TAPON MUCOSO. NO HIDRORREA, MEMBRANAS INTEGRAS. Extremidades : NORMAL Neurologico :NORMAL

CONDICION

PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD, G1P0 HOY CON 39 SS POR ECOGRAFIA TEMPRANA QUIEN CONSULTA POR CUADRO DE 12 HORAS DE EVOLUCION DE CEFALEA DE PREDOMINIO OCCIPITAL QUE SE IRADIA A REGION CERVICAL. ALE XAMEN FISICO DOLOR ALA PALPACION DE MUSCULOS CERVICALES, CIFRAS TEMNSIONALES DENTRO DE LIMIES DE NORMALIDAD EN 3 TOMAS, EN TV SIN CAMBIOS SUGESTIVOS DE TRABAJO DE PARTO, SE INDICA ANALGESIA, TOMA DE MONITORIA Y CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES. SE REVALORARÁ CON RESULTADOS.

PLAN

LEV: PASAR 500 CC SSLN 0.9%  
METOCLOPRAMIDA 1 AM EV EN 250 CC DE SSLN 0.9

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

R11XNAUSEA Y VOMITO

ok

EVALUACION

SALIDA DE PACIENTE

AYUDAS DIAGNOSTICAS

NINGUNO

DIAGNOSTICOS DE

...

R11XNAUSEA Y VOMITO

ok

TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DILIGENCIO

ISABEL SOFIA GRISALES PESCADOR

CERTIFICADO

NINGUNO

INTERCONSULTAS

ESTADO FINAL

VIVO

DIAS INCAPACIDAD

0

NINGUNO

PLAN DE MANEJO AMBULATORIO

DESTINO DE PACIENTE

Atendido y Enviado a Casa

ANALISIS/PLAN: \*\*NOTA DE REVALORAICON GYO\*\*  
DIANA CAMILA GIRALDO\_  
27 AÑOS\_  
IDX:  
EMBARAZO DE 39SS POR ECOGRAFIA TEMPRANA 30/05/23 PARA 7.2 SS\_  
FUV  
CEFÁLEA TENSIONAL?\_  
PACIENTE PRIMIGESTANTE G1P0 CURSANDO CON EMBARAZO DE 3;9 SEMANAS POR ECOGRAFIA TEMPRANA QUIEN INGRESA AL SERVICIO POR CUADRO CLINICO CONSISTENTE EN CEFALAOCCIPITAL QUE SE IRRADIA HACIA REGION CERVICAL Y NAUSEAS, NIEGA SINTOMAS PREMONITORIOS, NIEGA SINTOMAS URINAQRIOS.

ISABEL SOFIA GRISALES PESCADOR

IDENTIFICACIÓN DE MEDICO

1010125870

RM

1010125870

REGISTRO MEDICO Y CARGO

MEDICO SSO

Fecha y Hora de Impresion : 16/02/2025 15:14:53 RedSalud V.1.0.20

Isabel Sofia Grisales

## IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO

## EPICRISIS

CR3 BIS CII 1 y 2 CARTAGO - COLOMBIA

## HISTORIA CLINICA

125049

7

CC 1113595181



NOMBRES DIANA CAMILA APELLIDOS GIRALDO CORREA EDAD 27 años 5 mes 0 dias SEXO F

FECHA DE INGRESO 13/01/2024 06:59:49

SERVICIO DE INGRESO SALA DE OBSTETRICIA

ESTADO GENERAL AL INGRESO

VIVA

FECHA DE EGRESO 14/01/2024 11:29:05

REGISTRO 154138

SERVICIO DE EGRESO SALA DE OBSTETRICIA

ESTADO GENERAL AL EGRESO

VIVA

MOTIVO DE LA CONSULTA \*\*\*\*\* ME DIJERON QUE HOY ERA LA FECHA MAXIMA \*\*\*\*\*

ENFERMEDAD ACTUAL  
PACIENTE FEMENINA RESIDE EN OBANDO VALLE, OCUPACION: GOBERNACION, ESCOLARIDAD: PROFESIONAL, ESTADO CIVIL: UNION LIBRE MENOS DE 2 AÑOS, HEMOCLASIFICACION O+, PRIMIGESTANTE, CURSANDO CON EMBARAZO DE 40.3 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL 07/07/2023 PARA 13.2 SEMANAS, REALIZO CONTROLES PRENATALES DESDE LA SEMANA 7.1 EN TOTAL 10 CPN CON REGISTRO DE CIFRAS TENSIONALES EN METAS, CONSULTA REFIRIENDO QUE FUE CITADA PARA EL DIA DE HOY PARA INDUCCION DADO A NO INICIO ESPONTANEO DE SU TRABAJO DE PARTO, ADEMAS INDICA INICIO DESDE LA MADRUGADA CON DOLOR TIPO CONTRACCION UTERINA DE CORTA DURACION REGULARES, REFIERE PERCIBIR MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA PERDIDAS VAGINALES, NIEGA PREMONITORIOS \*\*REPORTES DE PARACLINICOS: 20/05/2023: UROCULTIVO NEGATIVO, GLUCOSA : 82, HEMOCLASIFICACION O+, CH: HB: 14 HTO: 40.6 PLAQ: 331.000, AGSHB NEGATIVO, TOXO IGG NO REACTIVO, IGM NO REACTIVO, RUBEOLA IGG REACTIVO IGM NO REACTIVO, // 25/07/2023: CTGO: PRE 71, POS 1H: 146, POS 2 H: 132, TSH: 1.70, TOXO IGM NO REACTIVO, T4L: 0.98 // 14/08/2023 TOXO IGM NO REACTIVO // 16/08/2023 FROTIS NO PATOLOGICO // 16/08/2023: PCR 27, CH: LEUCOS 10.190 N: 69.6% L: 14.2% HB: 12.9 HTO: 36.9 PLAQ: 287.000 UROANALISIS NO PATOLOGICO, // 18/10/2023: TOXO IGM NO REACTIVO, 11/12/2023:

ANTECEDENTES  
NEGATIVOS

## REVISION POR SISTEMAS

LO REFERIDO EN HC

HALLAZGOS DEL EXAMEN FISICO  
Piel: NORMAL Cabeza : NORMAL Cuello/Torax : NORMAL Cardio/Pulmonar :NORMAL Abdomen/Espalda : ABDOMEN GRAVIDO AU: 35.5 CM AUNQUE CON ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO FETO CEFALICO, NO SE EVIDENCIA DINAMICA UTERINA, SE PERCIBEN MOVIMIENTOS FETALES Genital/Recto :TACTO VAGINAL CUELLO INTERMEDIO, EUTERMICO D: 2 CM B: 40% MEMBRANAS INTEGRAS SALIDA DE TAPON MUCOSO Extremidades : NORMAL Neurologico :NORMAL

CONDUCTA  
PACIENTE FEMENINA DE 27 AÑOS, PRIMIGESTANTE CON EMBARAZO A TERMINO, AL EXAMEN FISICO SIGNOS VITALES DENTRO DE NORMALIDAD, CAMBIOS CERVICALES INCIPIENTES, SE CONSIDERA EN PREPARTO, INGRESO PARA MONITORIA FETAL Y, SS LABORATORIOS Y SS VALORACION POR GINECOLOGA DE TURNO PARA DEFINIR CONDUCTA, EXPLICO CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

## DIAGNOSTICOS DE INGRESO

O479 FALSO TRABAJO DE PARTO SIN OTRA ESPECIFICACION ok

EVALUACION  
SUBJETIVO: PACIENTE REFIERE ESTAR TRANQUILA, NIEGA DOLOR, NIEGA MAREOS, HA TOLERADO LA VIA ORAL, SANGRADO VAGINAL MINIMO

## AYUDAS DIAGNOSTICAS

- 1. CUADRO HEMATOCRITO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRA - 2. TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (FTA-ABS O TPHA-PRUEBA TREPONEMICA) - 3. VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS - PRUEBA RAPIDA

## DIAGNOSTICOS DE

O800 PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE ok

## TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DILIGENCIO

EDGAR HERNAN PAVI ESCOBAR

CERTIFICADO

MEDICO

## INTERCONSULTAS

ESTADO FINAL

VIVO

DIAS INCAPACIDAD 0

- 1 CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL - 2 CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA

## PLAN DE MANEJO AMBULATORIO

## DESTINO DE PACIENTE

Atendido y Requiere Cita de Control

PACIENTE CON FONDO AFECTIVO TRISTE, PROPIO DEL EVENTO Y SITUACION CON SU RECIEN NACIDO, SOLICITA ALTA TEMPRANA, ANTES DE CUMPLIR EL TIEMPO PROTOCOLARIO DE 24 HORAS DE VIGILANCIA PARA IR A ACOMPAÑAR A SU ESPOSO Y SU RECIEN NACIDO EN UNIDAD NEONATAL DE LA CIUDAD DE PEREIRA. ANTE ESTABILIDAD CLINICA Y HEMODINAMICA SE DECIDE DE MANERA EXCEPCIONAL DAR EL EGRESO A LA PACIENTE CON CLAROS SIGNOS DE ALARMA ESCUCHADOS POR ELLA Y SU ACOMPAÑANTE ( SUEGRA) PARA RECONSULTAR DE MANERA URGENTE EN PREVENCION DE UNA COMPLICACION PUERPERAL MATERNA.  
PLAN:  
ACETAMINOFEN 1 GR CADA 8 HORAS  
SULFATO FERROSO CADA DIA X 2 MESES  
CITA DE CONTROL EN 7 DIAS CON MEDICINA GENERAL  
LICENCIA DE MATERNIDAD X 126 DIAS  
PLANIFICACION FAMILIAR CON INYECTABLE TRIMNESTRAL

EDGAR HERNAN PAVI ESCOBAR

IDENTIFICACIÓN DE MEDICO

1067523947

RM

1067523947

REGISTRO MEDICO Y CARGO

MEDICO SSO

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO

EPICRISIS


CR3 BIS CII 1 y 2 CARTAGO - COLOMBIA

HISTORIA CLINICA

127227

1

CN 24015310822829



NOMBRES

HIJO DE DIANA

CAMILA

APELLIDOS

GIRALDO

CORREA

EDAD

0

0

0

añosmesdías

SEXO

M

FECHA DE INGRESO

13/01/2024 16:57:31

FECHADE EGRESO

13/01/2024 19:15:10

REGISTRO

154094

SERVICIO DE INGRESO

SALA DE RECIEN NACIDOS

SERVICIO DE EGRESO

SALA DE RECIEN NACIDOS

ESTADO GENERAL AL INGRESO

ESTABLE

ESTADO GENERAL AL EGRESO

ESTABLE

MOTIVO DE LA CONSULTA

RECIEN NACIDO CON MALA ADAPTACION NEONATAL

ENFERMEDAD ACTUAL

RECIEN NACIDO A TERMINO EN MALAS CONDICIONES GENERALES, MALA ADAPTACION NEONATAL SE INGRESA INMEDIATAMENTE AL SISTEMA CON NACIDO VIVO SIN MEDIDAS ANTROMETRICAS YA QUE SE PRIORIZA ATENCION

ANTECEDENTES

SE DESCONOCE

REVISION POR SISTEMAS

LO REFERIDO EN HC

HALLAZGOS DEL EXAMEN FISICO

Piel: NORMAL Cabeza : NORMAL Cuello/Torax : NORMAL Cardio/Pulmonar :NORMAL Abdomen/Espalda : NORMAL Genital/Recto :NORMAL Extremidades : NORMAL Neurologico :NORMAL

CONDUCTA

RECIEN NACIDO MALAS CONDICIONES GENERALES, CON MALA ADAPTACION NEONATAL , QUE REQUIERE MANIOBRAS DE REANIMACION, CICLOS DE VPP, ITO, PACIENTE QUE RESPONDE A MANEJO POR LO QUE SE INGRESA AL SISTEMA PARA REMISION COMO URGENCIA VITAL PARA UCI NEONATAL, SE EXPLICA A MADRE Y PADRE CONDUCTA.

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

Z370 NACIDO VIVO, UNICO

ok

EVALUACION

SALIDA DE PACIENTE

AYUDAS DIAGNOSTICAS

NINGUNO

DIAGNOSTICOS DE

...

Z370 NACIDO VIVO, UNICO

ok

TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DILIGENCIO

JESSICA CASTRO OSPINA

CERTIFICADO

NINGUNO

INTERCONSULTAS

ESTADO FINAL

VIVO

DIAS INCAPACIDAD

0

NINGUNO

PLAN DE MANEJO AMBULATORIO

DESTINO DE PACIENTE

Remisión a otra Institución

SALIDA DE PACIENTE

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO

EPICRISIS

CR3 BIS CII 1 y 2 CARTAGO - COLOMBIA

HISTORIA CLINICA

1250496

CC1113595181

NOMBRES

DIANA

CAMILA

APELLIDOS

GIRALDO

CORREA

EDAD

27

4

0

SEXO

F

FECHA DE INGRESO

10/01/2024 07:14:45

FECHADE EGRESO

10/01/2024 09:31:33

REGISTRO

153706

SERVICIO DE INGRESO

SALA DE OBSTETRICIA

SERVICIO DE EGRESO

SALA DE OBSTETRICIA

ESTADO GENERAL AL INGRESO

ESTABLE

ESTADO GENERAL AL EGRESO

ESTABLE

MOTIVO DE LA CONSULTA

\*\*\*\* YA TENGO 40 SEMANAS Y TENGO CONTRACCIONES \*\*\*\*

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 27 AÑOS, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS, HEMOCLASIFICACION O+, PRIMIGESTANTE, CURSANDO CON EMBARAZO DE 40 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL 07/07/2023 PARA 13.2 SEMANAS , CONSULTA REFIRIENDO DOLOR TIPO CONTRACCION UJTERINA DE BAJA INTENSIDAD REGULAR, SIN PERDIDAS VAGINALES ASOCIADOS, ADEMAS REFIERE QUE FUE CITADA PARA VALORACION EL DIA DE HOY, REFIERE EPRCIBIR MOVIMIENTOIS FETALES, NIEGA SANGRADO VAGINALES, NIEGA PREMONITORIOS.

ANTECEDENTES

NEGATIVOS

REVISION POR SISTEMAS

lo referido en hc

HALLAZGOS DEL EXAMEN FISICO

Piel: NORMAL Cabeza : NORMAL Cuello/Torax : NORMAL Cardio/Pulmonar :NORMAL Abdomen/Espalda : NORMAL Genital/Recto :TACTO VAGINAL CUELLO BLANOD, INTERMEDIO D:2 CM B: 20% MEMBRANAS INTEGRAS Extremidades : NORMAL Neurologico :NORMAL

CONDUCTA

PACIENTE FEMENINA DE 27 AÑOS DE EDAD, PRIMIGIESTANTE CURSANDO CON EMBARAZO A TERMINO DE 40 SEMANAS, EN CONTEXTO DE PREPARTO, SE REALIZA VALORACION FISICA EN CONJUNTO CON DRA NORMA AL EXAMEN FISICO SIGNOS VITALES ESTABLES DENTRO DE NORMALIDAD, SE REALIZA TACTO VAGINAL CAMBIOS CERVICALES INCIPIENTES, SE CONSIDERA EN UN PREPARTO SE INGRESA PARA MONITORIA FETAL ACOG 1, BEIENSTAR FETAL, MOVIMIENTOS PERCIBIDOS FCF": 135 LPM, SIN ACELERACIONES NI DESACELERACIONES, ADECUADA VARIABILIDAD, NO SE EVIDENCIA DINAMICA UTERINA EN MONITORIA FETAL, POR LO QUE EN CONJUNTO CON GINECOLOGA DE TURNO DRA NORMA SE DA EGRESO CON SIGNOS DE ALARMA RECONSULTAR SI 4 O 5 EN 10 MINUTOS, PERDIDA DE LIQUIDO VAGINAL ABUNDANTE, SANGRADO VAGINAL, NO PERCIBIR MVOIMIENTOS FETALES, O CUALQUIER OTRO SINTOMA QUE PREOCUPE, EN CASO DE NO INICIO ESPONTANEO CONSULTAR FECHA MAXIMA 13-01-24 .PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

O479FALSO TRABAJO DE PARTO SIN OTRA ESPECIFICACIONok

EVALUACION

SALIDA DE PACIENTE

AYUDAS DIAGNOSTICAS

NINGUNO

DIAGNOSTICOS DE

...

O479FALSO TRABAJO DE PARTO SIN OTRA ESPECIFICACIONok

TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DILIGENCIOJESSICA CASTRO OSPINACERTIFICADO

NINGUNO

INTERCONSULTAS

ESTADO FINALVIVODIAS INCAPACIDAD0

NINGUNO

PLAN DE MANEJO AMBULATORIO

DESTINO DE PACIENTEAtendido y Enviado a Casa

SALIDA DE PACIENTE

Fecha y Hora de Impresion : 16/02/2025 15:13:32 RedSalud V.1.0.20

JESSICA CASTRO OSPINA

IDENTIFICACIÓN DE MEDICO1112790644RM1112790644

REGISTRO MEDICO Y CARGOMEDICO GENERALL

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO									
INFORMACION DEL PACIENTE									
IDENTIFICACION	NOMBRE1	NOMBRE2	APELLIDO1	APELLIDO2	DIRECCION	TELEFONO	SEXO	NACIDO	EDAD
24015310822829	HIJO DE DIANA	CAMILA	GIRALDO	CORREA	Clle 1 b # 5-52SILVIO VASQUE	3127795732	M	13/01/2024	0

**EVOLUCIONES SOAP**

EVOLUCION : 717941      FECHA EVOLUCION : 06/03/2024 17:42:30      MEDICO : BRAHIAN STIVEN RAMIREZ GALLEGO      REGISTRO : 1192786978      CARGO : TECNOLGO APH      SERVICIO : SALA DE RECIEN NACIDOS

**SUBJETIVO :** NOTA CENTRAL DE REFERENCIA

**OBJETIVO :**

PIEL :NO APLICA

CABEZA / MAXILOFACIAL :NO APLICA

CUELLO / TORAX :NO APLICA

CARDIO / PULMONAR :NO APLICA

ABDOMEN / ESPALDA :NO APLICA

GENITOURINARIO / RECTO :NO APLICA

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR :NO APLICA

NEUROLOGICO :NO APLICA

**ANALISIS PLAN :** NOTA ACLARATORIA, PACIENTE YA CUENTA CON CODIGO DE TRASLADO N° 2784039-30

**SIGNOS**

**VITALES :** PULSO :0

TA/SITOLICA : 0

TA/DIASTOLICA : F/RESPIRATORIA : 0      GLASGOW : 0

**APOYO DIAGNOSTICO :** NO APLICA...

DIAGNOSTICOS  
CIE10: Z000

EXAMEN MEDICO GENERAL

DIAGNOSTICOS  
CIE10:

FIRMA :



EVOLUCION : 701816      FECHA EVOLUCION : 13/01/2024 21:20:26      MEDICO : JOHN EDWIN PALACIO HERRERA

REGISTRO : 1143969694

CARGO : MEDICO RURAL      SERVICIO : SALA DE RECIEN NACIDOS

**SUBJETIVO :** \*\*NOTA DE TRASLADO COMO URGENCIA VITAL\*\*

**OBJETIVO :**

PIEL :NORMAL

CABEZA / MAXILOFACIAL :NORMAL

CUELLO / TORAX :NORMAL

CARDIO / PULMONAR :NORMAL

ABDOMEN / ESPALDA :NORMAL

GENITOURINARIO / RECTO :NORMAL

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR :NORMAL

NEUROLOGICO :NORMAL

**ANALISIS PLAN :** HIJO DE DIANA CAMILA GIRALDO CORREA RECIEN NACIDO A TERMINO DE EMBARAZO DE 40 SEMANAS POR PARTO VAGINAL APGAR AL MINUTO 0 A LOS 5 MINUTOS 1 POST REANIMACION UN CICLO DE 15 MINUTOS CON ADMINISTRACION DE 5 DE ADRENALINA 0.3 TOT #3 FIJADO A 10CC CON SOPORTE POR BBM HIPONATREMIA : MANTENER TEMPERATURA ENTRE 34-35°C A LAS 17+00 SE ATIENDE LLAMADO DE REFERENCIA PARA TRASLADO COMO URGENCIA VITAL CON DIRECCION A CLINICA COMFAMILIAR DE LA CIUDAD DE PEREIRA A LAS 17+40 EGRESO CON PACIENTE RECIEN NACIDO EN COMPAÑIA DEL PADRE, PACIENTE CON INTUBUCAICON OROTRAQUEAL CON SOPORTE DE OXIGENO POR BBM A PRESION POSITIVA CON SINGOS VITALES TA:90/45MMHG FC:110XM SPO2:100% EN INCUBADORA EN HIPONATREMIA, SE EGRESA EN AMBULANCIA DEVAL CON DIRECCIONAMIENTO A CLINICA COMFAMILIAR A LAS 18+34 PROXIMOS AL LLEGAR A LA INSTITUCION MONITOR DE SIGNOS VITALES PRESENTA FALLAS, POR LO CUAL SE COLOCA PULSOXIMETRO PEDIATRICO OBTENIENDO FC: DE 110LXM SPO2:98% T:34.2° CONTINUANDO EN HIPONATREMIA A LAS 18+40 ENTREGO PACIENTE CON CONSTANTES VITALES A MEDICO Y NEONATOLOGO DE TURNO UCINEO DE LA CLINICA COMFAMILIAR PEREIRA, SE ENTREGA RECIEN NACIDO CON SINGOS VITALES TA:106/46MMHG FC:11LXM SPO2:98% TOT CON SOPORTE DE OXIGENO POR BBM A LAS 19+20 SE RETORNA A LA INSTITUCION CON MONITOS, INCUBADORA, BOMBAS DE INFUSION

**SIGNOS**

**VITALES :** PULSO :0

TA/SITOLICA : 0

TA/DIASTOLICA : F/RESPIRATORIA : 0      GLASGOW : 0

**APOYO DIAGNOSTICO :** NORMAL.....

DIAGNOSTICOS  
CIE10: P210

ASFIXIA DEL NACIMIENTO,  
SEVERA

DIAGNOSTICOS  
CIE10:

FIRMA :

EVOLUCION : 701807      FECHA EVOLUCION : 13/01/2024 18:59:02      MEDICO : ADRIANA ARBELAEZ TORO      REGISTRO : 1113779946

CARGO : MEDICO PEDIATRA      SERVICIO : SALA DE RECIEN NACIDOS

**SUBJETIVO :** ATENCION DEL RECIEN NACIDO



**OBJETIVO :**

PIEL :NORMAL  
 CABEZA / MAXILOFACIAL :NORMAL  
 CUELLO / TORAX :NORMAL  
 CARDIO / PULMONAR :NORMAL  
 ABDOMEN / ESPALDA :NORMAL  
 GENITOURINARIO / RECTO :NORMAL  
 EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR :NORMAL  
 NEUROLOGICO :NORMAL

**ANALISIS PLAN :** ATENCION DEL RECIEN NACIDO HIJO DE MADRE DE 27 AÑOS EDAD GESTACIONAL 40 SEM GRUPO SANGUINEO O + PERFIL INFECCIOSO: - CULTIVO RECTOVAGINAL: NOTIENE / SIN INDICACION DE PROFILAXIS - TOXOPLASMA: NEGATIVO - CMV: NO TIENE - RUBEOLA:NEGATIVO - VIH: NEGATIVO - VDRL:NEGATIVO - ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B NEGATIVO ECOGRAFIA DE DETALLE ANATOMICO:NORMAL RUPTURA DE MEMBRANAS : 11+30 AM PACIENTE EN EXPULSIVO POR GINECO SE PASA A SALA DE PARTOS SE DIRIGE PUJO. MALA PRENSA ABDOMINAL. DESCENSO LIMITADO POR PUJO MATERNO INSUFICIENTE SE ATIENDE RECIEN NACIDO A LAS:16+43 HORAS NACE RN SEXO \_MASCULINO \_HIPOTONICO DEPRIMIDO SE PASA A MESA DE CALOR CON FC AUSENTE SE REALIZA PRIMER CICLO DE VPP , AUSENCIA DE FC SE INDICA COMPRESION / VENTILACION RELACION 3.1 SEASEGURA VIA AEREASE REALIZA IOT PRIMER INTENTO CON TUBO 2.5 ( NO DISPONIBILIDAD INMEDIATA DE TUBO 3.5) A 10 CM SE VERIFICA VENTILACION SIMETRICA BILATERAL , SE CONTINUA REANIMACION SE INDICA PRIMERA DOSIS DE ADRENALINA ENDOTRAQUEAL A 0.1 MG KGSIN DILUIR SE CONTINUA REANIMACION CICLOS 3:1 , SE VERIFICA FC AUSENTE SEGUNDA DOSIS ENDOTRAQUEAL A LOS 3 MIN SE CONTINUA COMPRESIONES Y VENTILACIONES, SE CAMBIA TUBO A 3 SE FIJA EN 10 ( NO DISPONIBILIDAD DE TUBO 3.5), SE VERIFICA VENTILACION SIMETRICA BILATERAL, SE VERIFICA PULSO Y FC AUSENTE SE PASA TERCERA DOSIS DE ADRENALINA ENDOTRAQUEAL, CONTINUA REANIMACION ,SE REALIZA CATETERISMO UMBILICAL CON CATETER 5 HASTA OBTENER RETORNO , SE VERIFICA FC AUSENTE SE PASA 4 DOSIS DE ADRENALINA A 0.01 MG KG DILUIDA EN 10 , SE CONTINUA REANIMACION SE OBTIENE FC MENOR DE 60 , SE CONTINUA REANIMACION 5 DOSIS DE ADRENALINA A 0.01 MG KG EV , SE VERIFICA FC MAYOR A 100 EN MONITOR FC 132 SAT 99% , SE INDICA INFUSION DE ADRENALINA A 0.04 MCG KG MIN SE OBTIENE MEDIA DE 90/45 TAM 56 SIENDO A LAS 17+15 SE PROGRAMA MESA DE CALOR PARA HIPOTERMIA CON TEMPERATURA DE 34. SE APLICA VITAMINA K Y SE REALIZA PROFILAXIS OCULAR Y UMBILICAL. PESO ESTIMADO DE MANEJO FARMACOLOGICO : 3KG APGAR : 0 AL MINUTO , 1 A LOS 5 MINUTOS SIGNOS DE EGRESO: SAT 100 FC 102 TA 93/41 TAM 56 T:34.7 EXAMEN FISICO PIEL SANA E INTEGRA CARA NORMOCEFALO, FONTANELA NORMOTENSA ; CUELLO MOVIL , PUPILAS MIDRIATICAS TORAX NORMOCONFIGURADO; EXPANSIBILIDAD DE TORAX SIMETRICA; NO CIANOSIS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUENA INTENSIDAD; NO SOPLOS; CAMBOS PULMONES BIEN VENTILADOS, CON ESTERTORES FINOS. BUEN LLENADO CAPILAR PULSO SIMETRICO Y SINCRONICO. ABDOMEN DEPRESIBLE NO MEGALIAS; VASOS UMBILICALES NORMALES CADERAS ESTABLES GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS. EXTREMIDADES SIMETRICAS NO EDEMAS SNC: AUSENCIA DE REFLEJOS PUPILAS MIDRIATICAS, IMPRESIONA SARNAT 3 DX: RNT PAEG ENCEFALOPATIA HIPOXICA PERINATAL SEVERA SD POST REANIMACION PLAN: REMITIR COMO URGENCIA VITAL MONITORIA HEMODINAMICA NO INVASIVA MESA DE CALOR PROGRAMADA A 34 GRADOS- MATENER TEMPERATURA ENTRE 33-35 GRADOS TRASLADO EN INCUBADORA APAGADA ( HIPOTERMIA PASIVA) IOT CON TUBO 2.5 Y POSTERIOR 3 FIJO EN 10 - MATENER SAT OBJETIVO 90-94 CATETERISMO UMBILICAL VENOSO ADRENALINA 2.5 MG DILUIDO EN 50 CC SSN 0.1 MG /HORA ( 0.04 MCG KG MIN) LEV DAD 10% PASAR 9 CC/HORA (70 CC KG HORA) ADRENALINA 1MG. TOMAR 0.3 ML Y PASAR ENDOTRAQUEAL DIRECTO (0.1 MG KG) - TOTAL DOSIS 3 ADRENALINA 1MG. 1 AMP DILUIDA EN 10 CC , ADMINISTRAR 0.3 ML EV DIRECTO (0.01 MG KG) - TOTAL DOSIS 2 VITAMINA K 1 MG IM / DU VIGILAR ESTADO NEUROLOGICO SE SOLICITAN GASES VENOSOS ( NO SE LOGRA TOMA DE ARTERIALES) CSV - IC

**SIGNOS****VITALES :**

PULSO :132

TA/SITOLICA : 90

TA/DIASTOLICA : F/RESPIRATORIA : GLASGOW : 1

45

30

**APOYO DIAGNOSTICO :** NORMAL PTE GASES

DIAGNOSTICOS P210

CIE10:

ASFIXIA DEL NACIMIENTO,  
SEVERA

DIAGNOSTICOS

CIE10:

FIRMA :

EVOLUCION : FECHA EVOLUCION : 13/01/2024  
701771 17:37:56MEDICO : BRAHIAN STIVEN  
RAMIREZ GALLEG0REGISTRO :  
1192786978CARGO : SERVICIO : SALA DE  
TECNOLOGO APH RECIEN NACIDOS**SUBJETIVO :** NOTA CENTRAL DE REFERENCIA**OBJETIVO :**

PIEL :NO APLICA  
 CABEZA / MAXILOFACIAL :NO APLICA  
 CUELLO / TORAX :NO APLICA  
 CARDIO / PULMONAR :NO APLICA  
 ABDOMEN / ESPALDA :NO APLICA  
 GENITOURINARIO / RECTO :NO APLICA  
 EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR :NO APLICA  
 NEUROLOGICO :NO APLICA

**ANALISIS PLAN :** PERSONAL DEL AREA DE G/O SOLICITA COLABORACION CON LA GESTION DE AMBULANCIA PARA REMISION COMO URGENCIA VITAL VIA TELEFONO.. INICIO TRAMITE DE REMISION, SE ENVIAN EVOLUCIONES MEDICAS A LA EPS E IPS QUE CUENTAN CON LA ESPECIALIDAD REQUERIDA... ME COMUNICO CON FUNCIONARIA DE LA CLINICA COMFAMILAIR RISARALDA QUIEN INDICA QUE CUENTA CON DISPONIBILIDAD DE CAMAS EN UNIDAD DE UCI NEONATAL; COORDINO TRASLADO CON AMBULANCIAS DE VAL Y MEDICO DE TURNO DIRECCIONADOS A LA CLINICA COMFAMILAIR RISARALDA

**SIGNOS****VITALES :**

PULSO :0

TA/SITOLICA : 0

TA/DIASTOLICA : F/RESPIRATORIA : GLASGOW : 0

0

0

**APOYO DIAGNOSTICO :** NO APLICA....

DIAGNOSTICOS Z000

CIE10:

EXAMEN MEDICO GENERAL

DIAGNOSTICOS



CIE10:

FIRMA :



IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO									
INFORMACION DEL PACIENTE									
IDENTIFICACION	NOMBRE1	NOMBRE2	APELLIDO1	APELLIDO2	DIRECCION	TELEFONO	SEXO	NACIDO	EDAD
1113595181	DIANA	CAMILA	GIRALDO	CORREA	Clle 1 b # 5-52SILVIO VASQUE	3127795732	F	11/08/1996	27

**EVOLUCIONES SOAP**

EVOLUCION :      FECHA EVOLUCION : 07/01/2024      MEDICO : ISABEL SOFIA      REGISTRO :      CARGO : MEDICO      SERVICIO : SALA DE  
 700018      19:53:59      GRISALES PESCADOR      1010125870      RURAL      OBSTETRICIA

**SUBJETIVO :** \*\*nota de revaloraicon gyo\*\*

**OBJETIVO :**

PIEL :NORMAL

CABEZA / MAXILOFACIAL :NORMAL

CUELLO / TORAX :NORMAL

CARDIO / PULMONAR :NORMAL

ABDOMEN / ESPALDA :NORMAL

GENITOURINARIO / RECTO :NORMAL

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR :NORMAL

NEUROLOGICO :NORMAL

**ANALISIS PLAN :** \*\*NOTA DE REVALORAICON GYO\*\* DIANA CAMILA GIRALDO 27 AÑOS IDX: EMBARAZO DE 39SS POR ECOGRAFIA TEMPRANA 30/05/23 PARA 7.2 SS FUV CEFALIA TENSIONAL? PACIENTE PRIMIGESTANTE G1P0 CURSANDO CON EMBARAZO DE 3;9 SEMANAS POR ECOGRAFIA TEMPRANA QUIEN INGresa AL SERVICIO POR CUADRO CLINICO CONSISTENTE EN CEFALIA OCCIPITAL QUE SE IRRADIA HACIA REGION CERVICAL Y NAUSEAS, NIEGA SINTOMAS PREMONITORIOS, NIEGA SINTOMAS URINARIOS, NIEGA OTROS SINTOMAS, INICIALMENTE CON MEJORIA A LA ADMINISTRACION DE ANALGESIA, CON MINITORIA FETAL FCF:155LXM CATEGORIA 1 SIN ACTIVIDAD UTERINA AL MOMENTO, SE DA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR: PITIDOS EN LOS OIDOS, VE LUCECITAS, DOLOR ABDOMINAL TIPO GASTRITIS, CEFALIA INTENSA QUE NO MEJORE CON LA ADMINISTRACION DE ANALGESICO. POR CUADRO CLINICO, SIN SINTOMAS PREMONITORIOS AUN ASI SE INDICA PERFIL TOXEMICO AMBULATORIO MAS CITA DE CONTROL, ACETAMINOFEN 500MG CADA 6 HORAS POR 3 DIAS, SE LE EXPLICA PACIENTE CONDUCTA QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

**SIGNOS****VITALES :**

PULSO :0

TA/SITOLICA : 0

TA/DIASTOLICA : F/RESPIRATORIA : GLASGOW : 0  
 0      0

**APOYO DIAGNOSTICO :** .....

DIAGNOSTICOS G442

CEFALEA DEBIDA A TENSION

CIE10:

DIAGNOSTICOS

CIE10:

FIRMA :

*Isabel Sofia Grisales*

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO									
INFORMACION DEL PACIENTE									
IDENTIFICACION	NOMBRE1	NOMBRE2	APELLIDO1	APELLIDO2	DIRECCION	TELEFONO	SEXO	NACIDO	EDAD
1113595181	DIANA	CAMILA	GIRALDO	CORREA	Clle 1 b # 5-52SILVIO VASQUE	3127795732	F	11/08/1996	27

**EVOLUCIONES SOAP**

EVOLUCION : 701935      FECHA EVOLUCION : 14/01/2024      MEDICO : LUISA FERNANDA RODRIGUEZ TORO      REGISTRO : 1053777519      CARGO : MEDICO GINECOBISTETRA CIRUGIA      SERVICIO : SALA DE OBSTETRICIA

**SUBJETIVO :** NOTA DE HOSPITALIZACION

**OBJETIVO :**

PIEL :

CABEZA / MAXILOFACIAL :

CUELLO / TORAX :

CARDIO / PULMONAR :

ABDOMEN / ESPALDA :

GENITOURINARIO / RECTO :

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR :

NEUROLOGICO :

**ANALISIS PLAN :** EVOLUCION GINECOLOGIA DIAGNOSTICOS POSPARTO INMEDIATO 13.01.24 16+43 HORAS PACIENTE DE 27 AÑOS, EN POSPARTO DE LAS 16+43 HORAS, EN ESTE MOMENTO A LAS 18 DE PUERPERIO, RECIENTE NACIDO TRASLADO A UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL, EN EL MOMENTO CON POBRE PRONOSTICO DE RECUPERACION. PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL. CONCIENTE Y ALERTA. TOLRANDO LA VIA ORAL Y LA DEMABULACION, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TA 113/63 TAM 80 MMHG, FC 97 LPM, FR 18 PM, T 36.6C SO2 96%. MUCOSAS HUMEDAS Y ADECUADO PTRON RESPIRATORIO, AFEBRIL. CP OPTIMO, TAQUICARDIA SINUSAL SINCRONICA CON EL PULSO, NO AGREGADOS, MAMAS CON ESCASA SECRECION, ABDOMEN UTERO LATERALIZADO A LA DERECHA PERO CON ADECUADO TONO. SANGRADO VAGINAL ESCASO, NO COAGULOS, SITO DE EPISIOTOMIA SANO. EXTREMIDADES BIE PERFUNDIDAS Y SIN EDEMAS, NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA. PACIENTE CON FONDO AFECTIVO TRISTE, PROPIO DEL EVENTO Y SITUACION CON SU RECIENTE NACIDO, SOLICITA ALTA TEMPRANA. ANTES DE CUMPLIR EL TIEMPO PROTOCOLARIO DE 24 HORAS DE VIGILANCIA PARA IR A ACOMPAÑAR A SU ESPOSO Y SU RECIENTE NACIDO EN UNIDAD NEONATAL DE LA CIUDAD DE PEREIRA. ANTE ESTABILIDAD CLINICA Y HEMODINAMICA SE DECIDE DE MANERA EXCEPCIONAL DAR EL EGRESO A LA PACIENTE CON CLAROS SIGNOS DE ALARMA ESCUCHADOS POR ELLA Y SU ACOMPAÑANTE ( SUEGRA) PARA RECONSULTAR DE MANERA URGENTE EN PREVENCION DE UNA COMPLICACION PUERPERAL MATERNA. PLANIFICACION FAMILIAR CON INYECTABLE TRIMESTRAL VALORACION Y ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO POR PSICOLOGIA AMBULATORIA.

**SIGNOS**

**VITALES :**

PULSO : 97

TA/SITOLICA : 113

TA/DIASTOLICA : 63      F/RESPIRATORIA : 17      GLASGOW : 0

**APOYO DIAGNOSTICO :**

DIAGNOSTICOS  
CIE10: O800

PARTO UNICO ESPONTANEO,  
PRESENTACION CEFALICA DE  
VERTICE

DIAGNOSTICOS  
CIE10:

FIRMA :



EVOLUCION : 701832      FECHA EVOLUCION : 13/01/2024      MEDICO : DANIELA ANDREA BEDOYA FRANCO      REGISTRO : 1116272645      CARGO : MEDICO GENERAL      SERVICIO : SALA DE OBSTETRICIA

**SUBJETIVO :** NOTA DE EVOLUCION / INGRESO A SALA DE MATERNIDAD - PUERPERIO INMEDIATO PARTO VAGINAL DIANA CAMILA GIRALDO EDAD: 27 AÑOS HEMOCLASIFICACION MATERNA: O RH + HEMOCLASIFICACION RN: Desconocida G1P1V1 **SUBJETIVO:** Paciente refiere sentirse en buenas condiciones generales, tolerando vía oral, diuresis espontanea. Refiere buena producción de leche materna. Sangrado escaso, con dolor modulado. Niega cefalea, tinnitus, fosfenos, acúfenos, mareo, náuseas u otra sintomatología \*\*\*\*

**OBJETIVO :**

PIEL : NORMAL

CABEZA / MAXILOFACIAL : NORMAL

CUELLO / TORAX : NORMAL

CARDIO / PULMONAR : NORMAL

ABDOMEN / ESPALDA : NORMAL

GENITOURINARIO / RECTO : NORMAL

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR : NORMAL

NEUROLOGICO : NORMAL

**ANALISIS PLAN :** HEMOCLASIFICACION MATERNA: O RH + HEMOCLASIFICACION RN: Desconocida G1P1V1 **DIAGNOSTICOS:** 1. Puerperio inmediato de parto vía vaginal del 13/01/2024 a las 16:43 horas 2. Recien nacido a termino (40.3 semanas) de sexo masculino 3. Episiotomia + episiorrafia \*\*\* **OBJETIVO:** Encuentro paciente en aceptables condiciones generales, estable hemodinamicamente, mucosas hidratadas, conjuntivas rosadas. Se registran los siguientes signos vitales: TA: 121/74 mmhg, TAM: 89 mmhg, FC: 98 lpm, FR: 16 rpm, SO2: 99% con oxígeno ambiente, T: 36.7°C. Al examen físico: normocefalica, escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, mucosas húmedas, cuello móvil sin masas ni adenopatías. Tórax: simétrico, normoexpansible, ambos campos pulmonares normal ventilados, sin presencia de ruidos sobre agregados, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, mamas secretantes, no induradas, sin áreas eritematosas. Abdomen: blando, depresible, utero umbilical, con buen tono, lateralizado a la derecha, leve dolor a la palpación. GU: a la inspección escasos loquios no fétidos, no coágulos, puntos de sutura sin dehiscencias. Extremidades: simétricas, móviles, sin edemas, llenado capilar menor de 2 segundos, rot +/+/. SNC: sin alteraciones aparentes \*\*\*\*\* **ANÁLISIS:** Paciente de 27 años G1P1V1, en puerperio inmediato ya de 6 horas de evolución de parto vaginal de hoy 13/01/2024, con recien nacido a termino de sexo masculino obtenido a las 16:43 horas; con mala adaptacion neonatal, requirio maniobras de reanimacion avanzada, remision como urgencia vital a UCI. Hasta el momento paciente con evolución clínica favorable, con involucion uterina, aun a nivel umbilical, pero de buen tono, con

presencia de loquios escasos no fetidos; sin signos de sirs, con producción de leche materna. Signos vitales estables y dentro de rangos de normalidad. Niega síntomas premonitorios. Se continua vigilancia clínica de puerperio inmediato en sala de maternidad, se sugiere planificación familiar previo egreso. Quedamos atentos a evolución clínica. Se le explica a la paciente quien refiere entender y aceptar \*\*\*\* PLAN: - Hospitalizar en sala de maternidad (puerperio) - Dieta común hipograsa - Tapón venoso heparinizado - Acetaminofén 1 gr vo cada 8 horas - Planificación familiar previo egreso - Lactancia materna a libre demanda - Vigilar sangrado vaginal y tono uterino - Control de signos vitales cada 4 horas -Avisar cambios Gracias

**SIGNOS VITALES :** PULSO :98 TA/SITOLICA : 121 TA/DIASTOLICA : 74 F/RESPIRATORIA : 18 GLASGOW : 0

**APOYO DIAGNOSTICO :** REPORTADAS EN HISTORIA CLINICA

DIAGNOSTICOS O839 PARTO UNICO ASISTIDO, SIN OTRA Z392 SEGUIMIENTO  
CIE10: ESPECIFICACION POSTPARTO, DE  
ROUTINA

DIAGNOSTICOS  
CIE10:

FIRMA :

EVOLUCION : 701778 FECHA EVOLUCION : 13/01/2024 MEDICO : LUISA FERNANDA RODRIGUEZ TORO REGISTRO : 1053777519 CARGO : MEDICO GINECOBSTETRA CIRUGIA SERVICIO : SALA DE OBSTETRICIA

**SUBJETIVO :** NOTA DE HOSPITALIZACION

**OBJETIVO :**

PIEL :

CABEZA / MAXILOFACIAL :

CUELLO / TORAX :

CARDIO / PULMONAR :

ABDOMEN / ESPALDA :

GENITOURINARIO / RECTO :

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR :

NEUROLOGICO :

**ANALISIS PLAN :** NOTA DE ATENCION DEL PARTO EN DILATAION Y BORRAMIENTOS COMPLETO SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE PARTOS, PROTOCOLO DE ATENCION HUMANIZADA DEL PARTO, EN COMPAÑIA DE SU ESPOSO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL PERINE SE DIRIGE PUJO. MALA PRENSA ABDOMINAL. SE REDIRECCIONA PATRON DE RESPIRACION Y PUJO, SE VERIFICA VARIEDAD DE POSICION OCCIPITOTRANSVERSA DERECHA, DESCENSO LIMITADO POR PUJO MATERNO INSUFICIENTE, SE REALIZA AMNIOTOMIA MEDIANA PREVIA INFILTRACION CON LIDOCAINA SIMPLE, A LAS 16+43HORAS SE OBTIENE RECIEN NACIDO DE SEXO MASCULINO EN CEFALICO, EXTRACCION DIFICIL POR POBRE PUJO MATERNO, PINZAMIENTO PRECOZ DEL CORDON UMBILICAL, SE ENTREGA RECIEN NACIDO A PEDIATRA DE TURNO PARAINICIO DE MANIOBRAS DE REANIMACION NEONATAL. MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO, PLACENTA TIPO SCHUTLZE COMPLETA A LOS 5 MINUTOS, CORDON CON TRES VASOS, SE REVISAS CANAL DEL PARTO, NO SE EVIDENCIA DESGARRO PREVIA INFILTRACION CON LIDOCAINA SIMPLE SE REALIZA EPISIOTOMIA CON CROMADO 2.0., SE PERCIBE UTERO HIPOTONICO, SE INDICAN 0.2 MGS DE METILERGOMETRINA, 1 GR DE AC TRNAEXAMICOE INICIO DE INFUSION DE OXITOCINA ADECUADO TONO UTERINO AL FINAL DEL PARTO. SE TRASLADAMADRE A VIGILANCIA DEL POSPARTO. ANTROPOMETRIA DIFERIDA POR CONDICION CRITICA DEL RECIEN NACIDO. ORDENES MEDICAS ACETAMINOFEN 1 GR CADA 8 HORAS OXITOCINA 3 AMPOLLAS DILUIDAS EN 500 CC DE SSN ADMINISTRAR A 125 CC/H MASAJE UTERINO EXTERNO VIGILAR TONO UTERINO Y SANGRADO VAGINAL DIETA CORRIENTE INCENTIVAR Y VIGILAR LACTANCIA MATERNA PENDIENTES TSH Y HEMOCLASIFICACION NEONATAL.

**SIGNOS VITALES :** PULSO :104 TA/SITOLICA : 129 TA/DIASTOLICA : 87 F/RESPIRATORIA : 20 GLASGOW : 0

**APOYO DIAGNOSTICO :**

DIAGNOSTICOS O800 PARTO UNICO ESPONTANEO,  
CIE10: PRESENTACION CEFALICA DE  
VERTICE

DIAGNOSTICOS  
CIE10:

FIRMA :

EVOLUCION : 701707 FECHA EVOLUCION : 13/01/2024 MEDICO : JESSICA CASTRO OSPINA REGISTRO : 1112790644 CARGO : MEDICO GENERAL SERVICIO : SALA DE OBSTETRICIA

**SUBJETIVO :** REPORTE DE LABORATORIOS:

**OBJETIVO :**

PIEL :NORMAL

CABEZA / MAXILOFACIAL :NORMAL

CUELLO / TORAX :NORMAL

CARDIO / PULMONAR :NORMAL

ABDOMEN / ESPALDA :NORMAL

GENITOURINARIO / RECTO :NORMAL

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR :NORMAL

NEUROLOGICO :NORMAL

**ANALISIS PLAN :** REPORTE DE LABORATORIOS: 13/01/2024: -HEMOGRAMA: LEUCOS 12.320N: 68.1%L: 25.3HB: 14.8HTO: 42.6PLAQ: 301.000 -VIH NEGATIVO -SEROLOGIA NEGATIVO

**SIGNOS VITALES :** PULSO :0  
**APOYO DIAGNOSTICO :** NORMAL  
DIAGNOSTICOS Z348  
CIE10:  
DIAGNOSTICOS  
CIE10:

TA/SITOLICA : 0

TA/DIASTOLICA : F/RESPIRATORIA : 0 GLASGOW : 0  
0SUPERVISION DE OTROS  
EMBARAZOS NORMALES

FIRMA :

EVOLUCION : FECHA EVOLUCION : 13/01/2024 MEDICO : LUISA FERNANDA  
701704 14:04:14 RODRIGUEZ TOROREGISTRO :  
1053777519CARGO : MEDICO  
GINECOBSTETRA  
CIRUGIASERVICIO :  
SALA DE  
OBSTETRICIA**SUBJETIVO :** NOTA DE HOSPITALIZACION**OBJETIVO :**

PIEL :

CABEZA / MAXILOFACIAL :

CUELLO / TORAX :

CARDIO / PULMONAR :

ABDOMEN / ESPALDA :

GENITOURINARIO / RECTO :

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR :

NEUROLOGICO :

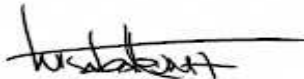
**ANALISIS PLAN :** EVOLUCION GINECOLOGIA/// DIAGNOSTICOS PRIMIGESTATE DE 27 AÑOS GESTACION DE 40 SEMANAS MAS 3 DIAS CONDUCCION DETRABAJO DE PARTO. PACIENTE DE 27 AÑOS PRIMIGRAVIDA CON GESTACION DE TERMINO, HOY 40.3 SEMANAS, HEMOCLASIFICACION O POSITIVO, GESTACION CONTROLADA Y DE EVOLUCION NORMAL. EN CONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO CON ADECUADA PROGRESION, RECIBIENDO OXITOCICO A 12 MU/MINUTO, DINAMICA UTERINA REGULAR 5 CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS FCF ADECUADA, LINEA DE BASE 125 LPM, NO DESACELERACIONES, ACOG 1 ., NO SE CONTINUO AUMENTO DE OXITOCINA, SE DETUVO TITULACION EN 72 CC HORAPOR ALCANZAR DINAMICA REGULAR. AL TACTO VAGINAL DILATACION DE 8CMS BTO 80% ESTACION 0. MEMBRANAS ROTAS, CALOTA FETAL DURA. SE IDENTIFICA EDEMA DE LABIO ANTERIOR DEL CUELLO. SE LE EXPLICA QUE NO DEBE PUJAR ANTICIPADAMENTE POR RIESGO DE EDEMA IRREDUCTIBLE DEL CERVIX. SE INDICAN HIOSCINA BUTILBROMURO 2 AMPOLLAS IV AHORA DU DIRECTAS. CONTINUAR OXITOCINA A 72 CC HORA. PACIENTE ALGICA, GRITADO, CON MAL PATRON RESPIRATORIO, SE LE EXPLICA NECESIDAD DE ADECUADA RESPIRACION, NO PUJAR DE MANERA ANTICIPADA Y SE LE EXPLICA NATURALEZAY EVOLUCION ESPERADA DE LA LABOR DE PARTO. CONTINUA VIGILANCIA DE FCF, ACTIVIDAD UTERINA Y PERDIDAS VAGINALES.

**SIGNOS VITALES :** PULSO :91  
**APOYO DIAGNOSTICO :**  
DIAGNOSTICOS Z348  
CIE10:  
DIAGNOSTICOS  
CIE10:

TA/SITOLICA : 125

TA/DIASTOLICA : F/RESPIRATORIA : 19 GLASGOW : 0  
82SUPERVISION DE OTROS  
EMBARAZOS NORMALES

FIRMA :

EVOLUCION : FECHA EVOLUCION : 13/01/2024 MEDICO : LUISA FERNANDA  
701665 11:36:02 RODRIGUEZ TOROREGISTRO :  
1053777519CARGO : MEDICO  
GINECOBSTETRA  
CIRUGIASERVICIO :  
SALA DE  
OBSTETRICIA**SUBJETIVO :** NOTA DE HOSPITALIZACION**OBJETIVO :**

PIEL :

CABEZA / MAXILOFACIAL :

CUELLO / TORAX :

CARDIO / PULMONAR :

ABDOMEN / ESPALDA :

GENITOURINARIO / RECTO :

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR :

NEUROLOGICO :

**ANALISIS PLAN :** EVOLUCION GINECOLOGIA/// DIAGNOSTICOS PRIMIGESTATE DE 27 AÑOS GESTACION DE 40 SEMANAS MAS 3 DIAS CONDUCCION DETRABAJO DE PARTO. PACIENTE DE 27 AÑOS PRIMIGRAVIDA CON GESTACION DE TERMINO, HOY 40.3 SEMANAS, HEMOCLASIFICACION O POSITIVO, GESTACION CONTROLADA Y DE EVOLUCION NORMAL. EN CONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO CON ADECUADA PRIGRESION, RECIBIENDO OXITOCICO A 10 MU/MINUTO, DINAMICA UTERINA REGULAR 5 CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS FCF ADECUADA, LINEA DE BASE 125 LPM, NO DESACELERACIONES, ACOG 1 . AL TACTO VAGINAL DILATACION DE 3 CMS BTO 80% SE REALIZA AMNIOTMIA OBTENIENDO LIQUIDO AMNIOTICO CLARO ABUNDANTE CON GRMOS. PRESENTACION BIEN APIYADA. PACIENTE ALGICA, GRITADO, CON MAL PATRON RESPIRATORIO, SE LE EXPLICA NECESIDAD DE ADECUADA RESPIRACION, NO PUJAR DE MANERA ANTICIPADA Y SE LE EXPLICA NATURALEZAY EVOLUCION ESPERADA DE LA LABOR DE PARTO. CONTINUA VIGILANCIA DE FCF, ACTIVIDAD UTERINA Y PERDIDAS VAGINALES.

**SIGNOS VITALES :** PULSO :91  
**APOYO DIAGNOSTICO :**

TA/SITOLICA : 125

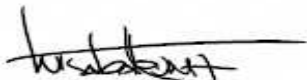
TA/DIASTOLICA : F/RESPIRATORIA : 19 GLASGOW : 0  
82

# DOCUMENTO DIGITALIZADO

DIAGNOSTICOS Z348  
CIE10:  
DIAGNOSTICOS  
CIE10:

SUPERVISION DE OTROS  
EMBARAZOS NORMALES

FIRMA :



EVOLUCION : 701634  
FECHA EVOLUCION : 13/01/2024 10:20:04

MEDICO : LUISA FERNANDA  
RODRIGUEZ TORO

REGISTRO :  
1053777519

CARGO : MEDICO  
GINECOBSTETRA  
CIRUGIA

SERVICIO :  
SALA DE  
OBSTETRICIA

**SUBJETIVO :** NOTA DE HOSPITALIZACION

**OBJETIVO :**

PIEL :

CABEZA / MAXILOFACIAL :

CUELLO / TORAX :

CARDIO / PULMONAR :

ABDOMEN / ESPALDA :

GENITOURINARIO / RECTO :

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR :

NEUROLOGICO :

**ANALISIS PLAN :** VALORACION POR GINECOLOGIA DIAGNOSTICOS PRIMIGESTATE DE 27 AÑOS GESTACION DE 40 SEMANAS MAS 3 DIAS INICIO ESPONTAE DE TRABAJO DE PARTO. PACIENTE DE 27 AÑOS PRIMIGRAVIDA CON GESTACION DE TERMINO, HOY 40.3 SEMANAS, HEMOCLASIFICACION O POSITIVO, GESTACION CONTROLADA Y DE EVOLUCION NORMAL. INGRESA POR INICIO ESPONTAE DE TRABAJO DE PARTO. AL INGRESO CONTA 125/82 FC 91 LPM FR 18 PM FCF 137 LLPM AL TACTO VAGINAL DILATACION DE 2 CMS BTO 80% ESTACION -1. MEMBRANAS INTEGRAS. PACIENTE DE TALLA BAJA MENOR DE 1.50 MTS PERO CON PELVIMETRIA CLINICA FAVORABLE, SE DECIDE PRUEBA DE PARTO VAGINAL, SE INDICA OXITOCINA 5 UNIDADES EN 500 CC DE SSN A 12 CC HORA AUMENTANDO 12 CC CADA 30 MINUTOS HASTA 120 CC HORA. VIGILAR FCF, ACTIVIDAD UTERINA, Y PERDIDAS VAGINALES.

**SIGNOS**

**VITALES :** PULSO :91

TA/SITOLICA : 125

TA/DIASTOLICA : 82 F/RESPIRATORIA : 19 GLASGOW : 0

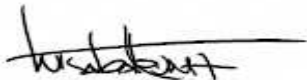
**APOYO DIAGNOSTICO :**

DIAGNOSTICOS Z348  
CIE10:

SUPERVISION DE OTROS  
EMBARAZOS NORMALES

DIAGNOSTICOS  
CIE10:

FIRMA :



EVOLUCIONES

# IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO

## HISTORIA CLINICA - SALA DE OBSTETRICIA

CR3 BIS CII 1 y 2 CARTAGO - COLOMBIA-PBX 2147122

Registro 369459



### I. DATOS DE IDENTIFICACION

IDENTIFICACION CC 1113595181 HISTORIA 125049 4 SEXO F  
FECHA Y HORA CONSULTA 03/01/2024 16:11:50 MUNICIPIO OBANDO BARRIO SANTA BARBARA  
P. RESPONSABLE TELEFONO ESCOLARIDAD Media Técnica (Bachillerato)

NOMBRES DIANA CAMILA APELLIDO GIRALDO CORREA EDAD 27 Años 4 Meses 22 Dias

DIRECCION Cile 1 b # 5-52 SILVIO VASQUE TELEFONO 3176757330 ASEGURADOR SOS REGIMEN CONTRIBUTIVO

### II. DATOS GENERALES DEL EVENTO

TIPO DE CONSULTA 1 Consulta General

MOTIVO CONSULTA : "TENGO DOLOR BAJITO Y ME ESTA SALIENDO FLUJO ROSADO"

TRIAGE CLASIFICADO 3 REMITE NO REMITIDO ESTADO CIVIL SOLTERO

### V. ANAMNESIS - ENFERMEDAD

GESTANTE SI SEMANAS 39 PESO 76 Kg. ESTADO PACIENTE VIVO

PACIENTE DE 27 AÑOS HEMOCLASIFICACION O POSITIVO G1A0P0 CON EMBARAZO DE 39 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL 07/07/23 PARA 13.2 SEMANAS QUIEN INGRESA REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR EN HIPOGASTRIO DE MODERADA INTENSIDAD E INTERMITENTE CONCOMITANTE CON SALIDA DE FLUJO VAGINAL DE COLOR ROSADO. REFIERE MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES NIEGA SANGRADO VAGINAL, NIEGA PREMONITORIOS. PACIENTE CON ADECUADO CONTROL PRENATAL SIN ALTERACIONES

### ANTECEDENTES

ALERTA TEMPRANA Ninguno

NEGATIVOS

### REVISION POR SISTEMAS

Impresion : 17/02/2025 11:43:35

LO REFERIDO

### VI. EVENTO OBSTETRICO

GRUPO SANGUINEO O+ PRUEBA VIH No Aplica ANTIGENO Hepatitis-B-NEGATIVO  
PRESENTACION No aplica TERMINACION No Aplica FRECUENCIA C.F. No Aplica  
DILATACION No Aplica EDAD GESTACIONAL No Aplica ULTIMA SEROLOGIA DESCONOCIDO  
EXPULSION FETO No Aplica RIESGO DE PARTO No Aplica RESULTADO SEROLOGIA DESCONOCIDO

### V. EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES F.C. 85 Temp 36 °C T. A 120 / 70 mmHg FR: 19 x min GLASGOW: Ocular 4 Verbal 5 Motora 6 Estatura 144

GENERAL : PACIENTE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS CONSCIENTE ALERTA ORIENTADA

PIEL / MUCOSAS: NORMAL

CABEZA / OJOS / ORL: NORMAL

CUELLO Y TORAX: NORMAL

CARDIO - PULMONAR: NORMAL

ADMOMEN - ESPALDA: ABDOMEN CON UTERO GRAVIDO AU 34CM FUV CEFALICO DORSO IZQUIERDO FCF 143 LXM NO SE PALPA ACTIVIDAD UTERINA

GENITALES - RECTO: CUELLO UTERINO INTERMEDIO LARGO CERRADO SIN SANGRADO NI OTRAS PERDIDAS VAGINALES

EXTREMIDADES: NORMAL

NEUROLOGICO: NORMAL

DIAGNOSTICO: ....

O479 FALSO TRABAJO DE PARTO SIN OTRA ESPECIFICACION

ok

CONDUCTA ORIGEN SALA DE OBSTETRICIA DESTINO Atendido y Enviado a Casa

PACIENTE DE 27 AÑOS PRIMIGESTANTE CON EMBARAZO DE 39 SEMANAS POR ECOGRAFIA TEMPRANA QUIEN INGRESA EN CONTEXTO DE SINTOMAS COMPATIBLES CON PREPARTO, AL INGRESO CLINICAMENTE ESTABLE SIGNOS VITALES EN LIMITES NORMALES EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES CUELLO UTERINO SIN CAMBIOS, SE REALIZA MONITOREO FETAL EL CUAL ES REACTIVO CATEGORIA I ACOG, CON VARIABILIDAD MODERADA SIN ACCELERACIONES NI DESACELERACIONES, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES SIN ACTIVIDAD UTERINA. SE DA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR SE INDICA ACUDIR AL SERVICIO POR URGENCIAS EL DIA 10 DE ENERO SI NO HA DESENCADENADO PARTO DE MANERA ESPONTANEA PARA REALIZAR NUEVA VALORACION

Medico EDNA CAROLINA UPEGUI

31428894 MEDICO GENERAL

Registro Medico 31428894



# IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO

## HISTORIA CLINICA - SALA DE OBSTETRICIA

CR3 BIS CII 1 y 2 CARTAGO - COLOMBIA-PBX 2147122

Registro 370182



### I. DATOS DE IDENTIFICACION

IDENTIFICACION CC 1113595181 HISTORIA 125049 5 SEXO F  
FECHA Y HORA CONSULTA 07/01/2024 18:07:33 MUNICIPIO OBANDO BARRIO SANTA BARBARA  
P. RESPONSABLE TELEFONO ESCOLARIDAD Media Académica o Clásica

NOMBRES DIANA CAMILA APELLIDO GIRALDO CORREA EDAD 27 Años 4 Meses 26 Dias

DIRECCION Cile 1 b # 5-52 SILVIO VASQUE TELEFONO 3127795732 ASEGURADOR SOS REGIMEN CONTRIBUTIVO

### II. DATOS GENERALES DEL EVENTO

TIPO DE CONSULTA 1 Consulta General

MOTIVO CONSULTA : "TENGO DOLOR DE CABEZA"

TRIAGE CLASIFICADO 3 REMITE NO REMITIDO ESTADO CIVIL SOLTERO

### V. ANAMNESIS - ENFERMEDAD

GESTANTE SI SEMANAS 39 PESO 78 Kg. ESTADO PACIENTE VIVO

PACIENTE DE 27 AÑOS, ESTADO CIVIL: SOLTERA, ESCOLARIDAD: BACHILLERATO COMPLETO, G1P0 CPN " 10 INICAN A LAS 11.4 SSCURSANDO CON EMBVARADO DE 30 SS POR ECOGREAFA TEMPRANA DEL 30/05/23 PARA 7.2 SS QUIEN CURSA CON CUADRO CLINICO DE UN DIA DE EVOLUCION DE CEFALERA DE PREDOMINO OCCIPITAL QUE SE IRRADIA HACIA REGION CERVICAL Y NAUSEAS. NIEGA FIEBRE, NIEGA EMESIS, NIEGA PERDIDAS VAGINALES, NIEGA DOLOR TIPO CONTRACCION U OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA. TENSIONES ARTERIALES: 124/80 - 128/74 128/82 MMHG.

### ANTECEDENTES

ALERTA TEMPRANA Ninguno

NEGATIVOS

### REVISION POR SISTEMAS

Impresion : 17/02/2025 11:41:42

LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

### VI. EVENTO OBSTETRICO

GRUPO SANGUINEO O+ PRUEBA VIH No aplica ANTIGENO DESCONOCIDO  
PRESENTACION Cefalica Vertice TERMINACION No aplica FRECUENCIA C.F. No aplica  
DILATACION < 3 cm EDAD GESTACIONAL Termino : 37 - 42 ULTIMA SEROLOGIA DESCONOCIDO  
EXPULSION FETO No aplica RIESGO DE PARTO No aplica RESULTADO SEROLOGIA DESCONOCIDO

### V. EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES F.C. 84 Temp 36. ° C T. A 129 / 71 mmHg FR: 18 x min GLASGOW: Ocular 4 Verbal 5 Motora 6 Estatura 144

GENERAL : INGRESA POR SUSPROPIOS MEDIOS,ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA,SIN SIGNOS DE DIFICULTAD REPSIRATORIA.

PIEL / MUCOSAS: NORMAL

CABEZA / OJOS / ORL: NORMAL

CUELLO Y TORAX: NORMAL

CARDIO - PULMONAR: MURMULLO VESICULAR PRESENTE,NO AGREGADOS.

ADMOMEN - ESPALDA: UTERO GRAVIDO, AU: 35 CM, CEFALICO DORSO IZQUIERDO.

GENITALES - RECTO: TV: CUELLO POSTERTIOT LARGO, PERMEABLE A UN DEDO. TAPON MUCOSO. NO HIDRORREA, MEMBRANAS INTEGRAS.

EXTREMIDADES: NORMAL

NEUROLOGICO: NORMAL

DIAGNOSTICO: .....

R11X NAUSEA Y VOMITO ok

CONDUCTA ORIGEN SALA DE OBSTETRICIA DESTINO Observación

PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD, G1P0 HOY CON 39 SS POR ECOGRAFIA TEMPRANA QUIEN CONSULTA POR CUADRO DE 12 HORAS DE EVOLUCION DE CEFALEA DE PREDOMINIO OCCIPITAL QUE SE IRADIA A REGION CERVICAL. ALE XAMEN FISICO DOLOR ALA PALPACION DE MUSCULOS CERVICALES, CIFRAS TEMNSIONALES DENTRO DE LIMIES DE NORMALIDAD EN 3 TOMAS, EN TV SIN CAMBIOS SUGESTIVOS DE TRABAJO DE PARTO, SE INDICA ANALGESIA, TOMA DE MONITORIA Y CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES. SE REVALORARÁ CON RESULTADOS.

PLAN  
LEV: PASAR 500 CC SSLN 0.9%  
METOCLOPRAMIDA 1 AM EV EN 250 CC DE SSLN 0.9  
TRAMADOL 50 MG SC AHORA

Medico ISABEL SOFIA GRISALES

1010125870 MEDICO SSO

Registro Medico 1010125870

*Isabel Sofia Grisales*

# IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO

## HISTORIA CLINICA - SALA DE OBSTETRICIA

CR3 BIS CII 1 y 2 CARTAGO - COLOMBIA-PBX 2147122

Registro 370682



### I. DATOS DE IDENTIFICACION

IDENTIFICACION CC 1113595181 HISTORIA 125049 6 SEXO F  
FECHA Y HORA CONSULTA 10/01/2024 09:30:42 MUNICIPIO OBANDO BARRIO SANTA BARBARA  
P. RESPONSABLE TELEFONO ESCOLARIDAD Preescolar  
NOMBRES DIANA CAMILA APELLIDO GIRALDO CORREA EDAD 27 Años 4 Meses 29 Dias

DIRECCION Cile 1 b # 5-52 SILVIO VASQUE TELEFONO 3127795732 ASEGURADOR SOS REGIMEN CONTRIBUTIVO

### II. DATOS GENERALES DEL EVENTO

TIPO DE CONSULTA 1 Consulta General  
MOTIVO CONSULTA : "" YA TENGO 40 SEMANAS Y TENGO CONTRACCIONES ""

TRIAGE CLASIFICADO 3 REMITE NO REMITIDO ESTADO CIVIL NO-APLICA

### V. ANAMNESIS - ENFERMEDAD

GESTANTE SI SEMANAS 40 PESO 76 Kg. ESTADO PACIENTE VIVO  
PACIENTE FEMENINA DE 27 AÑOS, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS, HEMOCLASIFICACION O+, PRIMIGESTANTE, CURSANDO CON EMBARAZO DE 40 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL 07/07/2023 PARA 13.2 SEMANAS, CONSULTA REFIRIENDO DOLOR TIPO CONTRACCION UTERINA DE BAJA INTENSIDAD REGULAR, SIN PERDIDAS VAGINALES ASOCIADOS, ADEMAS REFIERE QUE FUE CITADA PARA VALORACION EL DIA DE HOY, REFIERE EPRCIBIR MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA SANGRADO VAGINALES, NIEGA PREMONITORIOS.

### ANTECEDENTES

ALERTA TEMPRANA Ninguno  
NEGATIVOS

### REVISION POR SISTEMAS

Impresion : 17/02/2025 11:40:27  
lo referido en hc

### VI. EVENTO OBSTETRICO

GRUPO SANGUINEO O+ PRUEBA VIH No Aplica ANTIGENO Hepatitis-B-NEGATIVO  
PRESENTACION No aplica TERMINACION No Aplica FRECUENCIA C.F. No Aplica  
DILATACION No Aplica EDAD GESTACIONAL No Aplica ULTIMA SEROLOGIA DESCONOCIDO  
EXPULSION FETO No Aplica RIESGO DE PARTO No Aplica RESULTADO SEROLOGIA DESCONOCIDO

### V. EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES F.C. 98 Temp 36. ° C T. A 116 / 79 mmHg FR: 19 x min GLASGOW: Ocular 4 Verbal 5 Motora 6 Estatura 144

GENERAL : ADECUADO ESTADO GENERAL, DEAMBULACION NORMAL, NO ALGICA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

PIEL / MUCOSAS: NORMAL

CABEZA / OJOS / ORL: NORMAL

CUELLO Y TORAX: NORMAL

CARDIO - PULMONAR: NORMAL

ADMOMEN - ESPALDA: NORMAL

GENITALES - RECTO: TACTO VAGINAL CUELLO BLANOD, INTERMEDIO D:2 CM B: 20% MEMBRANAS INTEGRAS

EXTREMIDADES: NORMAL

NEUROLOGICO: NORMAL

DIAGNOSTICO: .....

O479 FALSO TRABAJO DE PARTO SIN OTRA ESPECIFICACION ok

### CONDUCTA ORIGEN SALA DE OBSTETRICIA DESTINO Atendido y Enviado a Casa

PACIENTE FEMENINA DE 27 AÑOS DE EDAD, PRIMIGESTANTE CURSANDO CON EMBARAZO A TERMINO DE 40 SEMANAS, EN CONTEXTO DE PREPARTO, SE REALIZA VALORACION FISICA EN CONJUNTO CON DRA NORMA AL EXAMEN FISICO SIGNOS VITALES ESTABLES DENTRO DE NORMALIDAD, SE REALIZA TACTO VAGINAL CAMBIOS CERVICALES INCIPIENTES, SE CONSIDERA EN UN PREPARTO SE INGRESA PARA MONITORIA FETAL ACOG 1, BIENESTAR FETAL, MOVIMIENTOS PERCIBIDOS FCF: 135 LPM, SIN ACCELERACIONES NI DESACCELERACIONES, ADECUADA VARIABILIDAD, NO SE EVIDENCIA DINAMICA UTERINA EN MONITORIA FETAL, POR LO QUE EN CONJUNTO CON GINECOLOGA DE TURNO DRA NORMA SE DA EGRESO CON SIGNOS DE ALARMA RECONSULTAR SI 4 O 5 EN 10 MINUTOS, PERDIDA DE LIQUIDO VAGINAL ABUNDANTE, SANGRADO VAGINAL, NO PERCIBIR MVOIMIENTOS FETALES, O CUALQUIER OTRO SINTOMA QUE PREOCUPE, EN CASO DE NO INICIO ESPONTANEO CONSULTAR FECHA MAXIMA 13-01-24 .PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Medico JESSICA CASTRO OSPINA

1112790644 MEDICO GENERAL

Registro Medico 1112790644

# IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO

## HISTORIA CLINICA - SALA DE OBSTETRICIA

CR3 BIS CII 1 y 2 CARTAGO - COLOMBIA-PBX 2147122

Registro 371639



### I. DATOS DE IDENTIFICACION

IDENTIFICACION CC 1113595181 HISTORIA 125049 7 SEXO F  
FECHA Y HORA CONSULTA 13/01/2024 07:50:09 MUNICIPIO OBANDO BARRIO SANTA BARBARA  
P. RESPONSABLE TELEFONO ESCOLARIDAD Preescolar

NOMBRES DIANA CAMILA APELLIDO GIRALDO CORREA EDAD 27 Años 5 Meses 2 Dias

DIRECCION Cile 1 b # 5-52 SILVIO VASQUE TELEFONO 3127795732 ASEGURADOR SOS REGIMEN CONTRIBUTIVO

### II. DATOS GENERALES DEL EVENTO

TIPO DE CONSULTA 1 Consulta General

MOTIVO CONSULTA : \*\*\*\*\* ME DIJERON QUE HOY ERA LA FECHA MAXIMA \*\*\*\*\*

TRIAGE CLASIFICADO 3 REMITE NO REMITIDO ESTADO CIVIL NO-APLICA

### V. ANAMNESIS - ENFERMEDAD

GESTANTE SI SEMANAS 40 PESO 77 Kg. ESTADO PACIENTE VIVO

PACIENTE FEMENINA RESIDE EN OBANDO VALLE, OCUPACION: GOBERNACION, ESCOLARIDAD: PROFESIONAL, ESTADO CIVIL: UNION LIBRE MENOS DE 2 AÑOS, HEMOCLASIFICACION O+, PRIMIGESTANTE, CURSANDO CON EMBARAZO DE 40.3 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL 07/07/2023 PARA 13.2 SEMANAS, REALIZO CONTROLES PRENATALES DESDE LA SEMANA 7.1 EN TOTAL 10 CPN CON REGISTRO DE CIFRAS TENSIONALES EN METAS, CONSULTA REFIRIENDO QUE FUE CITADA PARA EL DIA DE HOY PARA INDUCCION DADO A NO INICIO ESPONTANEO DE SU TRABAJO DE PARTO, ADEMÁS INDICA INICIO DESDE LA MADRUGADA CON DOLOR TIPO CONTRACCION UTERINA DE CORTA DURACION REGULARES, REFIERE PERCIBIR MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA PERDIDAS VAGINALES, NIEGA PREMONITORIOS \*\*REPORTES DE PARACLINICOS: 20/05/2023: UROCULTIVO NEGATIVO, GLUCOSA : 82, HEMOCLASIFICACION O+, CH: HB: 14 HTO: 40.6 PLAQ: 331.000, AGSHB NEGATIVO, TOXO IGG NO REACTIVO, IGM NO REACTIVO, RUBEOIA IGG REACTIVO IGM NO REACTIVO, // 25/07/2023: CTG: PRE 71, POS 1H: 146, POS 2 H: 132, TSH: 1.70, TOXO IGM NO REACTIVO, T4L: 0.98 // 14/08/2023 TOXO IGM NO REACTIVO // 16/08/2023 FROTIS NO PATOLOGICO // 16/08/2023: PCR 27, CH: LEUCOS 10.190 N: 69.6% L: 14.2% HB: 12.9 HTO: 36.9 PLAQ: 287.000 UROANALISIS NO PATOLOGICO, // 18/10/2023: TOXO IGM NO REACTIVO, 11/12/2023: CULTIVO RECTO VAGINAL NEGATIVO

### ANTECEDENTES

ALERTA TEMPRANA Ninguno

NEGATIVOS

### REVISION POR SISTEMAS

Impresion : 17/02/2025 11:29:57

LO REFERIDO EN HC

### VI. EVENTO OBSTETRICO

GRUPO SANGUINEO O+ PRUEBA VIH No Aplica ANTIGENO Hepatitis-B-NEGATIVO  
PRESENTACION No aplica TERMINACION No Aplica FRECUENCIA C.F. No Aplica  
DILATACION No Aplica EDAD GESTACIONAL No Aplica ULTIMA SEROLOGIA DESCONOCIDO  
EXPULSION FETO No Aplica RIESGO DE PARTO No Aplica RESULTADO SEROLOGIA DESCONOCIDO

### V. EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES F.C. 78 Temp 36.9 °C T. A 125 / 78 mmHg FR: 16 x min GLASGOW: Ocular 4 Verbal 5 Motora 6 Estatura 144

GENERAL : ADECUADO ESTADO GENERAL , ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, ALGICA

PIEL / MUCOSAS: NORMAL

CABEZA / OJOS / ORL: NORMAL

CUELLO Y TORAX: NORMAL

CARDIO - PULMONAR: NORMAL

ADMOMEN - ESPALDA : ABDOMEN GRAVIDO AU: 35.5 CM AUNQUE CON ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO FETO CEFALICO, NO SE EVIDENCIA DINAMICA UTERINA, SE PERCIBEN MOVIMIENTOS FETALES

GENITALES - RECTO: TACTO VAGINAL CUELLO INTERMEDIO, EUTERMICO D: 2 CM B: 40% MEMBRANAS INTEGRAS SALIDA DE TAPON MUCOSO

EXTREMIDADES: NORMAL

NEUROLOGICO: NORMAL

DIAGNOSTICO: .....

O479 FALSO TRABAJO DE PARTO SIN OTRA ESPECIFICACION

ok

CONDUCTA ORIGEN SALA DE OBSTETRICIA DESTINO Observación

PACIENTE FEMENINA DE 27 AÑOS, PRIMIGESTANTE CON EMBARAZO A TERMINO, AL EXAMEN FISICO SIGNOS VITALES DENTRO DE NORMALIDAD, CAMBIOS CERVICALES INCIPIENTES, SE COSNIDERA EN PREPARTO, INGRESO PARA MONITORIA FETAL Y, SS LABORATORIOS Y SS VALORACION POR GINECOLOGA DE TURNO PARA DEFINIR CONDUCTA, EXPLICO CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Medico JESSICA CASTRO OSPINA

1112790644 MEDICO GENERALL

Registro Medico 1112790644

## IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO

## HISTORIA CLINICA - GINECOLOGIA

CR3 BIS CII 1 y 2 CARTAGO - COLOMBIA-PBX 2147122

Registro 368306



## I. DATOS DE IDENTIFICACION

IDENTIFICACION CC 1113595181 HISTORIA 125049 0 SEXO F

FECHA Y HORA CONSULTA 27/12/2023 16:40:18 MUNICIPIO CARTAGO BARRIO SANTA BARBARA

P. RESPONSABLE TELEFONO ESCOLARIDAD No Definido

NOMBRES DIANA CAMILA APELLIDOS GIRALDO CORREA EDAD 27 Años 4 Mese 16 Dias

DIRECCION Cile 1 b # 5-52 SILVIO VASQUE TELEFONO 3127795732 ASEGURADOR SOS REGIMEN CONTRIBUTIVO

## II. DATOS GENERALES DEL EVENTO

## TIPO DE CONSULTA

3

Consulta Externa

MOTIVO CONSULTA CONTROL PRENTAAL

REMITE SIN REMISION ESTADO CIVIL U-LIBRE

## IV. ANAMNESIS - ENFERMEDAD

GESTANTE SI SEMANAS 0 PES 0 Kg.

EDAD 27 AÑOS

G1P0

FUM DESCONOCIDA

RH O POSITIVO

MANIFIESTA ETSRA TOMANDO LOS MNT

ECOGRFIA 1 30 DE MAYO 2023 EMBARAZO DE 7 SEMANAS 2 DIAS -----38 SEMANAS DE GETSACION

ECOGRFIA DE EL DIA 12 DE DIC 2023 PRESENTACION CEFALICO PLACENTA ANTERIOR DE LOCALIZACION ALTA MADUREZ GRADO II'II PFE 2474 GRS P 18 EMBARAZO DE 35.6 SEMANAS DE

GESTACION 38 SEMNASE DE GESTACION

## ANTECEDENTES

ALERTA TEMPRANA

Ninguno

NEGATIVOS

## REVISION POR SISTEMAS

T.

N.

M.

ORGANO AFECTADO

ESTADIO

ASINTOMATICA

## V. EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES F.C. 0 Temp 0 °C T. A 0 / 0 mmHg FR: 0 x min GLASGOW: Ocular 4 Verbal 5 Motora 6 Talla 0

PESO 74 KG TALLA 144 CM T/A 110/70

PTE CON UTERO GRAVIDO CON UNA AU DE 33 CM CON UN DLI FCF DE 142 X MIN , SE PERCIBEN MOVIMIENTOS FETALES , NO HAY ACTIVIDAD UTERINA NO SE RELAIZA TV POR NO TENER NECESIDAD

## DIAGNOSTICOS PRIMIGESTANTE

Impresion : 17/02/2025 11:44:49

Z359 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ok

CONDUCTA ORIGEN GINECOLOGIA DESTINO Atendido y Enviado a Casa

PTE EN EL MOMENTO CON CONTORLES PRENATALES DENTRO DE LA NORMALIDAD , POR LO QUE SE DCEIDE CVITAR A LAS 40 SEMANS DE GESTACION 10 DE ENERO POR EL SERVICIO D EURGNECIAS SE LE MANIFIESTA QUE POR AHORA VA POR PARTO PERO QUE SERA POSTERIORMNETE VALORADA POR URGENCIAS PARA DEFINIR SU VIA DE PARTO , SE DAN TODAS LAS REOCMENDAICONES MAS SIGNOS DE ALRAMA

Medico VICTORIA EUGENIA VELEZ

38551982 MEDICO GINECOBTETRICIA - CIRUJIA

Registro Medico 763821-5

# IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO

## HISTORIA CLINICA - GINECOLOGIA

CR3 BIS CII 1 y 2 CARTAGO - COLOMBIA-PBX 2147122

Registro 363818



### I. DATOS DE IDENTIFICACION

IDENTIFICACION CC 1113595181 HISTORIA 125049 0 SEXO F  
FECHA Y HORA CONSULTA 06/12/2023 10:10:36 MUNICIPIO CARTAGO BARRIO SANTA BARBARA  
P. RESPONSABLE TELEFONO ESCOLARIDAD No Definido

NOMBRES DIANA CAMILA APELLIDOS GIRALDO CORREA EDAD 27 Años 3 Mese 25 Dias  
DIRECCION Cile 1 b # 5-52 SILVIO VASQUE TELEFONO 3127795732 ASEGURADOR SOS REGIMEN CONTRIBUTIVO

### II. DATOS GENERALES DEL EVENTO

TIPO DE CONSULTA 3

Consulta Externa

MOTIVO CONSULTA CONTROL PRENATAL

REMITE SIN REMISION ESTADO CIVIL U-LIBRE

### IV. ANAMNESIS - ENFERMEDAD

GESTANTE SI SEMANAS 0 PES 0 Kg.

EDAD 27 AÑOS  
G1P0  
FUM DESCONOCIDA  
RH O POSITIVO  
PTE EN EL MOMENTO QUE REFIERE SENTIRSE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES , NIEGA SANGRADO VAGINAL COMO TAMBIEN AMNIOREXA , MANIFIESTA ESTRA TOMANDO LOS MNT EN EL MOMENTO  
ECOGRAFIA 1 30 DE MAYO 2023 EMBARAZO DE 7.2 SEMANAS -----34.3 SEMANAS DE GESTACION  
ECOGRAFIA 2 28 DE AGOSTO 2023 FETO VIVO CEFALICO 365 GRS P 95

### ANTECEDENTES

ALERTA TEMPRANA Ninguno

NEGATIVOS

### REVISION POR SISTEMAS

ASINTOMATICA

T.

N.

M.

ORGANO AFECTADO

ESTADIO

### V. EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES F.C. 0 Temp 0 °C T. A 0 / 0 mmHg FR: 0 x min GLASGOW: Ocular 4 Verbal 5 Motora 6 Talla 0

PESO 76 KG TALLA 144 CM FC 76 X M FR 18 X M T/A 110/70  
PTE EN APARNETE BUEN ESTADO GENERAL , AFE BriUL HIDRATADA  
ORL NORMAL , C/P RSCSRs NO SOPLOS M.V PRESNETE BUENA VENTILACION  
EN ASCSPs NO SOBREGREGADOS , ABD CON UTERO GRAVIDO CON UNA AU DE 29 CM CON UN DLI FCF DE 142 X M , PRESENTACION CEFALICO , SE PERCIBEN MOVIMIENTOS FETALES , NO HAY ACTIVIDAD UTERINA , NO SE RELAZA TV EL DIA D EHOY POR NO SER NECESARIO , EXT NO HAY EDEMAS PP POSITIVOS LLELNAOD EMNOR DE 2 SEGUNDOS , GLASGOW 15/15

### DIAGNOSTICOS PRIMIGESTANTE

Impresion : 17/02/2025 11:45:11

Z359 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ok

### CONDUCTA

ORIGEN

GINECOLOGIA

DESTINO

Atendido y Enviado a Casa

PTE EN EL MOMENTO CON UN EMBARAZO DENTRO DE LA NORMALIDAD , ECOGRAFIA DE HACE MAS DE 14 SEMANAS CON NUEVA ECOGRAFIA EN EL DIA MARTES DE ESTE MES , POR LO QUE SE DECIDE DAR CONTROL CON REUSLTADO DE ECOGRAFIA EN 2 SEMANAS Y SE DA INCAPACIDAD MEIDCA POR 2 SEMANAS A PARTIR DE LA FECHA , SE DAN TODAS LAS RECOMENDAICONES MAS SIGNOS DE ALARMA

Medico VICTORIA EUGENIA VELEZ  
38551982 MEDICO GINECOBTETRICIA - CIRUJIA  
Registro Medico 763821-5

Pereira- Risaralda, 26 de febrero de 2025

Señores,

**E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Cali y la IPS Hospital San Juan de Dios sede Cartago**

[juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co](mailto:juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co)

Pereira

**ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN DE DOCUMENTOS- HISTORIA CLINICA**

**LUIS GUILLERMO AGUIRRE MOLINA**, identificado con CC No. 1.047.390.082 de Cartagena y T.P No. 189.086 del C.S de la Judicatura, de acuerdo con EL PROCESO **Radicación: 76-147-31-03-001-2024-00157-00** EN EL CUAL ESTÁ DEMANDADA LA DRA. **LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO**, **solicito de manera comedida** obtener copia de la Historia Clínica de la paciente **DIANA CAMILA GIRALDO CORREA** identificada con cedula de ciudadanía 1.113.595.181 , por medio de este escrito y de manera respetuosa me permito presentar de acuerdo a la ley 1755 de 2015, **DERECHO DE PETICIÓN**, de acuerdo con los siguientes,

**HECHOS**

**PRIMERO.** Se requiere copia de la **HISTORIA CLÍNICA, EN ESPECIAL LAS NOTAS DE ENFERMERIA Y PARTOGRAMAS** del día **13/01/2024** de la paciente **DIANA CAMILA GIRALDO** identificada con cedula de ciudadanía **1.113.595.181**, esto para que sirva como prueba dentro del **PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL** con Radicación: **76-147-31-03-001-2024-00157-00**, **que se adelanta en el JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGO** por presunta responsabilidad médica.

**DOCUMENTOS QUE SE ANEXAN:**

1. Copia del auto admisorio de la demanda
2. Copia de Poder

**NOTIFICACIONES**

El suscrito al correo [lgaguirre@equipojuridico.com.co](mailto:lgaguirre@equipojuridico.com.co) Cel.: 3108838681

Atentamente,

  
**LUIS GUILLERMO AGUIRRE MOLINA**  
C.C. No.1.047.390.082

T.P No. 189086 del C.S.de la J.

Pereira- Risaralda, 27 de febrero de 2025

Señores,

**E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Cali y la IPS Hospital San Juan de Dios sede Cartago**

[juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co](mailto:juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co)

Pereira

**ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN DE DOCUMENTOS- HISTORIA CLINICA**

**LUIS GUILLERMO AGUIRRE MOLINA**, identificado con CC No. 1.047.390.082 de Cartagena y T.P No. 189.086 del C.S de la Judicatura, de acuerdo con EL PROCESO **Radicación: 76-147-31-03-001-2024-00157-00** EN EL CUAL ESTÁ DEMANDADA LA DRA. **LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO**, **solicito de manera comedida** obtener copia de la Historia Clínica del hijo nacido de la paciente **DIANA CAMILA GIRALDO CORREA** identificada con cedula de ciudadanía 1.113.595.181 , por medio de este escrito y de manera respetuosa me permito presentar de acuerdo a la ley 1755 de 2015, **DERECHO DE PETICIÓN**, de acuerdo con los siguientes,

**HECHOS**

**PRIMERO.** Se requiere copia de la **HISTORIA CLÍNICA**, del día **13/01/2024** del hijo nacido de la paciente **DIANA CAMILA GIRALDO identificada con cedula de ciudadanía 1.113.595.181**, esto para que sirva como prueba dentro del **PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL** con Radicación: **76-147-31-03-001-2024-00157-00**, **que se adelanta en el JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGO** por presunta responsabilidad médica.

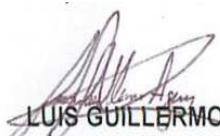
**DOCUMENTOS QUE SE ANEXAN:**

1. Copia del auto admisorio de la demanda
2. Copia de Poder

**NOTIFICACIONES**

El suscrito al correo [lgaguirre@equipojuridico.com.co](mailto:lgaguirre@equipojuridico.com.co) Cel.: 3108838681

Atentamente,

  
**LUIS GUILLERMO AGUIRRE MOLINA**  
C.C. No.1.047.390.082

T.P No. 189086 del C.S.de la J.



## *HOJA DE VIDA*



**NOMBRE:** Luisa Fernanda Rodríguez Toro

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 1.053. 777.519

**REGISTRO MEDICO:** 1053777519

**FECHA DE NACIMIENTO :** Junio 19 de 1987

**LUGAR DE NACIMIENTO :** Manizales - Caldas.

**CIUDAD:** Manizales - Caldas

**DIRECCIÓN:** calle 51 # 26-19 ato 106. Edificio balcones de san Luis

**TELÉFONO:** 321 647 1290

**E-MAIL:** [Lichitalu@hotmail.com](mailto:Lichitalu@hotmail.com)

*LUISA FDA. RODRIGUEZ T.  
MD ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA*

## *PERFIL*

Soy una profesional proactiva, empática, con capacidad de liderazgo y facilidad de aprendizaje, mis fortalezas son la responsabilidad, trabajo en grupo y entrega a mis pacientes. Como profesional de la medicina y especialista en la salud femenina me considero dedicada, consciente de la vida como bien irrenovable, del valor de la mujer para nuestra sociedad y, de la importancia en la transmisión de conocimientos a través del ejercicio docente, con deseo de aportar desde lo médico y lo personal en los diferentes espacios de ejercicio profesional en el área de la ginecoobstetricia.

*LUISA FDA. RODRIGUEZ T.  
MD ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA*

## *FORMACION ACADEMICA*

### **Estudios universitarios**

Universidad de Caldas

Especialista en Ginecología y obstetricia

2018 - 2022

Universidad de Manizales.

Medicina General.

2006 - 2012

Universidad Autónoma de Manizales

Instituto de idiomas

Diplomado en Ingles

2004

### **Estudios Secundarios:**

Liceo Anglo Francés

Dirección: La florida, Manizales

2003

### **Estudios Primarios:**

Colegio Nuestra Señora de los Ángeles

Dirección: Calle 51 #22 - 47

1997

## *ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS*

Curso Manejo del dolor. Medcenter educación virtual S.A.S. septiembre 30 de 2024. 45 horas

Curso diagnóstico y manejo clínico del dengue. Organización Panamericana de la Salud. Agosto 15 de 2024. 20 horas

Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional. Fundación nuestra señora de la esperanza. Julio 29 de 2024. 48 horas

Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud. Fundación nuestra señora de la esperanza. Julio 27 de 2024. 48 horas

Curso Soporte Vital avanzado RCP (ACLS). Fundación nuestra señora de la esperanza. Julio 25 de 2024. 120 horas

Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS). Fundación nuestra señora de la esperanza. Julio 23 de 2024. 48 horas

Curso de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas de conflicto armado. Fundación nuestra señora de la esperanza. Julio 19 de 2024. 48 horas

Curso de gestión operativa de donación de órganos . ENTHA centro internacional de entrenamiento en emergencias y urgencias. Barranquilla. Enero 25 de 2024. 46 horas

Curso de atención a víctimas de ataques con agentes químicos. ENTHA centro internacional de entrenamiento

en emergencias y urgencias. Barranquilla. Enero 24 de 2024. 40 horas

Curso de actualización hemorragia obstétrica clave roja: primera causa de muerte materna. CIAFP GALENO CONSULTORIA INTERNACIONAL. Enero 3 al 24 de 2024. 90 horas

Curso de Código Fucsia Atención a víctimas de la violencia sexual y de género, REVIVE entrenamiento medico integral. Manizales. Octubre 25 de 2023. 48 horas

Curso acelerando la eliminación de sífilis congénita: asegurando diagnóstico y tratamiento oportunos. Organización Panamericana de la Salud. Octubre 22 de 2023. 12 horas

Entrenamiento en ESTERILIZACIÓN FEMENINA POR LAPAROSCOPIA. ASOCIACION PROFAMILIA. Medellín 18 de septiembre al 22 de septiembre del 2023. 45 horas

Taller Teórico Práctico de Inserción del Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel. LABORATORIOS BAYER. Manizales junio 28 de 2023. 4 horas

Entrenamiento en técnica de inducción de asistolia fetal. ASOCIACION PROFAMILIA. Medellín 29 de mayo al 3 de junio del 2023. 45 horas

Entrenamiento en técnica de dilatación y evacuación. ASOCIACION PROFAMILIA. Medellín 29 de mayo al 3 de junio del 2023. 45 horas

Curso Sensibilización en IVE. PROFAMILIA. Marzo 13 de 2023

Curso Soporte Vital avanzado RCP (ACLS). Fundación nuestra señora de la esperanza. Julio 27 de 2022. 120 horas

Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional. Fundación nuestra señora de la esperanza. Julio 25 de 2022. 48 horas

Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud. Fundación nuestra señora de la esperanza. Julio 25 de 2022. 48 horas

Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS). Fundación nuestra señora de la esperanza. Julio 21 de 2022. 48 horas

VI simposio de residentes de medicina crítica y cuidado intensivo. fundación Santa Fe de Bogotá. Abril 18 de 2022.

Diplomado en Atención integral a las víctimas de violencia sexual, Universidad de Caldas. Agosto 18- octubre 20 de 2021, 122 horas.

X Simposio de Ginecología y Obstetricia, Sociedad caldense de Obstetricia y ginecología SOCALOG, septiembre 18 de 2021.

IX Simposio de Ginecología y Obstetricia, Sociedad caldense de Obstetricia y ginecología SOCALOG, mayo 22 de 2021.

Rotación electiva y profundización en Cuidado Intensivo Obstétrico. Especialización en ginecología y Obstetricia. Hospital universitario San Jorge, junio 15 de 2020- agosto 15 de 2020.



VIII Simposio de Ginecología y Obstetricia, Sociedad caldense de Obstetricia y Ginecología SOCALOG, septiembre 27 y 28 de 2019

Taller de Hemorragia obstétrica Mayor. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y el grupo de investigación MEOCRI. 4 Horas, octubre 31 de 2019

XVI congreso colombiano de perinatología y medicina materno-fetal. Federación colombiana de asociaciones de perinatología FECOPEN. Barranquilla, Colombia, Hotel Dann Carlton. 22 horas; agosto 1, 2 y 3 de 2019

Curso básico de entrenamiento: lo esencial del ultrasonido obstetricia y ginecología; ISUOG; Medellín, Colombia, mayo 31- junio 1 de 2019.

XVII Congreso Bienal de Ginecología y Obstetricia. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología ASBOG; 22 horas; Bogotá Hotel Crown Plaza Tequendama; marzo 28, 29 y 30 de 2019.

Capacitación para creación de unidades de alta dependencia obstétrica. Universidad de Caldas/ SES hospital de Caldas. 8 horas. Noviembre de 2018

VI Simposio de Ginecología y Obstetricia, Sociedad caldense de Obstetricia y Ginecología SOCALOG, Agosto 03 y 04 de 2018

VII Congreso de Ginecología y Obstetricia para Médicos Generales. Federación Colombiana de asociaciones de Obstetricia y ginecología FECOLSOG. 22 horas. Cali Hotel Dann Carlton; julio 28, 29 y 30 de 2017.

Jornada de Actualización en temas de Ginecoobstetricia.  
Universidad de Caldas; 8 horas; Manizales mayo 19 de 2017.

XVI Congreso Bienal de Ginecología y Obstetricia.  
Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología ASBOG;  
22 horas; Bogotá Hotel Crown Plaza Tequendama; abril 27,  
28 y 29 de 2017.

XXV Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia.  
Universidad de Antioquia Facultad de Medicina. 16 horas.  
Medellín; marzo 2 y 3 de 2017.

Primer Simposio Internacional y Segundo Nacional de  
Controversias en Ginecología y Obstetricia. Asociación  
Quindiana de Obstetricia y Ginecología AQOG, Universidad  
del Quindío; 16 horas; Armenia Quindío; octubre 21 y 22  
de 2016.

XIII Jornadas de Actualización en Temas Selectos en Salud.  
Asociación Nacional de Médicos Internos y Residentes ANIR  
Seccional Caldas; Universidad de Caldas; Manizales  
septiembre 22 y 23 de 2016.

Taller Manejo del Código Rojo obstétrico. Asociación  
Nacional de Médicos Internos y Residentes ANIR Seccional  
Caldas; Universidad de Caldas; Manizales septiembre 22 de  
2016.

VI Congreso de Ginecología y Obstetricia para Médicos  
Generales. Federación Colombiana de asociaciones de  
Obstetricia y ginecología FECOLSOG. 22 horas. Medellín  
Centro de Eventos el Tesoro; Julio 29, 30 y 31 de 2016.

XXX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología A la  
Vanguardia de la Salud Femenina. Federación Colombiana

de asociaciones de Obstetricia y ginecología FECOLSOG, 22 horas; Cali Centro de Eventos Valle del Pacifico; mayo 25 al 28 de 2016.

Curso Pre congreso Cero muertes por Hemorragia Posparto. Federación Colombiana de asociaciones de Obstetricia y ginecología FECOLSOG, 10 horas; Cali Hospital Simulado Universidad Javeriana; mayo 25 de 2016.

XXIV Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia. Universidad de Antioquia Facultad de Medicina. 16 horas. Medellín; abril 15 y 16 de 2016.

XII Jornadas de Actualización en Temas Selectos en Salud. Asociación Nacional de Médicos Internos y Residentes ANIR Seccional Caldas; Universidad de Caldas; Manizales octubre 1 y 2 de 2015.

Taller Manejo de los Desgarros Perineales. Asociación Nacional de Médicos Internos y Residentes ANIR Seccional Caldas; Universidad de Caldas; Manizales octubre 1 de 2015.

Curso de Colapso Materno. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE; 12 horas. Manizales septiembre 20 de 2015.

II Simposio de Actualización en Temas de Ginecoobstetricia. Sociedad Caldense de Ginecología y Obstetricia SOCALOG, federación colombiana de asociaciones de Obstetricia y ginecología FECOLSOG; universidad de Caldas; 15 horas; Manizales septiembre 18 y 19 de 2015.

V Congreso de Ginecología y Obstetricia para Médicos Generales. Federación Colombiana de asociaciones de

Obstetricia y ginecología FECOLSOG. 22 horas. Bogotá Hotel Crown Plaza Tequendama; Julio 3, 4 y 5 de 2015.

Curso Pre congreso Detección Temprana del Cáncer de Mama y enfoque de los Principales Motivos de consulta. Federación Colombiana de asociaciones de Obstetricia y ginecología FECOLSOG, 10 horas; Bogotá Hotel Crown Plaza Tequendama; Julio 3 de 2015.

III Simposio de Salud Integral femenina. Atención a la paciente Oncológica. Sociedad Caldense de Ginecología y Obstetricia SOCALOG, federación colombiana de asociaciones de Obstetricia y ginecología FECOLSOG; universidad de Caldas; 18 horas; Manizales mayo 22 y 23 de 2015.

XV Congreso Bial de Ginecología y Obstetricia. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología ASBOG; 22 horas; Bogotá Hotel Crown Plaza Tequendama; abril 16, 17 y 18 de 2015.

2do simposio Internacional de Embarazo seguro y Emergencia Obstétrica. Asociación Vallecaucana de Obstetricia y Ginecología SOVOGIN; 16 horas; Cali Clínica Fundación Valle del Lili; febrero 12 al 14 de 2015.

Simposio Sala de partos Segura y la Embarazada Críticamente Enferma. Asociación Quindiana de Obstetricia y Ginecología AQOG, Universidad del Quindío; Armenia Quindío; diciembre 5 y 6 de 2014.

1er congreso de Actualización en Temas de Ginecoobstetricia para Médicos generales. Sociedad Caldense de Ginecología y Obstetricia SOCALOG, federación colombiana de asociaciones de Obstetricia y ginecología FECOLSOG; universidad de Caldas, universidad

de Manizales, 14 horas; Manizales septiembre 19 y 20 de 2014.

1er congreso de ginecología y obstetricia. ASTRACOL; 8 horas; Santiago de Cali, agosto 8 de 2014

XI Jornadas de Actualización en Temas Selectos en Salud. Asociación Nacional de Médicos Internos y Residentes ANIR Seccional Caldas; Universidad de Caldas, 16 horas; Manizales junio 5 y 6 de 2014.

Taller Manejo del "Código rojo obstétrico y los trastornos hipertensivos durante la gestación. Asociación Nacional de Médicos Internos y Residentes ANIR Seccional Caldas; Universidad de Caldas; Manizales junio 5 de 2014.

XXIX Congreso Nacional de obstetricia y Ginecología. FECOLSOG. Plaza mayor Medellín convecciones y exposiciones. 22 horas. Medellín mayo 29, 30 y 31 de 2014.

II simposio internacional de Ginecología Oncológica. Clínica Comfamiliar Risaralda, Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología capitulo Risaralda; Pereira noviembre 18 y 19 de 2011.

VIII Jornadas de Actualización en Temas Selectos en Salud. Asociación Nacional de Médicos Internos y Residentes ANIR Seccional Caldas; Universidad de Caldas, 16 horas; Manizales octubre 6 y 7 de 2011.

II Congreso Cafetero de Obstetricia y Ginecología de la Zona Centro. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología Filiales de la Zona Centro, Recinto del Pensamiento; 20 horas. Manizales agosto 4 al 6 de 2011

VII Jornadas de Actualización en Tems Selectos en Salud.  
Asociación Nacional de Médicos Internos y Residentes ANIR  
Seccional Caldas; Universidad de Caldas, 16 horas;  
Manizales octubre 7 y 8 de 2010.

Taller Maniobras Salvadoras en Ginecoobstetricia.  
Asociación Nacional de Médicos Internos y Residentes ANIR  
Seccional Caldas; Universidad de Caldas; Manizales  
octubre 7 de 2010.



## *PUBLICACIONES CIENTÍFICAS*

Evaluation of electromagnetic therapy on the pelvic floor as an alternative treatment for stress urinary incontinence. Journal of women's Health and Gynecology. Diciembre de 2021 8: 1-9

Evento Coronario Agudo: Correlación clínica de enzimas cardíacas y hallazgos electrocardiográficos en un servicio de urgencias de la ciudad de Manizales (Colombia) año 2009. Archivos de Medicina. Volumen 11 N° 1. ISSN: 1657-320X enero-junio de 2011.

## *PONENCIAS*

Simposio virtual IVE, interrupción voluntaria del embarazo. Título de la ponencia: “Atención integral de la IVE” y “aspectos procedimentales en IVE”. Universidad de Caldas. Noviembre 22 de 2022

XV Jornadas de temas selectos en salud. Título de la Ponencia: “Bacteriuria asintomática en paciente gestante ¿tratar o no tratar?” Universidad de Caldas. Agosto 31 de 2018

Tercera Jornada de Seguridad del Paciente. Título de la ponencia: “Cero Muertes Maternas por hemorragia”. Universidad Autónoma de Manizales, junio 16 de 2016.

Primera Jornada de Actualización en atención Primaria en Salud. Título de la ponencia: “Control Prenatal” Universidad de Manizales; septiembre 25 de 2015

Primera Jornada de Actualización en Clínicas. Título de la ponencia: “Control Prenatal” Universidad de Manizales; abril 01 de 2015.

## *EXPERIENCIA LABORAL*

### **Ginecoobstetra**

Clínica Ospedale, Manizales

Octubre 1 de 2024 hasta la fecha

### **Ginecoobstetra**

ESE hospital San Marcos, Chinchina Caldas

Julio 1 de 2024 hasta la fecha

### **Ginecoobstetra**

Asociación PROFAMILIA, Manizales y Pereira

Febrero 14 de 2023 hasta la fecha

### **Ginecoobstetra**

Hospital San Juan de Dios sede Cartago

Diciembre 9 de 2022- mayo 17 de 2024

### **Ginecoobstetra**

COSMITET Manizales

Marzo 27 de 2023 - mayo 10 de 2024

### **Ginecoobstetra**

IPS Interconsultas

Abril 5 de 2023 - diciembre 31 de 2023

**Docente Catedrática**

Universidad de Manizales

**Cátedra de Control Prenatal. Noveno semestre**

Enero de 2015- diciembre de 2017

**Cátedra de Ginecoobstetricia. Decimo semestre**

Universidad de Manizales

Agosto de 2022- octubre de 2022

**Presidente Asociación Nacional de Internos y Residentes, ANIR.**

Capitulo Caldas

Febrero de 2019- enero de 2021

**Medica Hospitalaria Servicio de Ginecología y Obstetricia**

Clínica Versalles

Septiembre de 2013- febrero de 2018

**Medica general servicios ambulatorios.**

**ASSBASALUD ESE**

Programa de detección temprana de alteraciones del embarazo parto y puerperio

Octubre de 2013-agosto de 2014

**Medico SSO, ESE Hospital San Félix La Dorada- Caldas**

Medica hospitalaria Servicio Ginecoobstetricia

Agosto 2012- agosto de 2013

## *REFERENCIAS PERSONALES*

Daniela González Gómez

Ginecoobstetra

3057766340

José Fernando Ardila Murcia

Médico cirujano

Especialista en salud ocupacional y medicina laboral

Especialista en medicina estética

3113124622

Pablo González Isaza

Ginecoobstetra

Especialista en piso pélvico y ginecología estética

3207887509

Libardo Ancizar Rodríguez López

Médico Cirujano

Especialista en administración de la salud

3155093323



*LUISA FERNANDA RODRIGUEZ TORO*  
**CC. 1.053.777.519 de Manizales-Caldas**

Para efectos legales, hago constar que las Informaciones suministradas en la hoja de vida son totalmente ciertas (art. 62 numeral 1, c. S.t.) y pueden ser verificadas a cabalidad.

*LUISA FDA. RODRIGUEZ T.*  
*MD ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA*



# UNIVERSIDAD DE CALDAS

## FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD

### Programa de ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

#### ACTA INDIVIDUAL DE GRADO Nro.118

En la ciudad de Manizales, Caldas, el día treinta (30) de Noviembre de 2022, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual la Universidad de Caldas, le confirió el título de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

a

LUISA FERNANDA RODRIGUEZ TORO

Identificado(a) con Cédula de ciudadanía Nro. 1053777519 de Manizales, quien acreditó en debida forma todos los requisitos académicos, legales y reglamentarios de conformidad con la Resolución de Admisiones y Registro Académico Nro. 057 del Martes, 1 de Noviembre de 2022, otorgándole el diploma Nro. 55662.

Esta acta se encuentra contenida en el Libro de Registro No. 1, folio 8775.

La Universidad se encuentra autorizada para conferir este título por las normas legales vigentes en Colombia.

Para su constancia se firma en la ciudad de Manizales hoy Miércoles, 30 de Noviembre de 2022.

Rectoría

Secretaría General

Firmado por:  
LUISA FERNANDA  
GIRALDO ZULUAGA  
2022/11/30 12:46:21

Firmado por:  
CAROLINA LOPEZ  
SANCHEZ  
2022/11/30 12:46:31





# Acta de Grado

Acta de Grado No. 16901



UNIVERSIDAD DE  
MANIZALES

## Facultad de Ciencias de la Salud

En la ciudad de Manizales a los nueve (9) días del mes de agosto del año dos mil doce (2012), **la Universidad de Manizales**, realizó Ceremonia de Grado presidida por los directivos de la Institución, con el fin de conferir el título de **MÉDICO(A)** al egresado (a) **LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1,053,777,519 expedida en Manizales. La rectoría de conformidad con la Resolución No. G-136 del 6 de agosto de 2012, aprobó el mencionado título.

Tomados los juramentos de rigor, el señor Rector le hizo entrega del diploma registrado en el folio No. 401 del Libro No. 10.

El graduado(a) cumplió con los requisitos exigidos para el otorgamiento del título Profesional.

Se firma la presente Acta en la ciudad de Manizales, a los nueve (9) días del mes de agosto de del año dos mil doce (2012),

  
Guillermo Orlando Sierra Sierra  
Rector

  
Jorge Iván Jurado Salgado  
Vicerrector

  
César Augusto Botero Muñoz  
Secretario General

# La Universidad de Caldas

en atención a que

**LUISA FERNANDA RODRIGUEZ  
TORO**

CC No. 1053777519 de Manizales

ha cumplido los requisitos que los estatutos exigen, le confiere el título de

**ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA  
Y OBSTETRICIA**

y le expide el presente diploma. En testimonio de ello, se refrenda con las  
firmas y registros respectivos



Rectoría



Secretaría General

Manizales, 30 de Noviembre de 2022

Oficina de Registro Académico Folio 8775 del Libro Nro. 1

Nro. 55662

Firmado por:  
LUISA FERNANDA  
GIRALDO ZULUAGA  
2022/11/30 12:59:24

Firmado por:  
CAROLINA LOPEZ  
SANCHEZ  
2022/11/30 12:59:34





En nombre de la República de Colombia,  
y por autorización del  
Ministerio de Educación Nacional



La  
Universidad de Manizales

Reconocida por Resolución N° 2317 del 7 de abril de 1992

confiere a:

Luisa Fernanda Rodríguez Toro

Identificada con C.C. 1.053.777.519 de Manizales

el título de:

Médica

En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente diploma  
en la ciudad de Manizales, Caldas, a los 9 días del mes de Agosto de 2012

Registrado en el libro 401 del Libro de Diplomas N° 10 - Acta de Grado N° 15901  
Manizales, 9 de Agosto de 2012

De conformidad con los artículos 106 y 107 del Decreto Ley 2106 de 2018, una vez revisados los datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LUISA FÉBRICA RODRIGUEZ TORO identificada(a) con C.C. 1053777919 registra la siguiente información:

2024-08-14...15:30:13 PM

Información Académica

Nombre Programa	Origen Obtención Título	Profesión y Designación	Fecha inicio y periodo Administrativo	Acta Administrativa	Entidad Registradora
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	2022-11-30	107596	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2013-08-30	17123	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SGO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Procedimiento Prestación	Programa Prestación	Entidad Registradora
Presto SSO	Local	COLOMBIA CALDAS LA DORADA	2012-08-13	2013-08-12	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

información dispuesta si encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.), Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHHS).





MINISTERIO DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



COLEGIO MÉDICO  
COLOMBIANO  
CMC

## IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

LUISA FERNANDA RODRIGUEZ TORO

C.C. 1053777519



MÉDICO

Universidad de Manizales

Manizales

Grado: 09/08/2012

Rethus: 30/08/2013

ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y  
GINECOLOGÍA



Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la Ley 1164 del 2007 y el Decreto 4192 del 2010 compilado en el 780 de 2016. Si esta tarjeta es encontrada favor devolver al Colegio Médico Colombiano a la Carrera 7# 69-17 [portal@colegiomedico colombiano.org](mailto:portal@colegiomedico colombiano.org)

Stevenson Marulanda Plata

Representante legal Colegio Médico Colombiano



LISA FERNANDA RODRIGUEZ TORO  
C.C. 1.053.777.519

**MÉDICA**

Registro Nacional N° 17123  
Expedido: 30/08/2013



AL COMPROMISO DE TODOS

Autorización para ejercer como  
profesional de la salud en el  
Departamento de Caldas.



Director General  
Dirección Departamental de Salud de Caldas

Este carnet es personal e intransferible.  
En caso de pérdida, por favor avisar a la  
Calle 4B 26 - 48 de Medellín.

DERECHO DE PETICIÓN DE DOCUMENTOS- HISTORIA CLINICA - Luis Aguirre - Outlook - Google Chrome

about:blank

Delete Archive Report Reply Reply all Forward Zoom Read / Unread Categorize Flag / Unflag Print ...

DERECHO DE PETICIÓN DE DOCUMENTOS- HISTORIA CLINICA

peticion...Toro.pdf luisa...demanda.pdf PODER F... (002).pdf

Luis Aguirre  
To: juridico@hospitaldesanjuanededios.org.co  
Cc: lichitalu@hotmail.com

peticion cas Dra Luisa R. Toro... 439 KB  
luisa fernanda Notificacion d... 302 KB  
PODER FIRMADO Luisa R. To... 864 KB

3 attachments (2 MB) Download all

Pereira- Risaralda, 26 de febrero de 2025

Señores,  
**E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Cali y la IPS Hospital San Juan de Dios sede Cartago**  
[juridico@hospitaldesanjuanededios.org.co](mailto:juridico@hospitaldesanjuanededios.org.co)  
Pereira

**ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN DE DOCUMENTOS- HISTORIA CLINICA**

**LUIS GUILLERMO AGUIRRE MOLINA**, identificado con CC No. 1.047.390.082 de Cartagena y T.P No. 189.086 del C.S de la Judicatura, de acuerdo con EL PROCESO Radicación: **76-147-31-03-001-2024-00157-00** EN EL CUAL ESTÁ DEMANDADA LA DRA. **LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO**, solicito de manera comedida obtener copia de la Historia Clínica de la paciente **DIANA CAMILA GIRALDO CORREA** identificada con cedula de ciudadanía 1.113.595.181 , por medio de este escrito y de manera respetuosa me permito presentar de acuerdo a la ley 1755 de 2015, **DERECHO DE PETICIÓN**, de acuerdo con los siguientes,

10:18 a. m.  
26/02/2025



[Reenviar](#)

Pereira

LUIS GUILLERMO AGUIRRE MOLINA, identificado con CC No. 1.047.390.082 de Cartagena y T.P No. 189.086 del C.S de la Judicatura, de acuerdo con EL PROCESO Radicación: **76-147-31-03-001-2024-00157-00** EN EL CUAL ESTÁ DEMANDADA LA DRA. **LUISA FERNANDA RODRIGUEZ TORO**, solicito de manera comedida obtener copia de la Historia Clínica del hijo nacido de la paciente **DIANA CAMILA GIRALDO CORREA** identificada con cedula de ciudadanía 1.113.595.181 , por medio de este escrito y de manera respetuosa me permito presentar de acuerdo a la ley 1755 de 2015, **DERECHO DE PETICIÓN**, de acuerdo con los siguientes,



 Buscar



# Physiological

---

# CTG Interpretation

## Guía de monitorización fetal intraparto basada en fisiopatología

Publicada en febrero 2018

**Creada por el Comité Editorial de [www-physiology.com](http://www-physiology.com) y el Panel internacional de expertos en interpretación de RCTG desde el punto de vista fisiopatológico.**

**-Traducción por Anna Gràcia Pérez-Bonfils-**

Esta guía describe la interpretación de registros cardiotocográficos (RCTG) desde el punto de vista fisiopatológico. Ha sido desarrollada por un comité basándose en la experiencia adquirida en salas de partos donde la reducción de la tasa de cesáreas urgentes y/o la mejora de los resultados perinatales ha sido demostrada después de la implementación de la interpretación de RCTG basada en fisiopatología.

Es importante remarcar que la lectura del RCTG es solamente una parte de la evaluación clínica global de la madre y el feto y que tiene como objetivo único la detección de hipoxia fetal. Ésta guía debe ser usada en un contexto global, teniendo en cuenta otras causas no hipóxicas que causan lesiones fetales. Esto es particularmente importante en casos de evolución rápida y que requieran de intervenciones al margen del RCTG.

Esta guía está basada en la evidencia científica disponible en el momento de la creación de este documento, las referencias bibliográficas pueden encontrarse al final del documento. Somos conscientes que es imposible que ninguna guía cubra todos los escenarios clínicos posibles, por tanto es recomendable usarla aplicando la experiencia clínica y la lógica, así como buscar una segunda opinión si fuera necesario.



## Agradecimientos

Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para expresar nuestra gratitud al *Fetal wellbeing team* y a todo el personal de las maternidades de St George's Hospital, Lewisham, Greenwich NHS Trust y Kingston Hospital. Esta guía se ha elaborado con la experiencia, contribución y trabajo adquirida por todos. Dedicamos esta guía a ayudar a mejorar la situación de las madres y bebés en todo el mundo.

## Comité editorial

- **Edwin Chandraharan**  
Jefe de Obstetricia y ginecología aguda en St. George's University Hospitals NHS Foundation Trust, London.  
Honorary Senior Lecturer St George's University of London
- **Sarah-Ann Evans**  
Comadrona especializada en bienestar fetal en Lewisham y Greenwich NHS Trust  
Miembro del *Sign up to Safety Project* y co-autora de la guía de monitorización fetal en Lewisham and Greenwich NHS Trust.
- **Dagmar Krueger**  
Clinical Fellow en Obstetrics and Gynaecology en St George's University Hospital NHS Foundation Trust, London.  
Miembro del *Sign up to Safety Project* y co-autor de la guía de monitorización fetal en Lewisham and Greenwich NHS Trust.
- **Susana Pereira**  
Adjunta de Obstetricia y sub-especialista en medicina fetal y maternal en Kingston Hospital NHS Foundation Trust, London.  
Auditora y encargada de mejoría de calidad y jefa del *Sign up to Safety Project*.
- **Sarah Skivens**  
Comadrona senior en Kings College Hospital NHS Foundation Trust.  
Primer miembro del *Sign up to Safety Project* y co-autora de la guía de monitorización fetal en Lewisham and Greenwich NHS Trust.
- **Ahmed Zaima**  
Doctor especializado en Obstetricia y Ginecología en Lewisham and Greenwich NHS Trust, London  
Miembro del Maternity Transformation project y de Sign up to Safety Project, y co-autor de la guía de monitorización fetal en Lewisham and Greenwich NHS Trust.

## Comité revisor

El Comité editorial quiere agradecer al panel internacional de expertos de 14 países que han adoptado el manejo fisiológico para la interpretación de RCTG en su práctica diaria asistencial. Nos honra tener entre ellos al profesor Sir Arulkumaran como revisor experto especial. Aprovechamos esta oportunidad para agradecer su inmensa contribución a la interpretación de registros cardiotocográficos y especialmente, por diseminar el conocimiento de la respuesta fisiológica fetal al estrés hipóxico intraparto en sus múltiples publicaciones.

**Revisor experto especial** - Profesor Sir Sabaratnam Arulkumaran

## Grupo internacional de expertos revisores

- **Anna Gracia Perez-Bonfils**, adjunta de Obstetricia y ginecología, Barcelona, Spain.
- **Anneke Kwee**, adjunta de Obstetricia, Netherlands.
- **Antonio Sierra**, comadrona consultora, Watford General Hospital, UK.
- **Bjoerg Simonsen**, comadrona, Hvidovre University Hospital, Denmark.
- **Blanche Graesslin**, comadrona especializada en monitorización fetal, France.
- **Caroline Reis Gonçalves**, adjunta de Obstetricia y ginecología, Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil.
- **Christophe Vayssière**, adjunta de Obstetricia, France.
- **David Connor**, comadrona consultora, Royal Free Hospital, UK.
- **Dawn Minden**, comadrona especialista, Poole Hospital NHS Foundation Trust, UK.
- **Devendra SO Kanagalingam**, adjunta de Obstetricia, Singapore.
- **Didier Riethmuller**, adjunta de Obstetricia, France.
- **Dovilė Kalvinskaitė**, adjunta de Obstetricia y ginecología, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas Clinics.
- **Ferha Saeed**, adjunta de Obstetricia y ginecología, Newham University Hospital, Barts Health NHS Trust, UK.
- **Geoff Mathews**, adjunta de Obstetricia, Women's Hospital, Adelaide, Australia.
- **Jia Yanju**, adjunta de ginecología y obstetricia, Tianjin Hospital of Gynaecology and Obstetrics, Tianjin Province, China.
- **Karradene Aird**, comadrona especializada en vigilancia fetal, Southend University Hospital NHS Foundation Trust, UK.
- **Latha Vinayakarao**, adjunta de Obstetricia y ginecología, Poole Hospital NHS Foundation Trust, UK.
- **Lay Kok Tan**, adjunta de Obstetricia, Singapore.
- **Letizia Galli**, residente de Obstetricia, University of Parma, Italy.
- **Manjula Samyraj**, adjunta de Obstetricia, Peterborough, UK.
- **Margit Bistrup Fischer**, residente de Obstetricia, Hvidovre University Hospital, Denmark.
- **Mendinaro Imcha**, adjunta de Obstetricia y ginecología, University Hospital Limerick, Ireland.
- **Olivier Graesslin**, adjunta de Obstetricia, France.



- **Sabrina Kua**, adjunta de Obstetricia, Women's Hospital, Adelaide, Australia.
- **Sajitha Parveen** adjunta de Obstetricia, Newport, Wales.
- **Sally Budgen**, comadrona especializada en monitorización fetal, Royal Cornwall Hospitals NHS Trust, UK.
- **Silumini Tennakoon**, adjunta de Obstetricia, Sri Lanka.
- **Stefania Fieni**, adjunta de Obstetricia, University of Parma, Italy.
- **Suganya Sugumar**, adjunta de Obstetricia y ginecología, Warwick Hospital, UK.
- **Tasabieh Ali**, residente de Obstetricia, Sultan Qaboos Hospital, Oman.
- **Tiziana Frusca**, adjunta de Obstetricia, University of Parma, Italy.
- **Tulio Ghi**, adjunta de Obstetricia, University of Parma, Italy.
- **Vedrana Caric**, adjunta de Obstetricia, James Cook Hospital, UK.
- **Veena Paliwal**, adjunta de Obstetricia y ginecología, Sultan Qaboos Hospital, Oman.
- **Vera Silva**, adjunta de Obstetricia y ginecología, Hospital S. Teotonio, Viseu, Portugal.
- **Veronique Equy**, adjunta de Obstetricia, France.
- **Wanying Xie** residente de Obstetricia, Tianjin Hospital of Gynaecology and Obstetrics, Tianjin Province, China

### Traducción al español

- **Anna Gràcia Pérez-Bonfils**, adjunta de Obstetricia y ginecología, Barcelona, Spain.

## Contenidos

<b>Título</b>	<b>Páginas</b>
Glosario de abreviaturas	6
Introducción	7
Definiciones	7
Fisiología de la hipoxia durante el trabajo de parto	11
Auscultación intermitente	14
Monitorización fetal electronica continua	17
Técnicas complementarias para valoración de bienestar fetal	23
Circumstancias especiales	27
Bibliografía	30
Apéndice	33



## Glosario de abreviaturas

AI	Auscultación Intermitente
CQC	Commission of Quality Control
DPPNI	Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normalmente Inserta
ECF	Estimulación de Calota Fetal
FCF	Frecuencia cardíaca fetal
FCFb	Frecuencia cardíaca fetal basal
FIGO	International Federation of Gynaecology and Obstetrics
PCB	Práctica Clínica Buena: No hay evidencia robusta, es una opinión de consenso
GCP	Gestación cronológicamente prolongada
IUGR	Intra-Uterine Growth Restriction / Feto con retraso de crecimiento
Lpm	Latidos por minuto
MBE	Medicina Basada en la Evidencia
MEFC	Monitorización Electrónica Fetal Continua
NICE	National Institute of Clinical Excellence
NCC-WCH	National Collaborating Centre for Women's and Children's Health
OMS	Organización Mundial de la Salud
RCTG	Registro cardiotocográfico
PE	Pre-eclampsia
RPM	Rotura prematura de membranas
SAM	Síndrome de Aspiración Meconial
SG	Semanas de Gestación
STAN	ST-segment Analysis
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
W	Semanas de gestación (weeks)



## Introducción

Ésta es la primera *guideline* de monitorización fetal que se centra únicamente en interpretación basada en fisiopatología para el asesoramiento del bienestar fetal. Las guías que se han creado anteriormente se han basado sobre todo en patrones de reconocimiento. Nuestro objetivo es explicar los cambios patofisiológicos que explican cómo el feto se defiende de los insultos hipóxicos intraparto y destacar los signos que sugieren descompensación.

El propósito de la vigilancia intraparto es en general, detectar a tiempo a los bebés que pueden estar padeciendo hipoxia. Y de esta forma poder aplicar tests adicionales de bienestar fetal o bien finalizar la gestación de forma urgente mediante una cesárea o parto instrumentado y prevenir así morbilidad o mortalidad perinatal/neonatal<sup>NICE 2014, FIGO 2015</sup>

Como resultado de un mayor entendimiento e incorporación de la fisiopatología a la interpretación de los registros esperamos ver una reducción de intervenciones innecesarias así como disminución de lesiones por hipoxia cerebral, muertes intraparto y neonatales precoces.

## Definiciones

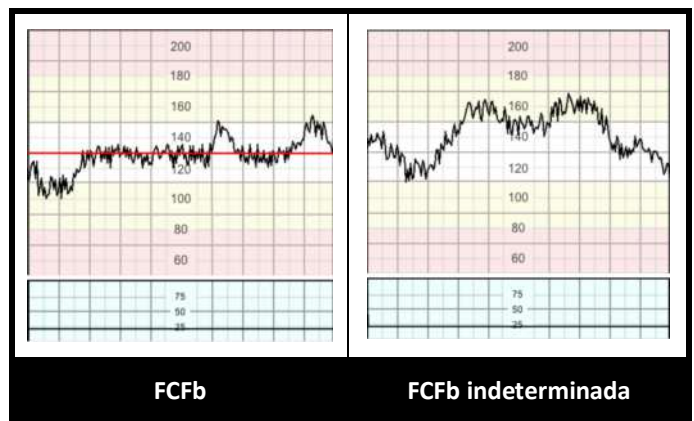
Para mayor simplicidad, se han usado las definiciones que constan debajo. Estas definiciones fueron desarrolladas por otros estamentos y guías y se han referenciado como corresponde.

### Características de los RCTG

- 1- **Frecuencia cardíaca fetal basal (FCFb):** Se trata de la media de la frecuencia cardíaca fetal, que se aproxima a incrementos de 5 latidos por minuto y durante un periodo de 10 minutos. Se excluyen las aceleraciones, desaceleraciones y periodos de variabilidad marcada. Para considerarla debe durar un mínimo de 2 minutos en un segmento de 10 minutos. En caso contrario, se describe como *FCFb indeterminada*.<sup>Macones et al. 2008</sup>

En registros en que no se pueda definir la FCFb por ser inestable, habría que revisar segmentos previos; para determinarla puede ser necesario evaluar periodos más largos.<sup>FIGO 2015</sup>

- **FCFb normal:** Un valor entre 110 y 160 lpm. Los fetos pre-término tienden a tener valores en el límite alto de este rango y los post-término en el límite bajo. Algunos expertos consideran los valores de normalidad a término entre 110-150 lpm.<sup>FIGO 2015</sup> Es importante averiguar la FCFb normal para cada feto en particular revisando RCTG previos del mismo si existieran o apuntes en la historia clínica.<sup>PCB</sup>
- **Taquicardia:** FCFb por encima de 160 lpm durante más de 10 minutos.
- **Bradicardia:** FCFb por debajo de 110 lpm durante más de 10 minutos. Valores entre 90 y 110 lpm pueden objetivarse en fetos normales, especialmente en gestaciones post-término. Es vital confirmar que no se está registrando el latido materno y que la variabilidad está conservada.<sup>NICE 2014</sup> En este caso será necesaria la supervisión de un adjunto senior para clasificar el registro como normal.<sup>PCB</sup>





**2- Variabilidad:** Se refiere a la oscilación de la señal de la FCF, que corresponde a la media de la amplitud de banda en un segmento de 1 minuto; FIGO 2015 las fluctuaciones deberían ser regulares en amplitud y frecuencia. Macones 2008 La variabilidad se expresa en latidos por minuto (lpm).

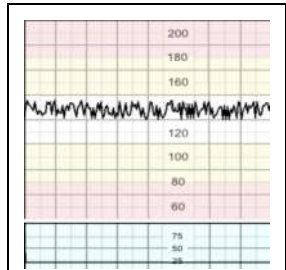
- **Normal:** amplitud de banda de 5 – 25 lpm.
- **Reducida:** amplitud de banda por debajo de 5 lpm durante más de 50 minutos en la línea basal, o de más de 3 minutos durante desaceleraciones. FIGO 2015, Hamilton et al 2012
- **Variabilidad ausente (silente):** Amplitud de banda indetectable, con o sin desaceleraciones. Macones 2008
- **Variabilidad aumentada (Patrón saltatorio):** amplitud de banda que supera los 25 lpm durante más de 30 minutos. La patofisiología de este patrón no se comprende completamente, pero podría estar en relación con desaceleraciones recurrentes, cuando la hipoxia/acidosis se desarrolla rápidamente. Se cree que puede ser causada por inestabilidad/hiperactividad autonómica del feto. FIGO 2015 En caso de identificarse durante la segunda fase del parto o durante desaceleraciones es probable que se requiera de actuación urgente. Un patrón saltatorio que dure más de 30 minutos puede indicar hipoxia incluso en ausencia de desaceleraciones.
- **Patrón sinusoidal:** Se trata de una ondulación regular y suave que recuerda a una onda sinusoidal, con una amplitud de 5–15 lpm y una frecuencia de 3–5 ciclos en 1 minuto. Este patrón dura más de 30 minutos y requiere ausencia de aceleraciones.

La base patofisiológica del patrón sinusoidal no está completamente filiada, pero se sabe que ocurre en asociación a la anemia fetal severa, pues puede verse en casos de isoinmunización anti-D, hemorragia materno-fetal, Síndrome de transfusión feto-fetal y rotura de vasa previa. También ha sido descrito en casos de hipoxia fetal aguda, infección, malformaciones cardíacas, hidrocefalia y gastrosquisis. FIGO 2015

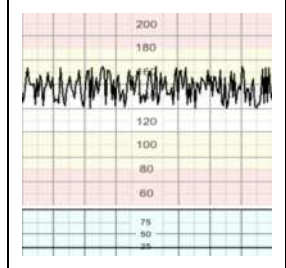
- **Patrón pseudo-sinusoidal:** Es un patrón similar al sinusoidal, pero con una forma más angulada y picuda similar a unos “dientes de tiburón”. Su duración raramente supera los 30 minutos y suele ser precedido y continuarse por un registro normal. FIGO 2015

Algunas autoridades consideran que el patrón “pseudo-sinusoidal” es aquél sinusoidal con presencia de aceleraciones. Y llaman “Patrón sinusoidal atípico” al patrón más puntiagudo en forma de dientes de tiburón o “*Poole shark-teeth pattern*”. Éste es causado por hipotensión fetal secundaria a una hemorragia materno-fetal aguda y condiciones como la ruptura de la vasa previa. Yanamandra and Chandraran 2014 Este patrón ha sido descrito después de la administración de analgésicos a la madre, durante periodos en que el feto chupetea un dedo y otros movimientos bucales del feto.

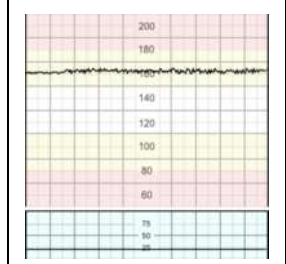
A veces es difícil diferenciar el patrón pseudo-sinusoidal del auténtico sinusoidal, siendo la corta duración del primero la variable más importante para discriminar entre los dos. FIGO 2015



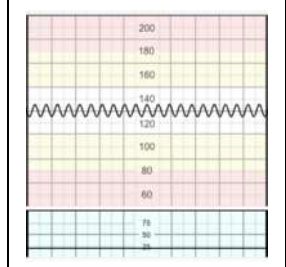
Variabilidad normal



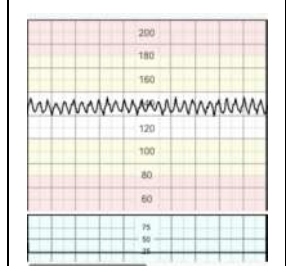
Patrón saltatorio



Variabilidad reducida



Patrón sinusoidal

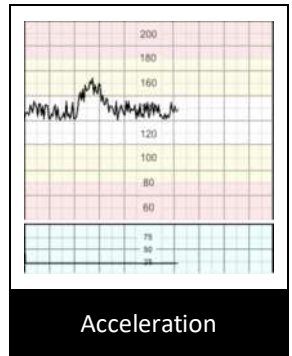


Pseudo-sinusoidal



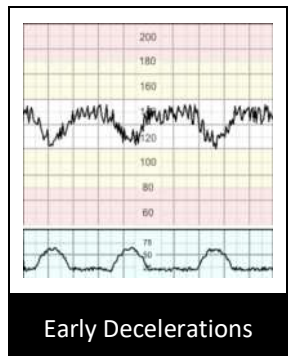
- 3- **Aceleraciones:** Incremento abrupto de la FCF (del inicio al pico en menos de 30 segundos), de más de 15 lpm de amplitud y que dura más de 15 segundos pero menos de 10 minutos. Antes de las 32w la amplitud y duración de las aceleraciones puede ser menor (10 segundos y 10 lpm de amplitud). <sup>Macones 2008</sup> Una aceleración debe iniciar y volver a una línea basal estable. <sup>GCP</sup>

Si se evidencian aceleraciones coincidentes con contracciones uterinas especialmente durante la segunda fase de parto, hay que descartar que se esté registrando la frecuencia cardiaca materna, debido a que FCF fetal desacelera con la contracción y la materna típicamente aumenta. <sup>Nurani et al 2012</sup>

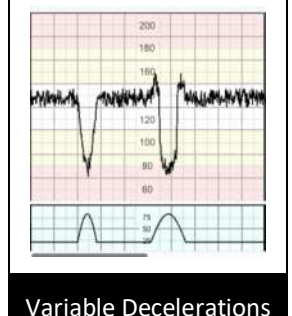


- 4- **Desaceleraciones:** Descenso en la FCF por debajo de la línea basal de más de 15 lpm de amplitud y que dura más de 15 segundos. Se considera que son una respuesta refleja para disminuir el gasto cardíaco cuando el feto es expuesto a un estrés hipóxico o mecánico, para ayudar a mantener el metabolismo aeróbico del miocardio.

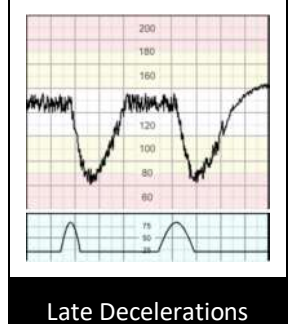
- **Desaceleraciones tempranas:** Disminuyen y vuelven a la línea basal de forma gradual (del inicio al nadir  $\geq 30$ s). Coinciden con las contracciones de forma especular, <sup>Macones et al 2008</sup> y conservan la variabilidad dentro de la contracción. Suelen aparecer en la primera fase de parto tardía y segunda fase, y se cree que son secundarias a compresión de la cabeza fetal. No traducen hipoxia/acidosis <sup>FIGO 2015</sup>
- **Desaceleraciones variables:** Tienen forma de “V” y muestran una rápida caída (del inicio al nadir  $< 30$ s) seguido de una rápida recuperación a la línea basal. Ésta rapidez es debida a compresión umbilical e implica que no permite valorar la variabilidad durante la contracción. Son variables en cuanto a tamaño, forma y en relación con las contracciones uterinas.



Las desaceleraciones variables constituyen la mayoría de las desaceleraciones durante el trabajo de parto y traducen una respuesta mediada por Baroreceptores al incrementar la presión arterial, como ocurre con la compresión del cordón umbilical. <sup>FIGO 2015</sup> También pueden ocurrir (o en asociación con) estimulación periférica de Quimiorreceptores. Las desaceleraciones variables se asocian raramente a hipoxia/acidosis, a menos que adquieran una forma de “U” con variabilidad reducida o muy aumentada dentro de la desaceleración (ver desaceleraciones tardías debajo), y/o su duración superara los 3 minutos <sup>FIGO 2015, Hamilton et al 2012</sup> (ver desaceleraciones prolongadas más abajo).

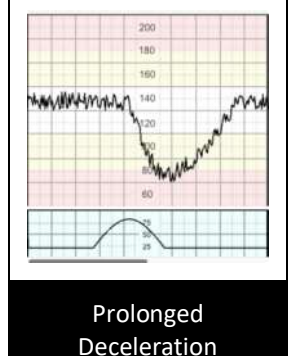


Se dice que cumplen criterios de “Sixties” si 2 o más de los siguientes se cumplen: disminución de 60lpm o más, llega hasta 60lpm o menos, dura 60 o más segundos. <sup>Hamilton et al 2012</sup>



- **Desaceleraciones tardías:** Tienen un inicio o recuperación a la línea basal muy gradual y/o disminución o incremento de la variabilidad intra-desaceleración. Ocurre cuando pasan más de 30 segundos entre el principio y el nadir o entre el nadir y la recuperación. Cuando las contracciones están correctamente registradas, las desaceleraciones tardías empiezan más de 20 segundos después del inicio de la contracción, tiene el nadir después del acmé y la vuelta a la línea basal después del final de la contracción. <sup>FIGO 2015</sup>

Estas desaceleraciones indican una respuesta a hipoxia fetal mediada por Quimiorreceptores. <sup>Hamilton et al 2012</sup> En un RCTG sin aceleraciones y con una variabilidad disminuida la definición de desaceleraciones tardías también incluye a aquellas con una amplitud de 10–15 lpm (desaceleraciones leves).





- **Desaceleraciones prolongadas:** Aquellas que duran más de 3 minutos. Es probable que estén mediadas por Quimiorreceptores y por tanto indiquen hipoxia. Las que superan los 5 minutos con una FCF mantenida de menos de 80lpm y variabilidad reducida dentro de la desaceleración están frecuentemente asociados con hipoxia/acidosis fetal aguda y requieren una intervención urgente <sup>FIGO 2015</sup> (ver la “Regla de los 3 minutos”).
- 
- 5- **Contracciones:** Son registradas en forma de campana con un incremento gradual y una disminución simétrica. El tocodinamómetro sólo evalúa de forma fiable la frecuencia de las contracciones. <sup>FIGO 2015</sup> La intensidad y duración de las mismas debe ser evaluada mediante palpación manual. Si la frecuencia de las contracciones no puede evaluarse con seguridad con el tocodinamómetro debería realizarse un examen mediante palpación manual durante 10 minutos cada 30 minutos. <sup>PCB</sup>
- **Taquisistolia** supone una frecuencia excesiva de contracciones y se define como la presencia de más de 5 contracciones en 10 minutos, <sup>Peebles et al 1994</sup> en 2 periodos de 10 minutos sucesivos o haciendo la media en un periodo de 30 minutos.
- **Hiperestimulación** es debida a una respuesta exagerada a estimulantes uterinos presentando un aumento en la frecuencia, fuerza y tono de las contracciones, incremento de tono basal entre contracciones y/o contracciones prolongadas en el tiempo de más de 2 minutos. Esto puede ocasionar cambios en la FCF fetal. Por lo tanto, cualquier incremento en la actividad uterina (frecuencia, duración o fuerza) asociado con cambios en el registro fetal deberían considerarse hiperestimulación uterina. Puede también darse raramente en casos sin estimulantes uterinos (para evitar complicaciones, el término “hiperestimulación” se usará indistintamente para referirse a actividad uterina espontánea y por estimulantes).

## Estados de actividad fetal <sup>Pillai and James 1990</sup>

Se refiere a periodos de:

- 1- **Quiescencia fetal** refleja sueño profundo (sin movimientos oculares): El sueño fetal profundo puede durar hasta 50 minutos y se asocia con una FCFb estable, muy raramente aceleraciones y variabilidad e el límite bajo de la normalidad.
- 2- **Sueño activo** (movimientos rápidos oculares): Este es el estado fetal más frecuente y se traduce en el RCTG como presencia de algunas aceleraciones y variabilidad conservada.
- 3- **Vigilia:** El desvelo activo es raro y lo vemos en el RCTG como presencia de múltiples aceleraciones y variabilidad normal. Las aceleraciones pueden llegar a ser tan frecuentes que cueste determinar la FCFb (confluencia de ascensos).

La alternancia de diferentes estados de comportamiento (**cycling**) es un signo de bienestar neurológico y ausencia de hipoxia/acidosis. La transición entre los diferentes estados es más evidente después de las 32-34w de gestación, debido a la maduración del Sistema nervioso.





# Fisiología de la hipoxia durante el trabajo de parto

Durante el trabajo de parto el feto utiliza varios mecanismos adaptativos en respuesta a la hipoxia, y generalmente sigue un patrón similar a la respuesta al ejercicio. La hipoxia intraparto generalmente sigue una de estas 3 opciones:

## 1. Hipoxia aguda Kamoshita et al. 2010, Leung et al. 2009, Cahil et al. 2013

- **Se presenta** como una desaceleración aguda que dura más de 5 minutos o más de 3 minutos si se asociada a disminución de la variabilidad dentro de la desaceleración. FIGO 2015

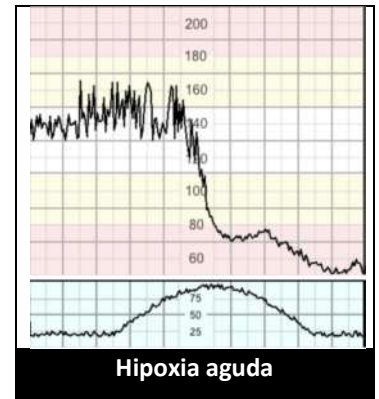
### • Causas

#### 3 Accidentes mayores intraparto

- Prolapso de cordón
- Desprendimiento de placenta (DPNNI)
- Rotura uterina

#### 2 Causas yatrogénicas

- Hipotensión materna (generalmente debida a hipotensión supina o a anestesia epidural)
- Hiperestimulación uterina (por oxitocina/PGs) o debido a un aumento espontaneo de actividad



- **Caída del pH fetal** a una velocidad de 0.01/min durante la desaceleración Gull et al. 1996

- **El manejo** se hace siguiendo la **Regla de los 3 minutos**:

0 – 3: Si se objetiva una desaceleración que dura más de 3 minutos y no muestra signos de recuperación se debe solicitar ayuda.

3 – 6: Se debe intentar diagnosticar la causa

- Si se diagnostica un accidente mayor intraparto el objetivo debe ser finalizar la gestación por la vía más rápida y segura posible (instrumentación o cesárea)
- Si se diagnostica una causa yatrogénica se deben aplicar medidas inmediatas para corregirlo: evitar la posición de supino, parar los estimulantes uterinos, iniciar sueroterapia endovenosa y administrar tocolíticos.

6 – 9: En este punto deberían visualizarse los signos de recuperación (restauración de la variabilidad y mejoría de la FCFb). Si no se objetivaran estos signos, debe iniciarse la preparación para un parto inmediato.

9 – 12: Si en este momento no se ha recuperado la desaceleración se debe estar empezando las maniobras para un parto instrumentado o preparando la cesárea, con el objetivo del nacimiento entre el minuto 12 y 15.

### Notas importantes:

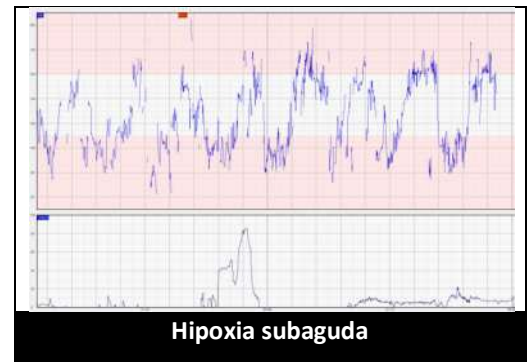
- La *Regla de los 3 minutos* no debe seguirse si la desaceleración es precedida de reducción de la variabilidad y hubiera ausencia de cycling. En este caso se deberían realizar maniobras para finalizar de la forma más rápida y segura posible. Williams and Galerneau 2002
- Si previamente a la desaceleración se identifican periodos de *cycling* y la variabilidad es normal antes y durante los 3 primeros minutos de la desaceleración, el 90% se recuperarán antes de 6 minutos y el 95% antes de 9 minutos, siempre que los accidentes mayores hayan sido excluidos.



## 2. Hipoxia subaguda Albertson et al. 2016

- **Se observa** en aquellos fetos que pasan la mayor parte del tiempo desacelerando.
- Está casi siempre **causado** por hiperestimulación uterina.
- **El pH fetal cae** a una velocidad de 0.01 / 2-3 minutos.
- **Manejo:**
  1. Parar / reducir uterotónicos
  2. Evitar la posición de supino
  3. Administrar sueroterapia endovenosa
  4. Administrar tocolíticos si la hiperestimulación persiste a pesar de las medidas previas
  5. Plantear finalizar si la hipoxia persistiera a pesar de la tocolisis (parto instrumentado/cesárea)

En caso de estar en la segunda fase de parto, indicad a la madre que deje de pujar para permitir la recuperación del feto. Si no se observa mejoría en 10 minutos, realizad maniobras activas para finalizar. Si recupera, una vez está estable indicad que reinicie los pujos. Si reapareciera hipoxia subaguda, forzad la finalización por la vía más rápida.



## 3. Hipoxia progresiva Richardson et al 1996

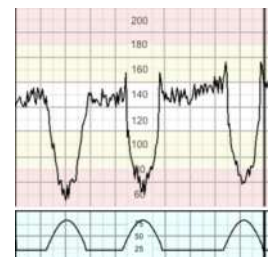
- Es el tipo de hipoxia más frecuente durante el trabajo de parto.
- Durante este proceso el feto experimenta los mismos cambios que le suceden a un adulto durante el ejercicio.
- Tiende a **presentar los siguientes cambios** en este orden:
  1. Evidencia de estrés hipóxico (desaceleraciones)
  2. Pérdida de aceleraciones y ausencia de *cycling*
  3. Respuesta exagerada al estrés hipóxico (las desaceleraciones se hacen más anchas y profundas)
  4. Redistribución de la sangre a órganos vitales inducida por catecolaminas (el primer signo que se visualiza es el aumento de la FCFb)
  5. Mayor redistribución que afecta al cerebro (disminución de la variabilidad)
  6. Fracaso cardíaco terminal (FCFb inestable o disminución progresiva en escalones -“Step ladder pattern to death”-)

### Nota importante:

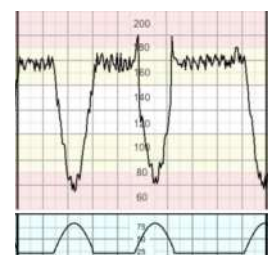
- Estadios 1 – 4 representan afectación por estrés pero de forma **compensada**.
- Estadios 5 y 6 representan afectación fetal por estrés pero de forma **descompensada**.
- Los estadios 4 y 5 pueden ser reversibles, no obstante episodios prolongados de hipoxia pueden ocasionar lesiones en el feto.

- **El manejo** de la hipoxia progresiva requiere mejorar la situación del feto cuando aparezcan los primeros signos de redistribución para evitar la lesión de órganos (estadio 4).

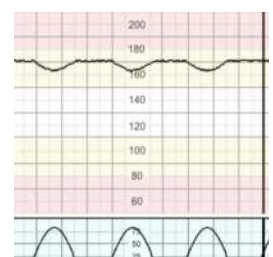
### Hipoxia progresiva



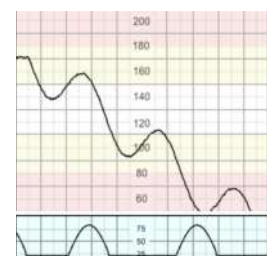
### Desaceleraciones



### Aumento de la FCFb



### Variabilidad reducida



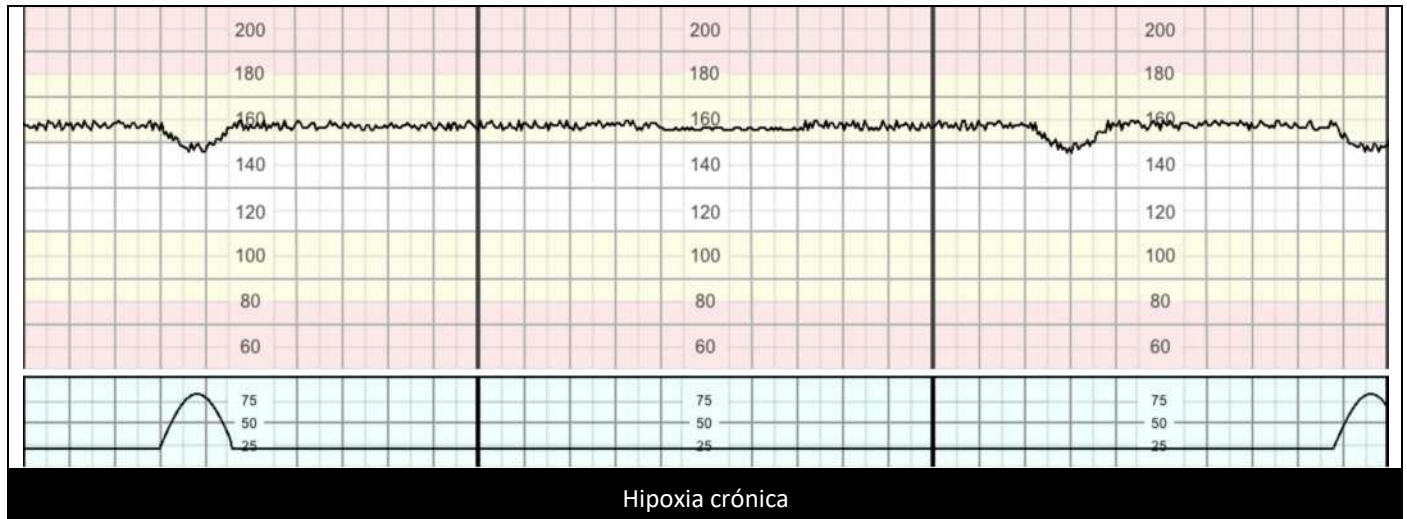
### Fracaso cardíaco terminal



#### 4. Hipoxia crónica Pulgar et al 2007

(Ésta es una hipoxia antenatal con implicaciones durante el trabajo de parto).

- **Se presenta** con FCFb en el límite alto de la normalidad asociado a variabilidad reducida con poca reactividad (aceleraciones infrecuentes y ausencia de cycling) y habitualmente asociado a desaceleraciones suaves.
- Se da en fetos con una reserva reducida y susceptibilidad aumentada a sufrir lesiones hipóxicas durante el trabajo de parto.
- Hay que prestar especial atención con el manejo de estos fetos debido a este potencial riesgo de hipoxia, y optar pronto por una vía quirúrgica si se objetivaran signos de hipoxia.
- Más abajo adjuntamos un *checklist* para ayudar a excluir los signos de hipoxia crónica (ver tabla 3).





# Auscultación intermitente

Aquellas mujeres afectas de alguna enfermedad o patología obstétrica deberían ser citadas en una consulta obstétrica de alto riesgo y así planear el abordaje del parto. Éste debería incluir las vías de parto posible y el tipo de monitorización fetal indicados. El plan debería ser correctamente explicado a la paciente y ser aceptado por ella.

## 1 Criterios de inclusión

La monitorización electrónica fetal continua (MEFC) en mujeres de bajo riesgo se ha asociado con un aumento de intervencionismo sin mejorar los resultados perinatales.<sup>Maude et al 2014</sup> A las mujeres sanas con un embarazo de bajo riesgo se les debería ofrecer y recomendar Auscultación intermitente (AI) para monitorizar el bienestar fetal. La AI debería ser llevada a cabo con un estetoscopio tipo Pinard o con un aparato Doppler portátil (Sonicaid ©)<sup>NICE 2014</sup>

Las mujeres deben ser correctamente informadas de los riesgos y beneficios de la AI y de la MEFC. Si durante el trabajo de parto la mujer escoge no ser monitorizada por el sistema recomendado debería ser asesorada sobre el potencial impacto que pueda tener en ella y su feto y el Jefe de la Sala de partos y el obstetra senior deberían ser informados. Esta discusión debe quedar claramente documentada en la historia clínica.

## 2 Método

No hay ninguna evidencia científica para recomendar una frecuencia y duración a la que debe hacerse la AI. Por lo tanto, se trata más de una “práctica habitual” que una indicación sólida por MBE<sup>Walsh 2008</sup>

La AI debe llevarse a cabo cada 15 minutos en la primera fase del parto y cada 5 minutos en la segunda fase -esta frecuencia se ha adoptado a raíz de ensayos clínicos que comparan AI y MEFC.

Para valorar y establecer que la paciente es de bajo riesgo candidata a AI el método es el siguiente:

- Preguntar sobre la presencia de movimientos fetales en las últimas 24h.
- Realizar una palpación abdominal para determinar la presentación y posición fetal.
- En el asesoramiento inicial hay que usar el estetoscopio de Pinard en el abdomen materno en línea con la escápula para establecer el sonido real de la FCF.<sup>Munro and Jokinen 2012</sup>
- En la valoración inicial hay que auscultar durante al menos un minuto entre contracciones cuando el bebé está en reposo para establecer la FCFb.<sup>Maude et al 2014</sup>
- Al inicio del trabajo de parto hay que auscultar durante los movimientos fetales o después de la estimulación del bebé. Se debería objetivar una aceleración y de este modo podremos excluir la existencia de hipoxia crónica. Esto será más difícil de demostrar en fases más tardías del parto.
- Debería asimismo palpase el pulso materno simultáneamente a la auscultación de la FCF para diferenciar entre los dos y así descartar el monitoreo de la FC materna debido a venas de localización cercana. Esta diferenciación debería llevarse a cabo al inicio de cada monitorización, así como en cualquier momento en que la FCF sea anormal.<sup>NCC-WCH 2007</sup>
- En la primera fase y en la parte pasiva de la segunda fase del trabajo de parto\* la FCF debería auscultarse inmediatamente después de cada contracción durante al menos 1min y cada 15 minutos.
- Durante la parte activa de la 2ª fase de parto\*\* la FCF debería ser auscultada cada 5 min.<sup>Liston et al 2007</sup>
- Hay que calcular la FCF y documentarla con un número, no con una media. Y tener espíritu crítico, pues ha habido ocasiones en que los aparatos han fallado y calculado la FCF de forma errónea.<sup>NICE 2014, MHRA 2010</sup>
- Hay que registrar en la historia clínica si se auscultan aceleraciones y/o desaceleraciones.<sup>NICE 2014</sup>
- La literatura no apoya que pueda determinarse la variabilidad con la AI.<sup>Munro and Jokinen 2012</sup>
- Si se objetivara un aumento en la FCF, desaceleraciones que recuperan lentamente o aceleraciones persistentes después de la contracción (*overshoot*) debería confirmarse en las 3 contracciones



siguientes. En caso de ser así está indicado iniciar MEFC y trasladar a la paciente a un centro liderado por obstetras (ver la sección de criterios de cambio). FIGO 2015

- A pesar de que las máquinas de RCTG utilizan la misma tecnología que el aparato de Doppler portátil, no debería usarse este en una unidad de bajo riesgo para AI, pues sería hacer un uso inapropiado de los recursos. <sup>PCB</sup> El Doppler portátil tiene un haz más estrecho y por tanto es más difícil que erróneamente capte el latido materno. Y en caso de hacerlo, genera un ruido que permite reconocer que se está monitorizando una vena materna. Por tanto, el aparato Doppler es preferible.

\* La parte pasiva de la segunda fase de parto se define como dilatación cervical completa antes o en ausencia de esfuerzos involuntarios de expulsivo o pujos maternos.

\*\* La parte activa de la segunda fase de parto se define des del principio de los esfuerzos involuntarios expulsivos o pujos maternos después de haber confirmado la dilatación completa.

### 3 Documentación

- La valoración inicial de riesgo debería documentarse en la historia clínica al ingreso de la paciente.
- La FC materna debería registrarse durante un minuto y apuntarlo con un número (lpm).
- El pulso materno debería registrarse cada hora con un número (no una media).
- A las mujeres que no estén en trabajo activo de parto se les debería recomendar alta. Se les debería explicar cuando re-consultar y dar signos de alarma; y documentarlo en la historia clínica.
- A las pacientes en pródromos de parto con contracciones regulares y dolorosas que muestran signos de progresión o tienen historia de parto precipitado debería iniciarse monitorización cada 15 minutos y revalorar en 2 horas. Si todavía no estuviera en trabajo de parto, habría que reconsiderar cambiar el manejo. Es importante permanecer alerta a posibles transiciones entre diferentes fases del trabajo de parto y ajustar la frecuencia de monitorización en consonancia.
- En cuanto se confirme el inicio del trabajo de parto debe iniciarse el partograma. Éste facilita visualmente el reconocimiento de alteraciones de la normalidad. Asimismo, debería anotarse la tensión arterial, pulso, temperatura y diuresis.

### 4 Criterios de conversión de Auscultación intermitente a Monitorización electrónica Fetal Continua

Durante el proceso del embarazo o del parto la situación clínica puede cambiar, aumentando el riesgo para la madre y/o feto (ver tabla 1). En estos casos, la madre debería ser informada de las razones para cambiar de método de auscultación y debe dejarse adecuadamente reflejado en las anotaciones de la historia clínica.

Si se iniciara MEFC debido a riesgo que ha aparecido durante la AI pero el RCTG fuera normal después de un mínimo de 30 minutos, podría estar indicado volver a AI de nuevo. <sup>Maude et al 2014</sup> En caso de que aparecieran nuevamente factores de riesgo la MEFC debería ser usada hasta el final del parto.

En caso de recomendarse conversión a MEFC pero la paciente lo rechazara deberían ser explicados los riesgos de no aplicar monitorización continua y la comadrona de mayor rango así como el equipo obstétrico deberían ser informados. Todas las valoraciones deben ser correctamente registradas en la historia clínica.



**Tabla 1 – Factores de riesgo que indican necesidad de convertir auscultación intermitente a Monitorización electrónica fetal continua**

<b>Maternos</b>	<b>Fetales</b>
*FC mayor de 120 lpm en 2 ocasiones separadas durante 30 minutos	Presentación de nalgas no diagnosticada; situación transversa u oblicua (revisar la vía del parto)
*Tensión arterial sistólica $\geq 160$ mmHg o diastólica $\geq 110$ mmHg, en una sola toma	Cabeza fetal libre en una primigesta
*Tensión arterial sistólica entre 140-159mmHg o diastólica entre 90-109 mmHg en 2 lecturas consecutivas separadas durante 30 minutos	Aceleraciones recurrentes (inmediatamente después de una contracción p.e <i>overshoot</i> )
Temperatura materna (definida por $\geq 38.0$ °C una vez o $\geq 37.5$ °C en 2 ocasiones, separadas por 1h)	FCFb < 110 o >160 lpm, o inapropiado para la edad gestacional.
Cualquier sangrado vaginal superior al esperado	Evidencia de aumento de la FCFb en el partograma
Presencia de meconio si el parto no es inminente NICE 2014	2 desaceleraciones de la FCFb detectadas después de 2 contracciones sucesivas en la AI
Dolor persistente entre contracciones	
Analgesia epidural	

\* medido entre contracciones

# Monitorización Electrónica Fetal Continua

La MEFC tiende a limitar la movilidad de la mujer en trabajo de parto. No obstante, se debería intentar estimular la fisiología normal del parto animando a la mujer a adoptar posición vertical y estar en bipedestación. La tecnología actual de telemetría *wireless* (sin cables) facilita dicha movilización sin las limitaciones de estar conectada a un aparato de RCTG.

La MEFC es una herramienta de *screening* para hipoxia y no substituye a la observación clínica. Las decisiones deberían tomarse siempre mediante una combinación de lectura de RCTG y observación clínica.<sup>FIGO 2015</sup>

## 1 Criterios de inclusión

Tabla 2 – Criterios de inclusion para Monitorización Electrónica Fetal Continua	
Indicaciones maternas	Indicaciones fetales
Edad gestacional de <37 o > 42 semanas	Velocimetría de la arteria Doppler anormal
Inducción de parto	Sospecha de IUGR (retraso de crecimiento)
Administración de oxitocina	Oligoamnios o polihidramnios
Hemorragia ante o intraparto	Presentación fetal anómala
Patología materna (e.g. diabetes, cardiopatía, enfermedad renal, hipertioidismo). *	Presencia de meconio
Pre-eclampsia	Gestación multiple (hay que monitorizar a todos los fetos)
Cicatriz uterina (cesárea o miomectomía previas)	Sospecha de feto pequeño para edad gestacional (PEG) o macrosomía
Contracciones >5/10minutos o que duren más de 90 segundos	Sensación materna de reducción de movimientos fetales en las últimas 24h
Durante/ a continuación de la administración de bloqueo epidural	Arteria umbilical única
RPM de más de 24h a menos que el expulsivo sea inminente.	Aumento en la FCFb, desaceleraciones repetidas, recuperación lenta o presencia de <i>overshoots</i> (aceleración exagerada tras desaceleración)
Petición materna	Alteración estructural morfológica detectada antenatalmente

\* Monitorización acorde con la planificación hecha en consulta.

La tabla anterior no puede contener todas las posibilidades, cualquier condición que se crea que puede aumentar el riesgo de hipoxia fetal debería ser una indicación para MEFC.

## 2 Interpretación de RCTG

- **1º paso:** Ver el contexto clínico
  - Semanas de gestación
  - Patología antenatal (e.g. IUGR, preeclampsia, medicación)
  - Revisión de RCTG previos y valorar el contexto clínico para ver si pueden servir de referencia para el monitor actual
- **2º paso:** Situación clínica actual e indicación para el RCTG
- **3º paso:** Determinar los límites aceptables de normalidad para este RCTG antes de iniciar la valoración
- **4º paso:** Valorar el RCTG:
  - Identificar riesgo
  - Contracciones (¿Es el periodo inter-contracciones mayor de 90 segundos?)



- **Frecuencia cardíaca fetal basal:**
  - Es el signo más importante en el RCTG.
  - Comprueba que sea adecuado para la edad gestacional.
  - Compárala con RCTG previos, si se dispone de ellos.
  - Un cambio en la FCFb de más del 10% implica necesidad de seguimiento (en caso de Hipoxia crónica habría que prestar atención a otros cambios sutiles que pueden ser significativos)
- **Variabilidad y *Cycling*:**
  - El *cycling* es un signo de bienestar fetal. Implica fisiología fetal normal.
  - En presencia de desaceleraciones e incremento de la FCFb el hallazgo de disminución de la variabilidad implica que hay que actuar de forma rápida y no asumir que se trata de *cycling* (en el *cycling* no hay aumento de FCFb ni desaceleraciones previas). En este caso la reducción de variabilidad viene dada por inhibición del SNC secundaria a hipoxia.
- **Aceleraciones:**
  - La presencia de aceleraciones suele considerarse un signo tranquilizador.
  - **Una aceleración por definición inicia y vuelve siempre a la línea basal.**
  - Es importante diferenciar las aceleraciones de los *overshoots* (pico de incremento de la FCFb debida a leve acumulación de CO<sub>2</sub> tras un episodio hipóxico) y hombreras (aumento puntual de FCFb previo y post desaceleración que ocurre por compresión umbilical).
  - **Si las aceleraciones coinciden con contracciones especialmente en la 2ª fase del trabajo de parto hay que descartar que se esté monitorizando el latido materno.**
- **Desaceleraciones:**
  - Es importante destacar que la presencia de desaceleraciones no implica necesariamente que el feto no esté bien, puede ser un signo de que hay que modificar las condiciones en las que se encuentra. Por ejemplo:
    - Desaceleraciones repetidas por Quimiorreceptores (tardías, prolongas o con reducción de la variabilidad intra-desaceleración) implica que las reservas placentarias están siendo agotadas. A menudo se puede solucionar con un cambio de posición materna, aumentando el volumen con hidratación, disminuyendo el estrés parando/reduciendo la oxitocina. Si no se soluciona es importante evaluar detenidamente el RCTG para identificar si iniciara un aumento de la FCFb o reducción de la variabilidad.
    - Desaceleraciones prolongadas (>5 minutos o >3 minutos con disminución de la variabilidad) hay que manejarlas según la *Regla de los 3-minutos* (ver pág 11)
    - Una desaceleración aislada fuera del trabajo de parto puede ser normal. No obstante, desaceleraciones repetitivas sin causa debe ser un motivo de estudio.
- **Resumen de la valoración de la presencia de hipoxia y plan de actuación (ver tabla)**

**Tabla 3 - Checklist para la exclusión de Hipoxia crónica y lesión fetal pre-existente** Pereira and Chandraran 2017

		Sí	No
1	Frecuencia cardíaca fetal adecuada para la edad gestacional	Sí	No
2	Variabilidad normal y presencia de <i>cycling</i>	Sí	No
3	Presencia de aceleraciones (no en trabajo de parto activo o fase latente)	Sí	No
4	No desaceleraciones suaves o tardías	Sí	No
5	Considerar el contexto clínico completo: meconio, temperatura, crecimiento fetal, reducción de movimientos fetales	Sí	No
<b>Impresión global:</b> Normal / Hipoxia crónica / Otros:			



## Plan de manejo:

Hipoxia	Signos	Manejo
Ausencia de hipoxia	<ul style="list-style-type: none"><li>FCFb apropiada para la edad gestacional</li><li>Variabilidad normal y <i>cycling</i></li><li>No desaceleraciones repetitivas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Valora si requiere seguir con RCTG</li><li>Si se continua con el RCTG, evalúalo cada hora (ver Tabla de valoración de RCTG de más abajo)</li></ul>
Evidencia de hipoxia		
Hipoxia crónica	<ul style="list-style-type: none"><li>FCFb mayor a la esperada por SG</li><li>Variabilidad reducida y/o ausencia de <i>cycling</i></li><li>Ausencia de aceleraciones</li><li>Desaceleraciones suaves o tardías</li><li>Valorar signos clínicos: reducción de movimientos fetales, meconio espeso, evidencia de corioamnionitis, GCP, IUGR</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Evita añadir estrés</li><li>Finaliza por una vía rápida, si el expulsivo no es inminente</li></ul>
Hipoxia progresiva	Compensada	<ul style="list-style-type: none"><li>Es probable que responda a medidas conservadoras (ver más abajo)</li><li>Revisar regularmente cada 30-60 minutos para confirmar la mejoría tras aplicar las medidas e identificar signos de empeoramiento hipóxico.</li><li>Otras causas como reserva placentaria reducida hay que tenerlas en cuenta y actuar en consonancia.</li></ul>
	Aumento en la FCFb (con variabilidad mantenida y FCFb estable) precedido de desaceleraciones y ausencia de aceleraciones	
	Descompensada	<ul style="list-style-type: none"><li>Necesita intervención urgente para revertir el insulto hipóxico (retirar Propess® si lo llevara, parar oxitocina, tocolisis...)</li><li>Si no se identifican signos de mejora, hay que finalizar por la vía más rápida.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>Variabilidad reducida o aumentada</li><li>FCFb inestable o con una disminución progresiva (<i>Step ladder pattern to death</i>)</li></ul>	
Hipoxia subaguda	<ul style="list-style-type: none"><li>El feto pasa más tiempo desacelerando que en la línea basal</li><li>Puede presentar Patrón saltatorio (aumento de variabilidad)</li></ul>	Primera fase del parto
		<ul style="list-style-type: none"><li>Retirar prostaglandinas/oxitocina si aplica</li><li>Si no mejorara, administrar tocolisis de forma urgente</li><li>Si en 10-15 minutos no hubiera signos de mejoría, reevaluar la situación y finalizar por la vía más rápida.</li></ul>
		Segunda fase del parto
		<ul style="list-style-type: none"><li>Indicar el cese de pujos durante las contracciones hasta objetivar mejoría fetal, para reiniciar posteriormente.</li><li>Si no se objetivara mejoría, considerar tocolisis si el expulsivo no es inminente o forzar la finalización mediante un parto instrumentado.</li></ul>
Hipoxia aguda	Desaceleración prolongada (> 3 minutos)	Precedido de disminución de variabilidad/ausencia de <i>cycling</i> , o variabilidad reducida en los 3 primeros min intradesaceleración
		Finalizar de forma urgente por la vía más rápida y segura
		Precedido de variabilidad normal/ <i>cycling</i> ; y variabilidad normal durante los 3 primeros min (ver Regla de los 3-min)
		<ul style="list-style-type: none"><li>Excluir los 3 accidentes mayores (e.g. prolapso de cordón, DPNNI, rotura uterina -si se sospecha uno de ellos hay que finalizar urgentemente)</li><li>Corregir causas reversibles</li><li>En caso de no identificarse mejoría tras 9 minutos debería finalizarse por la vía más rápida (ver Regla de los 3-min)</li></ul>
Imposibilidad de valorar bienestar fetal (Mala calidad de la señal, FCFb difícil de establecer, imposibilidad de descartar que se esté monitorizando la FC materna por error)		<ul style="list-style-type: none"><li>Escalar el caso a un adjunto senior</li><li>Considerar usar alguna técnica complementaria, si aplica</li><li>Valorar aplicar un electrodo en la calota fetal para mejorar la calidad</li></ul>



### A tener en cuenta:

- Si no se puede determinar bienestar fetal hay que buscar asesoramiento de forma urgente y tomar medidas.
- **Si la FCFb y la variabilidad son normales el riesgo de acidosis es bajo.** NICE 2014, FIGO 2015
- Incluso si se trata de un RCTG que se clasifica como patológico, si la FCFb es estable y la variabilidad está conservada, según las guías de NICE y FIGO no hay que hacer otra intervención más que observar detenidamente.
- En algunos centros todavía se recomienda clasificar cada RCTG siguiendo las guías NICE o FIGO. En el caso de que según estas el RCTG se orientara como “Sospechoso” o “Patológico” habría que dejarlo claramente documentado en la historia, a pesar de que no hubiera evidencia de hipoxia fetal.

Tabla 4 – Chuleta de asesoramiento de RCTG

Completa:	FCFb	_____lpm	Variabilidad	_____lpm	Aceleraciones	_____	Deceleraciones	_____
Aumento en la FCFb ( $\geq 10\%$ )					<b>Sí</b>		<b>No</b>	
Intervalo entre contracciones > 90 seg					<b>Sí</b>		<b>No</b>	
Cycling conservado					<b>Sí</b>		<b>No</b>	
Variabilidad anormal (<5 or >25)					<b>Sí</b>		<b>No</b>	
Signos de hipoxia					<b>Sí</b>		<b>No</b>	
Tipo de hipoxia								
Oxigenación de órganos centrales					<b>Sí</b>		<b>No</b>	
¿Otros factores de riesgo?								
Plan								

## 3 Actuación en situación de sospecha de hipoxia

Identificar si hay causas reversibles y en caso afirmativo resolverlas. Con esto se puede llegar a la recuperación de la oxigenación fetal y consecuente normalización del RCTG.

Cuando inician los cambios en el RCTG es importante solucionar la causa antes de la instauración de la hipoxia. En ese caso, la comadrona responsable de la paciente deberá consultar a una comadrona senior y/o al equipo obstétrico para revisarlo con prontitud.

### 3.1 Actividad uterina excesiva (causa más frecuente)

- Se puede detectar por palpación del fundus uterino para valorar la frecuencia, fuerza y duración de las contracciones y el tono en periodo inter-contracciones.
- Generalmente se puede resolver mediante
  - Reduciendo o parando la infusión de oxitocina
  - Retirando el tratamiento con prostaglandinas si aplica
  - Empezando tocolisis con agonistas beta-adrenérgicos (Terbutalina) o Nitroglicerina
  - Durante la segunda fase de parto los pujos maternos pueden contribuir a la hipoxia/acidosis fetal y por tanto se puede pedir a la madre que pare de pujar hasta que mejore la situación fetal. FIGO 2015
  - Si con esto no mejora el RCTG debería valorarse finalizar por una vía rápida.

### Nota importante:

Debido a la larga semi-vida de las prostaglandinas, la resolución de la hiperestimulación que provocan usualmente requiere la retirada del Propess® y administración concomitante de tocolíticos, especialmente en casos de hipoxia aguda.

**3.2 Compresión Aorto-cava** puede ocurrir con el decúbito supino. Colocar a la madre en decúbito lateral o incorporarla puede disminuir la compresión.





**3.3 Compresión transitoria de un asa de cordón** (desaceleraciones variables) pueden solucionarse a veces con cambios de posición maternos.

**3.4 Hipotensión maternal brusca** ocurre frecuentemente tras la administración de anestesia intra o peridural. Puede revertirse rápidamente con la administración endovenosa de sueros +/- de un bolus de efedrina (por parte del equipo anestésico).

### 3.5 MANIOBRAS QUE NO TIENEN EVIDENCIA CIENTÍFICA

- La administración de oxígeno a una madre correctamente oxigenada no provoca mejoría de la hipoxia fetal sino al contrario, puede ser perjudicial. Fawole and Hofmeyr 2012
- Administración de sueroerapia endovenosa en una mujer bien hidratada y normotensa. A pesar de que hay quien opina que podría mejorar el flujo placentario, la administración de sueros ev en casos de Hipoxia crónica y corioamnionitis puede provocar una falsa impresión de recuperación sin mejorar los resultados perinatales.
- ***Es necesario un buen juicio clínico para diagnosticar la causa de los cambios en el RCTG, para valorar la reversibilidad de las condiciones con las que se asocia y para decidir el momento de finalización de la gestación. El objetivo es evitar hipoxia/acidosis fetal prolongada, así como intervenciones obstétricas innecesarias. Se pueden usar métodos complementarios para evaluar la oxigenación fetal como estimulación de la calota fetal y monitorización mediante el método STAN.***

## 4 Calidad, documentación y almacenamiento

### 4.1 Documentación

- Es responsabilidad de cada profesional hacer las siguientes comprobaciones en la máquina de RCTG previamente al inicio de la monitorización.
  - Fecha y hora correctas
  - Que la escala que se usa sea la correcta
  - Que el papel sea el específico para la máquina y la orientación del mismo sea la correcta.
- Al inicio de cada RCTG debería documentarse:
  - El nombre, la fecha de nacimiento y el número de historia clínica
  - El número de la máquina
  - La indicación para la MEFC
  - Observaciones en referencia a la madre
- Durante la monitorización:
  - FC materna cada hora
    - Debería considerarse la monitorización continua simultánea de la FC materna si:
      - Bloqueo cardíaco fetal
      - La FCF fuera similar a la FC materna
      - Taquicardia materna
      - Durante la segunda fase de parto
      - El RCTG muestra aceleraciones coincidiendo con las contracciones/pujos
  - Tensión arterial y temperatura maternas deben ser medidas cada 4h a menos que hubiera alguna indicación clínica para aumentar la frecuencia.
  - Eventos intraparto relevantes
    - Cada tacto vaginal
    - Administración de anestesia epidural
    - Revisión del RCTG

### 4.2 Calidad

- La monitorización de la frecuencia fetal de forma externa es el método recomendado de primera línea, siempre y cuando se consiga una calidad de señal aceptable, es decir, que se puedan identificar los signos básicos del RCTG. Si el registro fuera de muy mala calidad estaría indicado usar un electrodo



en la calota fetal sin dilación, siempre y cuando no exista ninguna contraindicación para el mismo. Las indicaciones más frecuentes son IMC elevado y monitorización dificultosa durante la segunda fase de parto (para evitar registrar el latido materno).

- Monitorización de gestaciones gemelares:
  - La MEFC debería llevarse a cabo preferentemente con monitores con 2 canales de entrada.
  - Identificar claramente a qué gemelo corresponde cada trazo y documentarlo.
  - Considerar manipular el monitor para retrasar el trazo del 2º gemelo 20 lpm y visualizar a ambos con claridad.
  - Es aceptable la monitorización externa de ambos gemelos siempre y cuando la calidad del registro de ambos sea buena.
  - Se recomienda no tener reparos en iniciar monitorización interna del primer gemelo si fuera necesario y no hubiera contraindicaciones puesto que la calidad del registro es mejor, especialmente en la segunda fase de parto.

### 4.3 Almacenamiento

Los RCTG deben conservarse durante 25 años. Debido a que el papel usado por las máquinas se deteriora y es legible únicamente durante 10 años, el almacenamiento debería hacerse idealmente en forma electrónica.

# Técnicas complementarias para valoración del bienestar fetal

Hay que remarcar que si en un RCTG la FCFb y la variabilidad son estables el riesgo de acidosis fetal les bajo. <sup>NICE 2014, FIGO 2015</sup>

Es importante intentar entender la explicación fisiológica detrás de los cambios en la FCF (ver más arriba). Esto nos puede dar la tranquilidad de saber el estado fetal sin necesidad de hacer ninguna técnica complementaria. No obstante, en situaciones en las que no entendemos los cambios es conveniente buscar la opinión de un senior y aplicar otras técnicas para despistaje de hipoxia fetal.

## 1 Estimulación de la calota fetal

### • Evidencia científica

Hay varios estudios observacionales que apoyan el uso de la estimulación de la calota fetal (ECF) comparándolo con la práctica de pH de calota. No obstante, la evidencia de estos ensayos es de moderada a baja. <sup>Skupski et al 2002</sup>

### • Limitaciones

No hay un consenso sobre en qué situaciones clínicas hay que usar la ECF. <sup>FIGO 2015</sup>

### • Método

La ECF implica estimulación de la calota frotándola con los dedos del examinador. Otras técnicas incluyen usar pinzas para pellizcar la piel del feto, o usar estimulación vibroacústica aplicada al abdomen de la madre. No obstante, a menudo ésta tecnología no está disponible en muchos centros. <sup>Elimian 1997</sup> La estimulación digital de la calota es el sistema más usado, más fácil y menos invasivo y parece ser que tiene un valor predictivo positivo similar para evaluar la hipoxia/acidosis que las otras alternativas. <sup>FIGO 2015</sup>

### • Interpretación

Si se objetiva una aceleración tras la ECF la probabilidad de hipoxia fetal es <2.5%, mientras que en ausencia de ellas la probabilidad de hipoxia fetal es > 38%. <sup>Skupski et al 2002</sup> El riesgo de hipoxia se incrementa si la falta de aceleraciones se asocia a una disminución de la variabilidad. <sup>Elimian 1997</sup> Esta información debe ajustarse en base al contexto clínico global. <sup>FIGO 2015, NICE 2014</sup>

## 2 Combinación de MEFC con ST-Analysis (STAN)

### • Evidencia que lo avala

Han habido 6 meta-análisis que han valorado la efectividad del STAN en determinar el bienestar fetal. 5 de estos han demostrado que a pesar de que el STAN reduce la necesidad de realizar pH de calota fetal y partos instrumentados, no hay mejoría en el número de nacimientos mediante cesárea, recién nacidos con APGAR bajo a los 5 minutos, acidosis metabólica severa o el número de bebés con encefalopatía neonatal. <sup>Adalina et al 2015</sup>. El sexto meta-análisis informó de haber encontrado un error en los 5 anteriores, y que después de corregirlo demostró disminución de la tasa de acidosis metabólica. <sup>Olofsson et al 2014</sup> El ultimo meta-análisis que incluyó los ensayos clínicos de STAN de US con mayor población realizados en US <sup>Blix et al, 2016</sup> demostró una disminución estadísticamente significativa del 36% en acidosis metabólica neonatal y un 8% de reducción en la tasa de partos instrumentados. Por tanto, en opinión de los autores, STAN sigue siendo el único test complementario de bienestar fetal con una evidencia científica robusta. <sup>Bhide et al, 2016, Chandraran E, 2018.</sup>

### • Principios

- Cuando un RCTG es normal, los “eventos ST” (“ST events”) deben ser ignorados pues no indican hipoxia/acidosis. Ocurren en aprox. el 50% de los fetos bien oxigenados. La generación de eventos ST en un RCTG normal es probablemente debido a una glicogenolisis cardíaca mediada por catecolaminas o por cambios en el vector de los complejos del ECG durante los movimientos fetales.
- Se han descrito algunos casos en que el RCTG ha ido cambiando gradualmente y mostrando signos de hipoxia sin la aparición de eventos ST. <sup>Westerhuis et al 2007</sup> No obstante, estos casos se dieron en RCTG pre-terminales y en casos de infección fetal (en que no debería usarse STAN). Por este motivo, cualquier



RCTG anormal durante más de 60 minutos -o menos si el RCTG se deteriora rápidamente- requiere la valoración de un obstetra senior haya presencia o no de eventos ST. FIGO 2015

- Si el RCTG muestra disminución de variabilidad de forma persistente o un patrón que indica hipoxia severa o aguda, es mandatorio hacer una intervención independientemente de lo que informe la tecnología STAN. Amer-Wahlin et al 2007
- Todo el personal que utilice STAN debe haber recibido un entrenamiento y asesoramiento adecuado.
- En presencia de sepsis los resultados no son valorables. El cerebro fetal puede lesionarse por otras vías diferentes a la hipoxia y ser más susceptible a tener secuelas por hipoxia en presencia de sepsis, y esto puede no verse reflejado con eventos ST. Esto debe tenerse en cuenta al iniciar STAN en una taquicardia fetal no complicada.
- **Pre-requisitos**
  - Para que la evaluación STAN sea fiable debe iniciarse en un periodo del RCTG en que se objetive una FCFb estable, presencia de aceleraciones y la variabilidad esté conservada. FIGO 2015 No obstante, incluso en un RCTG anormal, si la FCFb permanece estable y la variabilidad es normal (lo que implica buena oxigenación de órganos centrales), se puede iniciar STAN. Preti et al, 2013.
  - La tecnología ST no ha sido estudiada en profundidad para edades gestacionales por debajo de las 36w. Pueden observarse eventos ST bifásicos repetitivos debido a inmadurez del miocardio fetal.
  - No hay contraindicación para el uso en fetos monitorizados mediante electrodo en calota fetal.
  - No puede usarse conjuntamente con tecnología TENS porque interfiere en la adquisición de la señal del ECG.
- **Contraindicaciones**
  - No debe ser iniciado en la parte active de la segunda fase de parto, durante los pujos en un parto precipitado.
  - Hipoxia aguda o RCTG pre-terminal.
  - Sospecha de corioamnionitis – a pesar de que STAN es una herramienta para identificar hipoxia, debería tenerse en cuenta que en estos casos hay vías alternativas (e.g. inflamación) que pueden causar secuelas neurológicas. Por tanto, el manejo se debería decidir en función de criterios como la progresión del trabajo de parto, paridad, presencia de meconio y los signos del RCTG, independientemente de la presencia o ausencia de eventos STAN.
  - Infección genital activa por Herpes .
  - Mujeres seropositivas a hepatitis B, C, D, E, o a HIV.
  - Sospecha de alteraciones hematológicas fetales.
  - Presentación fetal desconocida.
  - Cuando la ruptura artificial de membranas no está indicada por algún motivo.
  - Anomalía estructural o funcional cardíaca fetal que no haga que los resultados no sean valorables.
  - Si hay una indicación de finalización de la gestación inmediata por algún otro motivo.
- **Método**

Es una combinación de asesoramiento del latido basal de un feto con un análisis automático del ECG del mismo. Se obtiene colocando un electrodo en forma de espiral en la calota fetal. La máquina analiza inicialmente los segmentos ST (requiere 20 “x”) para obtener un complejo de ECG que será el basal. Habitualmente tarda 4 minutos en esta valoración previa. A continuación, compara los complejos ST cada 30 latidos para ver si hay cambios respecto a la valoración inicial que sugieran isquemia. Con cada comparativa que hace y es normal, se marca una “x” en la parte inferior del registro.
- **Interpretación**

La interpretación requiere tener en cuenta la valoración global del RCTG y el grado de cambios del ST. El sistema automáticamente avisa de un evento ST cuando detecta cambios en la morfología del ECG en relación al ECG inicial (ver tabla 5). Asimismo, puede encontrarse una esquema para ayudar al manejo de RCTG con STAN en el apéndice al final de la guía. Townsend and Chandraran 2015
- **Comprobación de la calidad de la señal**
  - La efectividad del STAN depende de la calidad y continuidad de la señal obtenida a través del electrodo en la calota fetal. Si se pierde la señal del ECG durante 4 minutos o más (no se verán cruces



en la parte inferior del registro durante 4 minutos), o si hubiera menos de 10 comprobaciones correctas durante 10 minutos entonces la señal de ECG no puede seguir comparándose con el ECG basal. En esos casos suena una alarma. Si durante ese periodo de pérdida de señal el RCTG ha sido completamente normal se puede seguir con la monitorización STAN. Si hubiera una sospecha de hipoxia fetal basado en la interpretación del RCTG durante la pérdida de señal, no debería considerarse fiable el resultado del STAN.

○ Monitorización del ECG materno

El electrodo podría registrar el ECG materno si fuera erróneamente aplicado en el cérvix o en el caso de que no existiera latido fetal. Por este motivo el complejo del ECG puede visualizarse en la pantalla y deberá ser revisado cada vez que se inicia la monitorización y siempre que haya una sospecha de que se trate de un registro materno.

El ECG de la madre tiene un aspecto diferente: La onda P habitualmente es muy pequeña o no se puede identificar ya que no se transmite a tanta distancia del corazón materno y el complejo QRS es más ancho que el fetal. Además, coincidirá con el pulso materno.

○ FCF >170 bpm

A medida que aumenta la FCF también incrementa la probabilidad de que la repolarización del ventrículo (onda T) ocurra simultáneamente con la onda P de la siguiente contracción atrial. Como resultado, la morfología de la onda T podrá teóricamente quedar alterada de tal manera que enmascarara cambios significativos o bien que pusiera en marcha eventos STAN sin otra significación. Por tanto, en presencia de taquicardia secundaria a corioamnionitis debe interpretarse con cautela. As a result, the morphology of the T wave may theoretically be altered in such a way as to either mask significant changes or to trigger STAN events of no other significance. Monitorización STAN tampoco se recomienda en presencia de arritmias cardíacas.

**Tabla 5 – Clasificación de los RCTG**

Tabla 5 – Clasificación de los RCTG				
	FCF basal	Variabilidad y reactividad	Desaceleraciones	
RCTG normal	<ul style="list-style-type: none"><li>110 – 150 lpm</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aceleraciones</li><li>• Variabilidad 5 - 25</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aceleraciones tempranas uniformes</li><li>• Desaceleraciones variables no complicadas de duración &lt; 60s y disminución de &lt;60 lpm desde la línea basal</li></ul>	
RCTG intermedio	<ul style="list-style-type: none"><li>100 – 110 lpm</li><li>150 – 170 lpm</li><li>Desaceleraciones &lt; 100 lpm durante ≤ 3 minutos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• &gt; 25 lpm (Patrón saltatorio)</li><li>• &lt; 5 lpm &gt; 40 min con ausencia de aceleraciones</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desaceleraciones variables no complicadas de &lt;60s de duración y disminución de &gt;60 lpm</li></ul>	
	La combinación de varias alteraciones intermedias confiere un RCTG anormal			
Anormal	<ul style="list-style-type: none"><li>150 – 170 lpm y variabilidad reducida</li><li>&gt; 170 lpm</li><li>Desaceleración prolongada a &lt;100lpm durante &gt;3 minutos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 5 lpm durante &gt; 60min</li><li>• Patrón sinusoidal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desaceleraciones variables complicadas de &gt; 60s de duración</li><li>• Desaceleraciones tardías uniformes repetitivas</li></ul>	
Pre-terminal	Ausencia total de variabilidad (<2 lpm) y reactividad con o sin desaceleraciones			
Análisis ST				
Evento ST	RCTG normal	Intermedio	Anormal	Pre-terminal
Aumento episódico T-QRS	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manejo expectante</li><li>• Continuar observación</li></ul>	> 0.15	> 0.10	Finalizar de forma inmediata
Aumento basal T-QRS		> 0.10	> 0.05	
ST bifásico		3 mensajes log bifásicos	2 mensajes log bifásicos	

La guía anterior se ha basado en la guideline de monitorización de la FIGO de 1987 debido a que el método STAN fue validado con estas guidelines. Basándose en la experiencia y resultados perinatales



de las maternidades que han implementado STAN después de entrenar al personal en fisiología fetal, el Comité Editorial recomienda el uso de la guideline de STAN en combinación con una comprensión profunda de la fisiología fetal.

- **Presentación**

Si el electrodo de STAN es aplicado en un feto en presentación de nalgas, el ECG que se registraré estará invertido. Esto puede dar la impresión de un ST negativo y se pueden registrar falsos eventos bifásicos. Hay un modo especial para partos de nalgas que puede usarse para invertir el ECG. Esto fue evaluado en un estudio observacional, <sup>Stein et al 2006</sup> que no halló ningún incremento en resultados perinatales adversos con el uso de STAN en presentación podálica respecto a cefálica.

#### Notas prácticas cuando se use STAN para monitorización fetal

1. Considerar siempre el “Contexto clínico global” (Meconio, Oxitocina, Temperatura, Hemorragia, Hiperestimulación, Ratio de progresión o presencia de cicatriz uterina -Scar-,— MOTHERS) mientras se use STAN en lugar de depender solamente de cuadrados negros (Eventos ST).
2. Incluso en presencia de un evento significativo STAN en la primera o segunda fase del trabajo de parto, lo primero que hay que hacer es mejorar la oxigenación fetal (e.g. parar la oxitocina, cambiar la posición materna y/o administración de terbutalina o parar los pujos maternos). Si el RCTG mejora y los órganos centrales están bien oxigenados sin evidencia de hipoxia subaguda o Patrón saltatorio está indicado seguir con el trabajo de parto, basándonos en el contexto clínico observado.
3. Al contrario, incluso en ausencia de eventos ST significativos, si hay una FCFb inestable o variabilidad reducida con presencia de desaceleraciones previas e incremento de la FCFb o Patrón saltatorio hay que aplicar medidas urgentes para mejorar la oxigenación fetal, independientemente de la presencia o no de eventos STAN. Si la situación fetal no puede ser mejorada, debería llevarse a cabo finalización urgente de la gestación y no debería esperarse a la aparición de eventos ST.
4. En corioamnionitis clínica o subclínica o en presencia de meconio espeso la vía para lesión neurológica puede no ser hipóxica y por tanto, el manejo debería del contexto clínico incluyendo el ratio de progresión y los requerimientos de oxitocina, independientemente de la ausencia de eventos STAN.
5. No debería iniciarse STAN en casos de hipoxia crónica pues el feto probablemente ha agotado sus reservas de glicógeno in el miocardio y por tanto, puede no ser capaz de generar eventos ST.

### **3 pH de calota fetal (Fetal blood sampling)**

La revisión sistemática Cochrane de 2013 demostró que no hay evidencia de correlación entre el uso de pH de calota fetal y mejoría en resultados perinatales a largo plazo. Además la revisión ha demostrado que en contra de lo que se creía anteriormente, la evidencia científica actual sugiere que el pH de calota tiende a aumentar el número de cesáreas y partos instrumentados. Otra revisión de la evidencia ha demostrado infrecuentes pero graves complicaciones fetales. Por tanto, la evidencia científica actual no apoya el uso de pH de calota fetal en la práctica clínica pues los beneficios no superan los riesgos. Los autores de esta guía no apoyan el uso de pH de calota como un test complementario de asesoramiento de bienestar fetal.

## Circunstancias especiales

Hay otros factores que hay que tener en cuenta durante el trabajo de parto como son la rotura prolongada de membranas definida como rotura de más de 24h de evolución, corioamnionitis, anhidramnios, presencia de meconio, infección materna o pirexia y la velocidad de evolución de la hipoxia. Todas ellas pueden modificar la respuesta de los fetos y afectar a los resultados perinatales. <sup>Sacco et al 2015</sup>

### 1 Meconio

La presencia de meconio en el líquido amniótico puede ser normal en fetos post-término sin ser necesariamente un signo de que el feto haya experimentado hipoxia.

En un feto pretérmino <34/40, la presencia de meconio sí implica que puede haber una infección debida por ejemplo a listeria, ureaplasma o rotavirus. <sup>Blot et al. 1983</sup>

El líquido amniótico claro tiene propiedades bactericidas, no obstante en presencia de meconio estas propiedades se ven limitadas. <sup>Unsworth and Vause 2010</sup>

En meconio espeso el *E. Coli* tiene la habilidad de crecer rápidamente, en cambio el *Streptococcus agalactiae* (EGB) prolifera incluso en líquido claro. <sup>Eidelman et al. 2002</sup>

La taquicardia fetal ( $\geq 160$  lpm) en presencia de líquido amniótico manchado de meconio tiene un riesgo relativo de 51 para el desarrollo de corioamnionitis en comparación con líquido claro. <sup>Blot et al. 1983</sup>

La presencia de meconio en el líquido amniótico se asocia con complicaciones en el recién nacido. La más grave es el Síndrome de aspiración meconial (SAM) <sup>Unsworth and Vause 2010</sup> La aspiración de meconio puede ocurrir intra-útero con inhalaciones, o post-natalmente con las primeras respiraciones al nacer. <sup>Mundhra and Agarwal 2013</sup>

A día de hoy no hay un tratamiento efectivo y seguro o media profiláctica para el SAM una vez el meconio ha pasado por debajo de las cuerdas vocales hacia los pulmones. <sup>Chandrahara and McDonnell 2015</sup>

La evidencia científica muestra que cuando el suministro de oxígeno es interrumpido el feto intenta respirar. Si estos intentos fracasan en proporcionarle una fuente alternativa de oxígeno y la hipoxia continua, el centro respiratorio se convierte en incapaz de continuar iniciando respiraciones y la respiración para, usualmente tras 2-3 respiraciones. <sup>MOET 2014</sup>

En vista de esto, se debería prestar especial vigilancia a la aparición de signos de hipoxia en presencia de meconio. E inclinarnos a finalizar el expulsivo cuando se objete meconio concomitantemente con signos de hipoxia, pues el RCTG no puede predecir si el feto realizará inhalaciones o cuando puede suceder.

Si un feto ya ha expulsado meconio la madre debería ser informada de que hay riesgo de que el meconio ya haya pasado a los pulmones. La mayor parte del meconio será echado de los pulmones al pasar el feto por el canal del parto pero en un 1-3% de los nacimientos el feto desarrollará SAM. <sup>Impey et al. 2008</sup>

### 2 Oxitocina e hiperestimulación

Habría que tener cuidado en el uso de prostaglandinas o oxitocina para estimular o aumentar las contracciones. Una de las causas yatrogénicas de las desaceleraciones prolongadas incluyen contracciones prolongadas y recuentes secundarias a oxitocina. Si se identifica esta causa, hay que tomar medidas inmediatas para mejorar la oxigenación utero-placentaria parando la infusión de oxitocina y cambiando la posición materna para reducir el estrés que está experimentando el bebé. <sup>FIGO 2015</sup> Habría que considerar también empezar tocolisis usando agonistas beta-adrenérgicos como la terbutalina. <sup>NICE 2014</sup>

La MEFC es necesaria con el uso de oxitocina. Si la FCFb es normal la oxitocina debería ajustarse para conseguir 4 contracciones cada 10 minutos. Debería reducirse si las contracciones ocurren más frecuentemente que 5 cada 10 minutos. Si se sospecha descompensación fetal, la infusión de oxitocina debería pararse y realizar un asesoramiento de la situación fetal de forma urgente por parte del ginecólogo y documentarlo en la historia clínica. <sup>Arulkumaran et al. 2004</sup> En el caso de un episodio de hipoxia aguda la oxitocina debería pararse e iniciar la Norma de los 3-minutos. Un asesoramiento completo de la situación fetal debe llevarse a cabo y el obstetra debe documentarlo antes de reiniciar la oxitocina de nuevo.





### 3 Pirexia

La transmisión de calor durante la gestación provoca que la temperatura fetal sea de 0.3-0.5°C más alta que la temperatura materna. La circulación umbilical transfiere a la madre el 85% del calor producido por el feto. El 15% restante es disipado a través de la piel del feto hacia el líquido amniótico y después es transmitido a través de las paredes uterinas hacia el abdomen materno. <sup>Lieberman et al. 2000</sup> Si hay fiebre, la demanda metabólica de los tejidos fetales aumenta y por tanto el riesgo de hipoxia se eleva. <sup>Holt et al. 1994</sup> Esto debería tenerse en cuenta especialmente a la hora de usar oxitocina y debería tratar de evitarse trabajos de parto prolongados.

La combinación de temperatura materna elevada con acidosis a nivel del cordón umbilical (indicativa de acidosis fetal) aumenta de forma importante el riesgo de encefalopatía neonatal. La evidencia científica sugiere que la acidosis y la fiebre representan dos causas diferentes de encefalopatía neonatal que ejercen un efecto acumulativo. <sup>Impey et al. 2008</sup>

No hay una evidencia clara que sugiera en qué momento debería forzarse el nacimiento si hay infección materna o fetal. En vista de la falta de una evidencia clara o guías categóricas en un contexto temporal aceptable para finalizar la gestación debería mantenerse una discusión con la madre y acordar un plan de manejo y un límite temporal. Deberían aplicarse medidas para tratar la temperatura y la infección como administrar Paracetamol, sueros y antibiotioterapia ev. La evidencia científica demuestra que la administración intraparto a la madre de 1500mg de Cefuroxima ev consigue una concentración efectiva en el feto para profilaxis pero no para tratamiento. <sup>Holte et al. 2004</sup>

La fiebre intraparto incluso cuando es poco probable que sea por causa infecciosa se asocia con un aumento de hasta 4 veces de convulsiones de inicio precoz de causa no filiada en niños a término. <sup>Holt 1994</sup>

### 4 Hemorragia anteparto

El desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI) es uno de los 3 accidentes mayores intraparto y se puede presentar como una caída única brusca de la FCFb (hipoxia aguda). En estos casos debe provocarse un parto inminente pues es muy probable que se trate de un desprendimiento placentario y es irreversible. <sup>FIGO 2015</sup>

Es importante destacar también que el uso de tocolíticos en estos casos puede agravar la separación placentaria y empeorar la hipoxia fetal.

### 5 Epidural

Puede ser la causa de una disminución de la presión arterial materna y provocar redistribución de la sangre materna lejos de la placenta lo que puede ocasionar un detrimento en la perfusión placentaria. Se visualizará también en el RCTG como una única caída en la FCFb (hipoxia aguda). En este caso es reversible y debería ser corregido cambiando a la paciente de posición, administrando sueroterapia ev y si precisara, efedrina (por parte del equipo de anestesia). <sup>Greenwell et al. 2012</sup>

Esta vasodilatación puede causar también un aumento de la temperatura materna, secundariamente a una alteración de la termoregulación. <sup>RCOG 2015</sup>

### 6 Rotura uterina

Si una mujer tiene una cesárea anterior en el segmento inferior e inicia el trabajo de parto, el riesgo de rotura uterina está entre el 0.07% <sup>Nahum and Isaac 2016</sup> – 0.5% <sup>RCOG 2015</sup> y por tanto hay que tenerlo en cuenta. Es el tercer accidente mayor intraparto y puede visualizarse en el RCTG como una caída repentina de la FCFb (hipoxia aguda). En este caso, el parto debe ser forzado de forma inminente pues es una situación irreversible. <sup>FIGO 2015</sup>



## 7 Corioamnionitis subclínica

La evidencia clínica ha demostrado que solo del 8-12% de las mujeres que tienen corioamnionitis confirmada histopatológicamente muestran taquicardia y fiebre materna durante el trabajo de parto. Por lo tanto, cualquier incremento en la FCFb sin desaceleraciones previas debería hacer sospechar una corioamnionitis subclínica. Otros parámetros como presencia de meconio, progresión del parto, antecedente de RPM prolongada y ausencia de cycling deberían considerarse a la hora de decidir el manejo.

## 8 Pretérmino Afors and Chandraharan 2011

Hay muy escasa evidencia /guías que apoyen el uso de RCTG en fetos pretérmino. Esto ha provocado que algunos autores recomienden no realizar RCTG en prematuros extremos (24 – 28 SG). Los factores claves a tener en cuenta que afectan a la FCF que se dan en fetos prematuros son la inmadurez del SNC y sistema nervioso periférico, presencia de una reserva placentaria reducida, glándulas adrenales y miocardio inmaduros y menor cantidad de gelatina de Wharton en el cordón umbilical.

Los hallazgos en el RCTG incluyen:

- Inmadurez del Sistema nervioso autónomo que ocasiona una FCFb más elevada y variabilidad reducida.
- Inmadurez del Sistema nervioso somático que se traduce en menor cantidad de aceleraciones y de menor amplitud (10bpm) y duración (10seg). Esto es especialmente patente en gestaciones menores de 30w.
- Desaceleraciones en ausencia de contracciones uterinas ocurren a menudo en fetos pretérmino de 20-30w. Se ha observado presencia de desaceleraciones variables en el 70–75% de los fetos pretérmino durante el trabajo de parto, en comparación con 30-50% en fetos a término.
- La inmadurez del SNC se relaciona con un patrón de *cycling* menos desarrollado, lo cual es especialmente evidente en prematuros extremos.

## 9 Efectos de la medicación en el RCTG

Es fundamental tener en cuenta el efecto que cualquier medicación administrada en la madre durante el trabajo de parto pueda ocasionar en el RCTG. Esto es incluso más relevante en el caso de la medicación que se administra con el objetivo de mejorar las condiciones fetales. En esos casos, se tendría que tener presente qué signos buscar de mejoría, qué hacer si la intervención no funciona o si empeora, cuanto debemos esperar y hasta cuando duran los efectos.

## Bibliografía

1. Adalina Sacco, Javaid Muglu, Ramesan Navaratnarajah, Matthew Hogg. ST analysis for intrapartum fetal monitoring. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2015; 17:5–12.
2. Afors K, Chandrachan E. Use of continuous electronic fetal monitoring in a preterm fetus: clinical dilemmas and recommendations for practice. *J Pregnancy*. 2011; 2011:848794.
3. Albertson A, Amer-Wåhlin I, Lowe V, Archer A, Chandrachan E. Incidence of subacute hypoxia during active maternal pushing during labour. *RCOG World Congress* 2016.
4. Amer-Wahlin I, Arulkumaran S, Hagberg H, Marsál K, Visser GH. Fetal electrocardiogram: ST waveform analysis in intrapartum surveillance. *BJOG* 2007;114(10): 1191–3.
5. Arulkumaran S, Penna LK, Bhasar Rao K [Eds] (2004) *The Management of Labour* Orient Longman P 95-96.
6. Ayres-de-Campos D, Spong CY, Chandrachan E, 'FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography', FIGO (2015).
7. Bhide A, Chandrachan E, Acharya G. Fetal monitoring in labor: Implications of evidence generated by new systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016 Jan;95(1):5-8.
8. Blix E<sup>1</sup>, Brurberg KG<sup>2,3</sup>, Reiherth E<sup>4</sup>, Reinart LM<sup>2</sup>, Øian P<sup>5,6</sup>. ST waveform analysis versus cardiotocography alone for intrapartum fetal monitoring: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Acta* 2016 Jan;95(1):16-27.
9. Blot P, Milliez J, Breart G, Vige P, Nessmann C, Onufryk JP, Dendrinis S, Sureau C (1983). Fetal tachycardia and meconium staining; a sign of fetal infection. *International journal of gynecology and obstetrics* 21(3) P189-194.
10. Cahill AG<sup>1</sup>, Caughey AB, Roehl KA, Odibo AO, Macones GA. Terminal fetal heart decelerations and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2013 Nov;122(5):1070-6. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182a8d0b0.
11. Chandrachan E and McDonnell S (2015) Fetal Heart Rate Interpretation in the Second Stage of Labour: Pearls and Pitfalls. *British Journal of Medicine and Medical Research* 7 (12) P957-970.
12. Chandrachan E. Foetal electrocardiograph (ST-analyser or STAN) for intrapartum foetal heart rate monitoring: a friend or a foe? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018 Jan;31(1):123-127.
13. Debrah, L and Downe, S 'FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent Auscultation', FIGO (2015).
14. Eidelman AI, Nevet A, Rudensky B, Hamnerman C, Raveh D, Schimmel MS (2002). The effect if meconium staining of amniotic fluid on the growth of *Escherchia Coli* and Group B streptococcus. *Journal of perinatology* 22(6) p467-471.
15. Elimian A, Figueroa R, Tejani N. Intrapartum assessment of fetal well-being: a comparison of scalp stimulation with scalp blood pH sampling. *Obstet Gynecol* 1997; 89(3):373–6.
16. Fawole B. and Hofmery GJ.: Maternal oxygen administration for fetal distress. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec.
17. Greenwell EA, Wyshak G, Ringer SA, Johnson LC, Rivkin MJ, Lieberman E, (2012) Intrapartum Temperature Elevation, Epidural Use and Adverse Outcome in Term Infants, *PEDIATRICS* 129(2)
18. Hamilton E, Warrick P, O'Keeffe D. Variable decelerations: do size and shape matter? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012; 25(6):648–53.
19. Holt DE, Broadbent M, Spencer JA, de Louvois J, Hurley R, Harvey D (1994) The placental transfer of cefuroxime at parturition. *European Journal of Obstetric Gynecology and Reproductive Biology*. May 18;54(3):177-80.

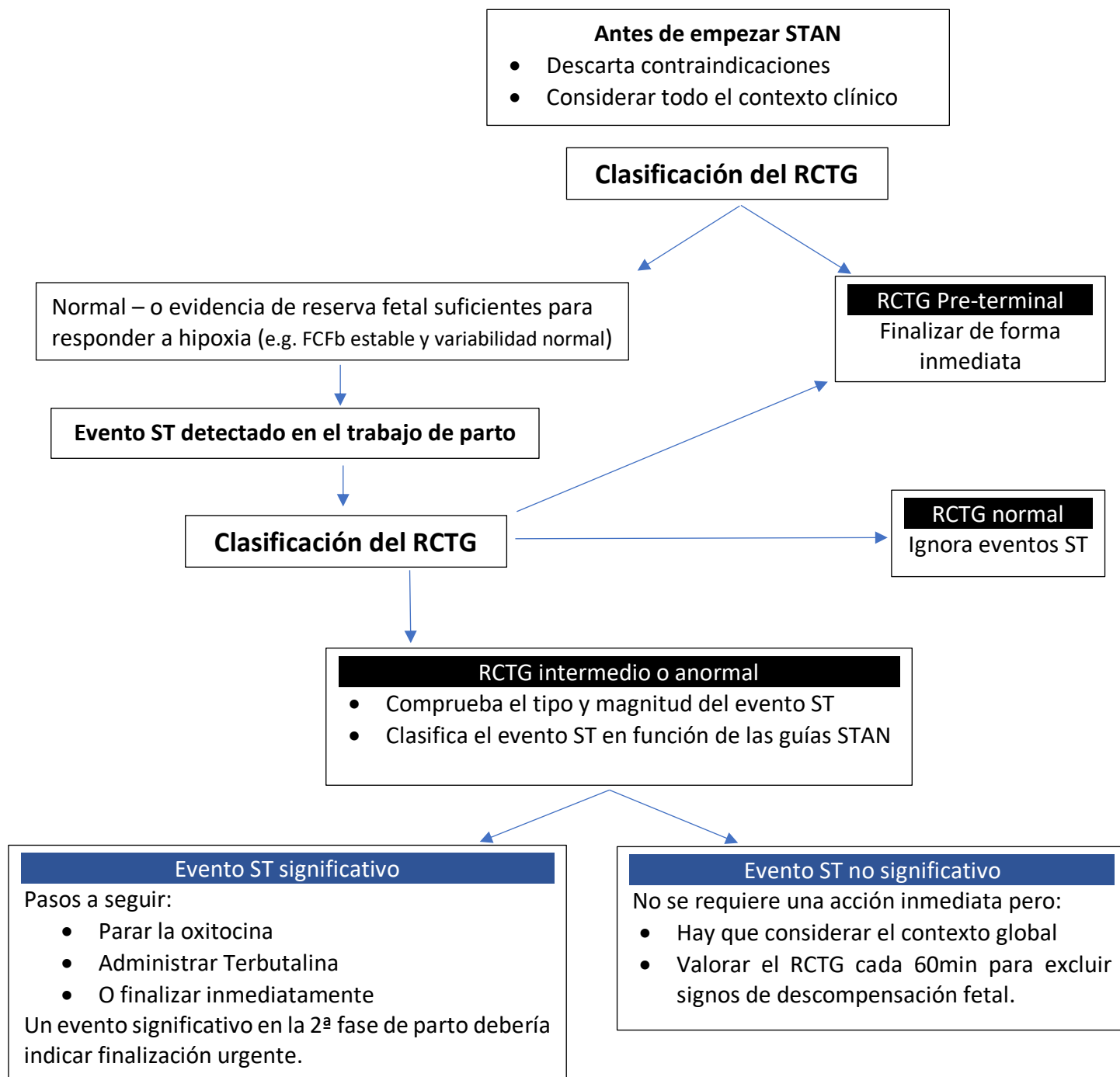


20. Holte K, Foss NB, Svensén C, Lund C, Madsen JL, Kehlet H (2004) Epidural anesthesia, hypotension, and changes in intravascular volume. *Anesthesiology*. 100(2) p281-6.
21. Impey LWM, Greenwood CEL, Black RS, Yeh PS-Y, Sheil O, Doyle P (2008). The relationship between intrapartum maternal fever and neonatal acidosis as risk factors for neonatal encephalopathy. *Am J Obstet Gynecol* 198:49.e1-49.e6.
22. Kamoshita E1, Amano K, Kanai Y, Mochizuki J, Ikeda Y, Kikuchi S, Tani A, Shoda T, Okutomi T, Nowatari M, Unno N. Effect of the interval between onset of sustained fetal bradycardia and caesarean delivery on long-term neonatal neurologic prognosis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010 Oct;111(1):23-7. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.05.022. Epub 2010 Aug 4.
23. Leung TY1, Chung PW, Rogers MS, Sahota DS, Lao TT, Hung Chung TK. Urgent caesarean delivery for fetal bradycardia. *Obstet Gynecol*. 2009 Nov;114(5):1023-8. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181bc6e15.
24. Lewis D and Downe S FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 131 (2015) 9-12.
25. Lieberman E, Eichenwald E, Mathur G, Richardson D, Heffner L, Cohen A (2000) Intrapartum Fever and Unexplained Seizures in Term Infants *Pediatrics* 106(5).
26. Liston R, Sawchuck D, Young D, Society of Obstetrics and gynaecologists of Canada; British Columbia perinatal health program. Fetal health surveillance: Antepartum and Intrapartum consensus guideline. *Journal of Obstetrics and gynaecology Canada* 29 (9s4); s3-56 (2007).
27. Macones GA1, Hankins GD, Spong CY, Hauth J, Moore T. The 2008 National Institute of Child Health and Human Development workshop report on electronic fetal monitoring: update on definitions, interpretation, and research guidelines.
28. Maude RM, Skinner JP, Foureur MJ. Intelligent Structured Intermittent Auscultation (ISIA): evaluation of a decision-making framework for fetal heart monitoring of low-risk women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:184.
29. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. Medical safety alert: Fetal monitor/cardiocotograph (CTG) - adverse outcomes still reported (All) adverse outcomes are still reported when CTG traces appear normal - this replaces alert SN 2002(23) issued August 2002. (MDA/2010/054) Gov.co.uk 28 June 2010.
30. MOET working group. 2014. Resuscitation of the baby at birth. In: Paterson-Brown and Howe led. *The MOET course Manual*. Cambridge University Press; 3 edition, pp 139 – 156.
31. Mundhra R, Agarwal M; Fetal outcome in meconium stained deliveries. *J Clin Diagn Res*. 2013 Dec;7(12):2874-6. doi: 10.7860/JCDR/2013/6509.3781. Epub 2013 Dec 15. Ivanov VA, Gewolb IH and Uhal BD (2010) A New Look at the Pathogenesis of the Meconium Aspiration Syndrome: A Role for Fetal Pancreatic Proteolytic Enzymes in Epithelial Cell Detachment. *Pediatric Research* 68 P221–224.
32. Munro J, Jokinen M: Evidence based guidelines for Midwifery-led Care in labour. Intermittent Auscultation (IA). The Royal College of Midwives Trust 2012.
33. Nahum, GG and Isaacs,C (2016). Uterine Rupture in Pregnancy accessed via <http://reference.medscape.com/article/275854-overview#a1> on 23/5/2016 @ 12.00.
34. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. RCOG Press: London (2007).
35. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth NICE clinical guideline 190 (2014).
36. Nurani R, Chandharan E, Lowe V, Ugwumadu A, Arulkumaran S. Misidentification of maternal



- heart rate as fetal on cardiotocography during the second stage of labour: the role of the fetal electrocardiograph. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91(12):1428–32.
37. Olofsson P, Ayres-de-Campos D, Kessler J, Tendal B, Yli BM, Devoe L. A critical appraisal of the evidence for using cardiotocography plus ECG ST interval analysis for fetal surveillance in labor. Part II: the meta-analyses. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014;93:571–86.
38. Peebles DM, Spencer JA, Edwards AD, Wyatt JS, Reynolds EO, Cope M, Delpy DT. Relation between frequency of uterine contractions and human fetal cerebral oxygen saturation studied during labour by near infrared spectroscopy. *Br J Obstet Gynaecol*. 1994 Jan;101(1):44-8.
39. Pereira S and Chandrahara E. Recognition of chronic hypoxia and pre-existing foetal injury on the cardiotocograph (CTG): Urgent need to think beyond the guidelines. *Porto Biomed*. Jul-Aug 2017. 4:124-9.
40. Pillai M and James D. Behavioural states in normal mature human fetuses. *Arch Dis Child*. 1990 Jan;65(1 Spec No):39-43.
41. Preti M, Chandrahara E, Lowe V, et al. In: Effectiveness of ‘George’s intrapartum monitoring strategy’ (fetal ECG (STAN), physiology-based training on cardiotocography (CTG) and mandatory competency testing) on operative delivery and perinatal outcomes at a teaching hospital in London: a 5 year experience. COGI Conference, Vienna; 2013.
42. Pulgar VM, Zhang J, Massmann GA, Figueroa JP. Mild chronic hypoxia modifies the fetal sheep neural and cardiovascular responses to repeated umbilical cord occlusion. *Brain Res*. 2007 Oct 24;1176:18-26.
43. Richardson BS1, Carmichael L, Homan J, Johnston L, Gagnon R. Fetal cerebral, circulatory, and metabolic responses during heart rate decelerations and cord compression. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 Oct;175(4 Pt 1):929-36.
44. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015) RCOG Green-top Guideline No. 45 - Birth After Previous Caesarean Birth.
45. Sacco A, Muglu J, Navaratnarajah R, Hogg M. ST analysis for intrapartum fetal monitoring. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2015; 17:5–12.
46. Skupski DW, Rosenberg CR, Eglinton GS. Intrapartum fetal stimulation tests: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2002;99(1):129–34.
47. Stein W1, Hellmeyer L, Misselwitz B, Schmidt S. Impact of fetal blood sampling on vaginal delivery and neonatal outcome in deliveries complicated by pathologic fetal heart rate: a population based cohort study. *J Perinat Med*. 2006;34(6):479-83.
48. Townsend R & Chandrahara E. Fetal ECG (ST analysis); An evolving standard for intrapartum fetal surveillance. Chapter in: *Current Progress in Obstetrics and Gynaecology*, 2015.
49. Unsworth J and Vause S (2010). Meconium in labour. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 20(10)p289-294.
50. Walsh D CTG use in intrapartum care: assessing the evidence. *British Journal of Midwifery* 16(6): 367-369 (2008).
51. Westerhuis ME, Kwee A, van Ginkel AA, Drogtop AP, GyselaersWJ, Visser GH. Limitations of ST analysis in clinical practice: three cases of intrapartum metabolic acidosis. *BJOG* 2007;114(10):1194–201.
52. Williams KP, Galerneau F. Fetal heart rate parameters predictive of neonatal outcome in the presence of a prolonged deceleration. *Obstet Gynecol*. 2002 Nov;100(5 Pt 1):951-4.
53. Yanamandra N, Chandrahara E. Saltatory and sinusoidal fetal heart rate (FHR) patterns and significance of FHR ‘overshoots’. *Curr Wom Health Rev* Jan2014; 9(3): 175-182.

## Apéndice





# Guías de Práctica Clínica ..... para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del em- barazo, parto o puerperio

Para uso de profesionales de salud. 2013 - Guías No. 11-15

Centro Nacional de Investigación  
en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS





© Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias

Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio.  
Guía No. 11-15

ISBN: 978-958-8838-29-8

Bogotá, Colombia

Abril de 2013

#### **Nota legal**

Con relación a la propiedad intelectual debe hacerse uso de lo dispuesto en el numeral 13 de la convocatoria 500 del 2009 y la cláusula DECIMO TERCERA -PROPIEDAD INTELECTUAL “En el evento en que se llegaren a generar derechos de propiedad intelectual sobre los resultados que se obtengan o se pudieran obtener en el desarrollo de la presente convocatoria y del contrato de financiamiento resultante de ella, estos serán de COLCIENCIAS y del Ministerio de Salud y Protección Social”, de conformidad con el clausulado de los contratos suscritos para este efecto.



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**

*Ministro de Salud y Protección Social*

**FERNANDO RUÍZ GÓMEZ**

*Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios*

**NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ**

*Viceministro de Protección Social*

**GERARDO BURGOS BERNAL**

*Secretario General*

**JOSÉ LUIS ORTÍZ HOYOS**

*Jefe de la Oficina de Calidad*



**CARLOS FOSECA ZÁRATE**

*Director General*

**PAULA MARCELA ARIAS PULGARÍN**

*Subdirectora General*

**ARLEYS CUESTA SIMANCA**

*Secretario General*

**ALICIA RÍOS HURTADO**

*Directora de Redes de Conocimiento*

**CARLOS CAICEDO ESCOBAR**

*Director de Fomento a la Investigación*

**VIANNEY MOTAVITA GARCÍA**

*Gestora del Programa de Salud en Ciencia, Tecnología e Innovación*



**HÉCTOR EDUARDO CASTRO JARAMILLO**

*Director Ejecutivo*

**AURELIO MEJÍA MEJÍA**

*Subdirector de Evaluación de Tecnologías en Salud*

**IVÁN DARÍO FLÓREZ GÓMEZ**

*Subdirector de Producción de Guías de Práctica Clínica*

**DIANA ESPERANZA RIVERA RODRÍGUEZ**

*Subdirectora de Participación y Deliberación*

**RAQUEL SOFÍA AMAYA ARIAS**

*Subdirección de Difusión y Comunicación*



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Bogotá



Grupo Desarrollador de la GUÍA (GDG)

INVESTIGADOR PRINCIPAL – LÍDER DE LA GUÍA

**PIO IVÁN GÓMEZ SÁNCHEZ**

*Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología y Epidemiología, Profesor Titular, Universidad Nacional de Colombia, Director de Extensión, Director del Grupo de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Medicina.*

COORDINACION METODOLÓGICA

**INGRID ARÉVALO RODRÍGUEZ**

*Psicóloga, Magíster en Epidemiología Clínica, Universidad Nacional de Colombia, PhD (c) en Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Barcelona. Coordinadora General de Epidemiología Clínica de la Guía.*

**CONSTANZA COLLAZOS VIDAL**

*Médica Cirujana, Magíster en Epidemiología, Coordinadora de Investigación Cualitativa de la Guía.*

SECCIÓN PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA  
DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO:

**JAIRO AMAYA GUÍO**

*Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Epidemiología Clínica Universidad del Rosario, Profesor Asociado, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia. Profesor asistente Fundación Universitaria San Martín. Ginecólogo y Obstetra Hospital de Engativa. Coordinador Epidemiología Clínica de la sección.*

**ARTURO CARDONA OSPINA**

*Médico Cirujano, Especialista en Ginecología, Obstetricia y Fetología, Coordinador académico de la Unidad Materno Fetal, Clínica del Prado, Medellín.*

**LUZ AMPARO DÍAZ CRUZ**

*Médica Cirujana, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Profesora Asistente del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia.*

**DIANA MILENA RODRIGUEZ MERCHAN**

*Médica Cirujana, Residente en Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia.*

**ALEXANDER BARRERA BARINAS**

*Médico cirujano, Universidad de Boyacá, Especialista en Epidemiología Clínica, Universidad El Bosque, Gerente e Investigador Principal de KLINIKOS S.A.S Investigación & Salud.*

**DIMELZA OSORIO SANCHEZ**

*Médica Cirujana, Máster en Salud Pública, PhD (c) en Salud Pública.*

SECCIÓN ABORDAJE DE LAS COMPLICACIONES  
HIPERTENSIVAS ASOCIADAS AL EMBARAZO

**GIANCARLO BUITRAGO GUTIÉRREZ**

*Médico Cirujano, Magíster en Epidemiología Clínica, Universidad Nacional de Colombia. Coordinador Epidemiología Clínica de la sección.*

**ALEJANDRO CASTRO SANGUINO**

*Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Profesor Asociado, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia.*

#### **RODRIGO CIFUENTES BORRERO**

Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Doctor en Biología de la Reproducción, Profesor Emérito Universidad del Valle

#### **MARTHA PATRICIA OSPINO GUZMÁN**

Médica Cirujana, Especialista en Epidemiología, Estudiante de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, integrante del grupo de investigación de Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad Nacional de Colombia.

#### **SECCIÓN INFECCIONES DEL EMBARAZO Y EL PUERPERIO (RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y TOXOPLASMOSIS)**

##### *Sección Ruptura Prematura de Membranas:*

#### **JAIRO AMAYA GUÍO**

Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Epidemiología Clínica Universidad del Rosario, Profesor Asociado, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia. Profesor asistente Fundación Universitaria San Martín. Ginecólogo y Obstetra Hospital de Engativa.

#### **JORGE ANDRÉS RUBIO ROMERO**

Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Magíster en Epidemiología Clínica, Profesor Asociado, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia.

#### **LEONARDO ARÉVALO MORA**

Médico Cirujano, Estudiante de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, Médico Experto en VIH, Servicios de Salud Suramericana.

#### **JOHN HENRY OSORIO CASTAÑO**

Enfermero, Especialista en Gerencia de IPS, Magíster en Epidemiología.

#### **FRANCISCO EDNA**

Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Vocal Zona Norte de la Junta Directiva de la Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología.

#### **GIANCARLO BUITRAGO GUTIÉRREZ**

Médico Cirujano, Magíster en Epidemiología Clínica, Universidad Nacional de Colombia.

#### **MARTHA PATRICIA OSPINO GUZMÁN**

Médica Cirujana, Especialista en Epidemiología, Estudiante de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, integrante del grupo de investigación de Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad Nacional de Colombia.

##### *Sección Toxoplasmosis:*

#### **JORGE ALBERTO CORTES LUNA**

Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna e Infectología, Diplomado en Medicina Tropical e Higiene. Profesor Asociado, Universidad Nacional de Colombia. Vicepresidente, Asociación Colombiana de Infectología.

#### **JORGE ENRIQUE GÓMEZ MARÍN**

Médico Cirujano, Magíster en Medicina Tropical, Doctor en Ciencias Básicas Médicas, Docente de Planta, Universidad del Quindío.

#### **PEDRO IGNACIO SILVA PÉREZ**

Médico Cirujano, Especialista en Ginecoobstetricia, Especialista en Docencia Universitaria, Coordinador del Departamento de Ginecología, Universidad de Santander.

#### **LEONARDO ARÉVALO MORA**

Médico Cirujano, Estudiante de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, Médico Experto en VIH, Servicios de Salud Suramericana.

SECCIÓN DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ANOMALÍAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL Y DISTÓCICO

**JORGE ANDRÉS RUBIO ROMERO**

Médico Cirujano,  
Especialista en Obstetricia  
y Ginecología, Magíster en  
Epidemiología Clínica, Profesor  
Asociado, Departamento de Obstetricia  
y Ginecología, Universidad Nacional de  
Colombia. Coordinador Epidemiología Clínica  
de la sección.

**ARIEL IVÁN RUIZ PARRA**

Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia  
y Ginecología, Especialista en Biología de la  
Reproducción, Magíster en Epidemiología  
Clínica, Profesor Titular del Departamento  
de Obstetricia y Ginecología, Universidad  
Nacional de Colombia.

**FERNANDO ANTONIO MARTÍNEZ MARTÍNEZ**

Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia  
y Ginecología, Estudiante de Magíster en  
Epidemiología Clínica, Universidad Nacional  
de Colombia. Ginecólogo y Obstetra adscrito  
a Colsanitas y Coomeva.

**LUIS ALFONSO MUÑOZ**

Médico Cirujano, Especialista en  
Anestesiología y Reanimación, Especialista  
en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo,  
Especialista en Epidemiología Clínica,  
Instructor asociado del Departamento de  
Anestesiología y Reanimación, Fundación  
Universitaria de Ciencias de la Salud.

**JULIANA MUÑOZ RESTREPO**

Médica y Cirujana, Universidad de Antioquía,  
Residente en Obstetricia y Ginecología,  
Universidad Nacional de Colombia.

SECCIÓN COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS  
ASOCIADAS CON EL EMBARAZO (HEMORRAGIA  
POSPARTO Y COMPLICACIONES DEL CHOQUE HE-  
MORRÁGICO POR PLACENTA PREVIA, ABRUPCIÓN  
DE PLACENTA Y HEMORRAGIA POSPARTO)

**JOHN HENRY OSORIO CASTAÑO**

Enfermero, Especialista  
en Gerencia de IPS, Magíster en  
Epidemiología. Coordinador Epidemiología  
Clínica  
de la sección.

**JOAQUÍN GUILLERMO GÓMEZ DÁVILA**

Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia  
y Ginecología, Magíster en Epidemiología,  
Director Centro NACER, Docente de la  
Universidad de Antioquia.

**JUAN GUILLERMO LONDOÑO CARDONA**

Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia  
y Ginecología, Coordinador del Área de  
Educación NACER-Universidad de Antioquia.

**JESÚS ARNULFO VELÁSQUEZ PENAGOS**

Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia  
y Ginecología, Fellow en Cuidado Crítico  
Obstétrico, Coordinador de Mortalidad  
Materna-NACER, Docente, Universidad de  
Antioquia.

**GLADYS ADRIANA VÉLEZ ÁLVAREZ**

Médica Cirujana, especialista en Obstetricia  
y Ginecología, Magíster en Salud Pública,  
Coordinadora Área Salud Sexual y  
Reproductiva, NACER-Universidad de  
Antioquia.

**JHON JAIRO ZULETA TOBÓN**

Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia  
y Ginecología, Magíster en Epidemiología,  
Docente Universidad de Antioquia, NACER.



## OTROS PROFESIONALES PERTENECIENTES AL GRUPO DESARROLLADOR

### MARIBEL ARIZA BURGOS

Psicóloga, Universidad Nacional de Colombia.  
Experta en Psicología para la Guía.

### JULIETH GONZALEZ

Enfermera. Experta en Enfermería para la Guía.

### MONICA PATRICIA BALLESTEROS SILVA

Médica Cirujana, Especialista en Epidemiología, Máster en Epidemiología Clínica, Máster en Salud Pública, Estudiante de Doctorado en Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Barcelona, España.

## REPRESENTANTES DE PACIENTES EN EL GDG

Un total de 16 pacientes participó en los procesos de desarrollo de la GAI.  
Ver Anexo 6 GAI versión completa para más detalles.

## EQUIPO DE DIRECCIÓN

### Director General:

### RODRIGO PARDO TURRIAGO

Médico Cirujano, Especialista en Neurología Clínica, Magíster en Epidemiología Clínica, Profesor Asociado, Departamento de Medicina Interna e Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

### RICARDO LOSADA SAENZ

Ingeniero Industrial, Magíster en Suficiencia Investigadora y Magíster en Salud Pública, Gerente de la Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología, Gerente Administrativo.

### PAOLA ANDREA MOSQUERA MENDEZ

Psicóloga, Especialista en Epidemiología, Magíster en Política Social, Candidata a Doctora en Salud Pública, Investigadora Asociada, Instituto de Investigaciones

Clínicas, Universidad Nacional de Colombia, Postgrados en Administración en Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Coordinadora Académica de Guías.

### EDGAR CORTÉS REYES

Fisioterapeuta-Economista, Magíster en Epidemiología Clínica, Director del Departamento de Movimiento Corporal Humano, Universidad Nacional de Colombia, Coordinador de Guías.

## Otros Colaboradores

### BEATRIZ STELLA JIMÉNEZ CENDALES

Médico Cirujano, Especialista en Auditoría en Salud- Gerencia de IPS, Magíster en Evaluación Tecnológica Médica Internacional, Investigador, Universidad Nacional de Colombia.

### FABIAN ANDRÉS ARIZA SAYO

Técnico Profesional en Administración Informática, Estudiante de Administración de Empresas, Auxiliar Administrativo, Universidad Nacional de Colombia.

### VIVIANA NEVA

Administradora de Empresas, Asistente Administrativa, Universidad Nacional de Colombia.

### FRANCY JULIET RINCON BERMUDEZ

Tecnóloga Industrial, Estudiante de Administración de Empresas, Asistente de Proyectos, Universidad Nacional de Colombia.

## EQUIPO DE EVALUACIONES ECONÓMICAS

### LILIANA ALEJANDRA CHICAIZA BECERRA

Administradora de Empresas, Especialista en Evaluación Social de Proyectos, Doctora en Economía y Gestión de la Salud, Grupo de investigación GITIACE, Profesora Titular, Universidad Nacional de Colombia, Coordinadora del Doctorado de Ciencias Económicas, Coordinadora de Evaluaciones Económicas de la GAI.

#### MARIO GARCÍA MOLINA

Economista, Magister en Historia, Doctor en Economía. Grupo de investigación GITIACE, Profesor Titular, Universidad Nacional de Colombia, Coordinador General Evaluaciones Económicas.

#### JORGE AUGUSTO DÍAZ ROJAS

Químico Farmacéutico, Especialista en Farmacología, Magister en Ciencias Económicas. Profesor Asociado, Universidad Nacional de Colombia.

#### CARLOS JAVIER RINCÓN RODRÍGUEZ

Estadístico, Magíster en Epidemiología Clínica, Docente Investigador, Universidad de la Sabana, Profesional en Estadística.

#### GIANCARLO ROMANO GÓMEZ

Economista. Grupo de Investigación GITIACE, Universidad Nacional de Colombia.

#### JOSÉ RICARDO URREGO NOVOA

Químico Farmacéutico, Especialista en Administración y en Farmacología, Magister en Toxicología y en Administración. Economista. Grupo de Investigación GITIACE, Universidad Nacional de Colombia.

#### FREDY RODRÍGUEZ PAEZ

Médico Cirujano, Especialista Evaluación Social de Proyectos, Magíster en Salud Pública

#### MARÍA DE LOS ÁNGELES BERMÚDEZ RAMÍREZ

Bacteriólogo y Laboratorista Clínico. Especialista en Administración y Gerencia en Sistemas de Gestión de la Calidad. Economista. Grupo de Investigación GITIACE, Universidad Nacional de Colombia.

#### JAIRO ALEXANDER MORENO CALDERÓN

Ingeniero Industrial. Economista. Grupo de Investigación GITIACE, Universidad Nacional de Colombia.

#### NELLY ASTRID MORENO SILVA

Economista. Grupo de Investigación GITIACE, Universidad Nacional de Colombia.

#### MABEL JULIET MORENO VISCAYA

Economista, Especialista en Estadística, Universidad Nacional de Colombia, Profesional en Modelamiento. Grupo de Investigación GITIACE, Universidad Nacional de Colombia.

#### SANDRA PAOLA OVIEDO ARIZA

Economista. Grupo de Investigación GITIACE, Universidad Nacional de Colombia.

#### VÍCTOR ALFONSO PRIETO MARTÍNEZ

Administrador de Empresas. Economista. Grupo de Investigación GITIACE, Universidad Nacional de Colombia.

#### HOOVER QUITIAN REYES

Economista. Grupo de Investigación GITIACE, Universidad Nacional de Colombia.

#### EQUIPO EVALUACION DE EQUIDAD

#### JAVIER HERNANDO ESLAVA-SCHMALBACH

Médico Anestesiólogo, Universidad Nacional de Colombia, Magister en Dirección en Universitaria, Universidad de los Andes, Magister en Epidemiología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana, Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

#### ANA CAROLINA AMAYA ARIAS

Psicóloga, Especialista en Teorías, métodos y técnicas en investigación social, Candidata a Magister en Epidemiología Clínica, Investigadora Asociada al Instituto de Investigaciones Clínicas, Grupo de Equidad en Salud.

#### ANGELA MARCELA GORDILLO MOTATO

Nutricionista, Universidad Nacional de Colombia, Magister en Estudios Políticos, Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales IEPRI, Universidad Nacional de Colombia, Investigadora del Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional – OBSAN.

## EQUIPO DE COMUNICACIONES

### CARLOS HERNÁN CAICEDO ESCOBAR

Ingeniero Metalúrgico y Administrador de Empresas, Especialista en Gestión Tecnológica y en Sistemas de Información, Magíster en Investigación, Magíster en Ciencias de la Gestión, Director del Instituto de Estudios en Comunicación y Cultura, Universidad Nacional de Colombia. Experto en Comunicaciones.

### VIVIAN MARCELA MOLANO SOTO

Comunicadora Social-Periodista, Magíster en Estudios Políticos, Asesora del Instituto de Estudios en Comunicación y Cultura, Universidad Nacional de Colombia. Experta en Comunicaciones.

### SILVIA ANGÉLICA PUERTAS CÉSPEDES

Lingüista, Asistente del Equipo de Comunicaciones, Universidad Nacional de Colombia.

### EDNA PAOLA CORDOBA CORTÉS

Profesional en Estudios Literarios, Asistente del Equipo de Comunicaciones, Universidad Nacional de Colombia.

### LEIDY JOHANNA CEPEDA SAAVEDRA

Enfermera Jefe, Clínica El Bosque, profesional en el manejo de comentarios de la página web de la Alianza Cinets.

### LEONARDO ANDRÉS ANCHIQUE LEAL

Ingeniero de Sistemas, Webmaster, Consultor, Administrador de la página web de la Alianza Cinets.

### JOHN FREDY UMAÑA ECHEVERRI

Diseñador Gráfico, Universidad Nacional de Colombia. Diagramador Guías de Práctica Clínica.

## EQUIPO DE COORDINACIÓN DE GUÍA DE PACIENTES

### MARISOL MORENO ANGARITA,

Fonoaudióloga, Magíster en comunicación, Ph.D en Salud Pública, profesora asociada a la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Asesora en comunicaciones.

### LINA PAOLA BONILLA MAHECHA,

Fonoaudióloga, Magíster en Comunicación y Medios (c). Experta en comunicaciones.

## EVALUACION EXTERNA DE LA GAI:

### DR. AGUSTIN CIAPPONI,

Secretario Científico de la Asociación Argentina de Medicina Familiar, Coordinador Centro Cochrane IECS (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria), División Sudamericana del Centro Cochrane Iberoamericano.

---

## SOCIEDADES CIENTÍFICAS PARTICIPANTES:



Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG).



Asociación Colombiana de Infectología (ACIN).



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE). Comité de anestesia obstétrica.

# Contenido

**15** Introducción.

**19** Niveles de evidencia y grados de recomendación.

**21** Sección 1.

Prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo.

**38** Sección 2.

Abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo.

**49** Sección 3.

Infecciones en el embarazo:

Ruptura prematura de Membranas (RPM).

**54** Sección 4.

Infecciones en el embarazo: Toxoplasmosis.

**57** Sección 5.

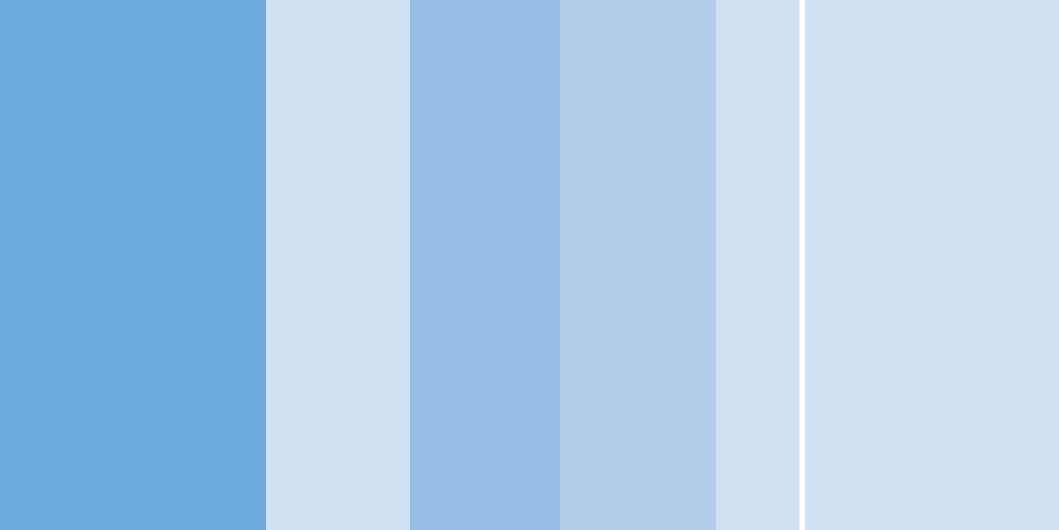
Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico.

**74** Sección 6.

Complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo(hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico por placenta previa, abrupcio de placenta y hemorragia posparto)

**83** Referencias.





## Introducción

Dentro de las estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, se planteó la implementación de atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad para las emergencias obstétricas, el control prenatal, la atención del parto y posparto e interrupción voluntaria del embarazo y la atención de abuso sexual en servicios de urgencia. Por lo anterior, resulta perentorio definir recomendaciones para la buena práctica basadas en la mejor evidencia clínica disponible y en la racionalización de costos para mejorar la calidad de atención en salud. La disponibilidad de una Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio implica estandarizar para Colombia el cuidado de la mujer gestante, enfatizando en la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de las alteraciones que afectan la gestación en todos los niveles de atención, buscando reducir la morbilidad materna asociada, con el propósito de mejorar la salud materna y la calidad de la atención médica en todos los niveles de atención obstétrica.



## Objetivo de la GAI

Desarrollar de manera sistemática recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto y puerperio con el fin de optimizar la calidad de la atención obstétrica, mejorar la salud materno-fetal y reducir la morbilidad materno-perinatal asociada a los siguientes aspectos:

1. Prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo.
2. Abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo.
3. Infecciones del embarazo y el puerperio (ruptura prematura de membranas y toxoplasmosis).
4. Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico.
5. Complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo (hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico por placenta previa, abrupcio placentae y hemorragia posparto).

## Ámbito Asistencial

La propuesta hace recomendaciones para el primero, segundo y tercer nivel de atención. En el primero se tomarán en cuenta las acciones de prevención, evaluación de riesgos, detección temprana, manejo inicial y referencia de las alteraciones del embarazo. En el segundo nivel, las acciones de prevención, evaluación de riesgos, detección temprana y manejo inicial de las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio y en el tercer nivel las acciones de prevención y manejo de las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio.

## Alcance

La guía está dirigida al personal clínico asistencial que brinda cuidados a mujeres en la prevención, detección temprana y atención de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio, en los diferentes niveles de atención en salud (médicos familiares, médicos generales, médicos rurales, médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología, Anestesiólogos, Intensivistas, profesionales de Enfermería y otros profesionales de la salud). Los manejos de condiciones específicas ameritan recomendaciones específicas que exceden el alcance de la presente propuesta. También se dirige, indirectamente, a quienes toman decisiones administrativas, tanto en el medio hospitalario como en las aseguradoras, pagadores del gasto en la salud y en la generación de políticas de salud.

## Metodología

El GDG de la GAI de Prevención, Detección Temprana y Tratamiento de las Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio siguió en su metodología los lineamientos presentados por la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (1). Esta Guía de Práctica clínica fue desarrollada dentro de la Alianza conformada por la Universidad Nacional de Colombia, la Pontificia Universidad Javeriana y la Universidad de Antioquia para la conformación del Centro de Investigación y Evaluación de Tecnologías en Salud (CINETES).

En el desarrollo de esta GAI se realizaron adaptaciones de seis guías de práctica clínica basadas en la evidencia (2-7), acorde con los lineamientos del New Zealand Guidelines Group (8). La recolección, selección y evaluación de la evidencia fue realizada de manera sistemática y confiable, lo cual garantiza la transparencia del proceso de inclusión de información y generación de recomendaciones clínicas.

Esta GAI contó de manera explícita con la incorporación de la perspectiva de los pacientes, especialmente mediante la vinculación de representantes a las mesas de discusión y a las reuniones del GDG a lo largo del total del proceso de desarrollo de la Guía. De igual manera, los grupos de interés fueron vinculados por medio de diferentes estrategias participativas orientadas a abrir espacios de interacción y participación, en los cuales se generaron reflexiones que permitieron reafirmar el proceso de desarrollo de la GAI.

## Fuente de financiación y derechos de autor

El desarrollo de la presente GAI fue financiado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación COLCIENCIAS, mediante Contrato No. 159 de 2010 suscrito con la Universidad Nacional de Colombia, institución seleccionada entre quienes se presentaron a la Convocatoria 500 de 2009 para la elaboración de GAI en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. De acuerdo con el artículo 20 de la ley 23 de 1982, los derechos patrimoniales de esta obra pertenecen al Departamento de Ciencia, Tecnología e Innovación COLCIENCIAS (institución que otorgó el apoyo económico y realizó la supervisión de su ejecución) y al Ministerio de Salud y Protección Social (institución que diseñó los lineamientos generales para la elaboración de Guías de Atención Integral en el País), sin perjuicio de los derechos morales a los que haya lugar de acuerdo con el artículo 30 de la misma ley.

## Actualización de la guía:


Las recomendaciones de esta Guía deben actualizarse a los siguientes tres (3) años a partir de su expedición siguiendo la guía metodológica establecida o previamente en caso de disponer de nuevas evidencias que modifiquen de manera significativa las recomendaciones aquí anotadas.

## Declaración de independencia editorial

Las entidades financiadoras han brindado acompañamiento a la elaboración del presente documento garantizando con ello la transferibilidad y aplicabilidad de su contenido al contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El trabajo científico de investigación así como la elaboración de las recomendaciones incluidas en el presente documento, fue realizado de manera independiente por el Grupo Desarrollador de Guías (GDG) de la Universidad Nacional de Colombia. Todos los miembros del GDG, así como las personas que han participado tanto en la colaboración experta y en la revisión externa, realizaron declaración de conflictos de interés.

## Niveles de evidencia y grados de recomendación

PREGUNTAS SOBRE INTERVENCIONES	
Sistema SIGN de clasificación de la evidencia y graduación de las recomendaciones (9).	
1++ Meta análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.	
1+ Meta análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.	
1- Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.	
2++ Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.	
2+ Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.	
2- Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.	
3 Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.	
4 Opinión de expertos.	
GRADOS DE RECOMENDACIÓN	
A	Al menos un meta análisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+. Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alto potencial de sesgo.

✓	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y en el consenso del GDG
	Recomendación clave para la implementación

PREGUNTAS SOBRE DIAGNÓSTICO	
Adaptación del NICE de los niveles de Evidencia del Oxford Centre for Evidence Based Medicine y del Centre for Reviews and Dissemination(10).	
Ia	Revisión sistemática con homogeneidad de estudios de nivel 1.
Ib	Estudios de nivel 1
II	Estudios de nivel 2. Revisión sistemática de estudios de nivel 2.
III	Estudios de nivel 3. Revisión sistemática de estudios de nivel 3.
IV	Consenso, opiniones de expertos sin valoración crítica explícita.
Estudios de nivel 1	Cumplen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Comparación enmascarada con una prueba de referencia (patrón de oro) válida.</li><li>• Espectro adecuado de pacientes.</li></ul>
Estudios de nivel 2	Presentan sólo uno de estos sesgos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Población no representativa (la muestra no refleja la población donde se aplicará la prueba).</li><li>• Comparación con el patrón de referencia (patrón de oro) inadecuado (la prueba que se evaluará forma parte del patrón de oro o el resultado de la prueba influye en la realización del patrón de oro).</li><li>• Comparación no enmascarada.</li><li>• Estudios casos-control.</li></ul>
Estudios de nivel 3	Presentan dos o más de los criterios descritos en los estudios de nivel 2.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	
A	Ia o Ib
B	II
C	III
D	IV

## Sección 1. Prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo.

### 1. ¿Que profesional debe llevar a cabo el control prenatal?

A	Se recomienda ofrecer a las mujeres con un embarazo de curso normal modelos de control prenatal dirigidos por profesionales en medicina general o en enfermería capacitados o con especialización en cuidado materno –perinatal.
A	La participación rutinaria de gineco-obstetras (GO) en la atención de mujeres con un embarazo de curso normal no está recomendada para la mejoría de los resultados perinatales. Sin embargo, se recomienda la valoración del GO en la semana 28 - 30 y semana 34 – 36 para una nueva valoración del riesgo.
A	Se recomienda que el control prenatal sea proporcionado por un pequeño grupo de profesionales con los que la gestante se sienta cómoda. Debe haber continuidad de la atención durante el período prenatal.
✓	Se recomienda contar con un sistema de referencia claro para que las mujeres embarazadas que requieran cuidados adicionales sean atendidas por gineco-obstetras cuando se identifiquen riesgos durante el control prenatal.

### 2. ¿Cual debe ser la duración de una consulta de control prenatal?

D	Se recomienda realizar el primer control prenatal en el primer trimestre, idealmente antes de la semana 10 de gestación.
D	Se recomienda que la cita de inscripción al control prenatal y la primera cita de control prenatal tengan una duración de 30 minutos. Para los siguientes controles se recomienda una duracion de 20 minutos.
✓	Cuando una gestante comience tardamente su control prenatal, sobre todo después de la semana 26 de gestación, se recomienda tener en su primer control todas las actividades recomendadas para los controles previos, así como aquéllas que correspondan a la consulta actual. Por lo tanto, se recomienda que un primer control prenatal tardío se haga con una duración de 40 minutos.

### 3. ¿Cuál es la frecuencia y número de citas de control prenatal que debe recibir una gestante con embarazo de curso normal?

B	Si el control prenatal se inicia en el primer trimestre para una mujer nulípara con un embarazo de curso normal, se recomienda un programa de diez citas. Para una mujer multípara con un embarazo de curso normal se recomienda un programa de siete citas.
B	No se recomienda un programa de control prenatal con un número reducido de citas porque se asocia con un aumento de la mortalidad perinatal.
D	Se recomienda que las mujeres al principio del embarazo reciban información adecuada y por escrito sobre el número probable de citas, su duración y contenido, explicando las diferentes opciones de atención y dando la oportunidad de discutir este plan con el equipo de salud.
D	Se recomienda que cada cita de control prenatal deba estar estructurada con un contenido definido que permita una evaluación integral. Estas citas deben incorporar pruebas de rutina e investigaciones orientadas a minimizar las complicaciones.

### 4. ¿Qué registros documentales se deben diligenciar durante las citas de control prenatal?

A	Se recomienda realizar una historia clínica de control prenatal con registros estructurados de maternidad.
A	Se recomienda que los servicios de obstetricia ofrezcan un sistema que garantice que las gestantes porten los datos de su control prenatal (carné materno), el cuál esté disponible y sea actualizado en cada cita.
✓	Se sugiere la implementación de una lista de chequeo acorde con los objetivos de cada cita de control prenatal.

### 5. ¿Cómo debe realizarse la detección de riesgo en el control prenatal y cual es su utilidad en gestaciones de curso normal?

A	Se recomienda que las gestantes de bajo riesgo reciban en el momento de la inscripción al control prenatal, y luego en cada trimestre, una valoración de riesgo psicosocial. Si se identifica riesgo se deben remitir a una consulta especializada garantizando la continuidad con el grupo a cargo del control.
---	--

<b>B</b>	Se recomienda en cada trimestre del embarazo evaluar en la gestante, el estrés materno crónico, la ansiedad, los trastornos del sueño y el pobre apoyo de la red social.
<b>B</b>	Se recomienda identificar la depresión materna mediante un tamizaje trimestral durante el control prenatal porque las mujeres con depresión durante el embarazo tienen mayor riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer.
<b>B</b>	Se recomienda evaluar el riesgo biológico y psicosocial a todas las gestantes mediante la escala de Herrera & Hurtado con el objeto de identificar aquellas gestantes que pueden continuar su control con enfermería y medicina general y aquellas que necesitan seguir su control con el obstetra y/o un grupo multidisciplinario.

## 6. ¿Cuál es el manejo recomendado de las mujeres con antecedente de una cesárea durante el control prenatal?

<b>B</b>	Se recomienda que las mujeres con antecedente de una cesárea discutan con el equipo de salud a cargo de su control prenatal, los riesgos y beneficios que conlleva para ella y el recién nacido el parto vaginal comparado con la cesárea electiva.
<b>A</b>	Se recomienda informar a las mujeres que opten por una prueba de trabajo de parto después de una cesárea previa, que la probabilidad de parto vaginal es de 74%.
<b>D</b>	Se recomienda que el control prenatal de una mujer embarazada con antecedente de una cesárea sin otros factores de riesgo se realice en una institución de baja complejidad; en la semana 32 debe ser remitida para valoración por gineco-obstetras para definir la vía del parto, la cual debe ser concertada con la gestante antes de la semana 36 y debe quedar documentada en la historia clínica.

## 7. ¿Qué información debe proporcionarse por parte del personal de salud a la gestante durante los controles prenatales y cómo debe ser proporcionada?

<b>B</b>	<p>Se recomienda proporcionar a las mujeres embarazadas la siguiente información durante los controles prenatales:</p> <p><b>Durante la inscripción al control prenatal (idealmente antes de la semana 10):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería sobre nutrición y dieta.</li> <li>• El tipo y frecuencia de ejercicio físico recomendado en el embarazo, incluyendo ejercicios de piso pélvico.</li> </ul>
----------	--



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Curso de preparación para el embarazo, el parto y puerperio.</li><li>• Problemas de salud mental.</li><li>• Detección de violencia Intrafamiliar.</li><li>• Tamización de cáncer de cuello uterino.</li></ul> <p><b>En el primer contacto con un profesional de la salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Consejería sobre estilos de vida, incluyendo intervenciones sobre cesación de tabaquismo, y las implicaciones del uso de drogas adictivas y el consumo de alcohol en el embarazo.</li></ul> <p><b>Antes o a la semana 36:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La preparación para el parto, incluyendo información sobre cómo manejar el dolor durante el trabajo de parto y planear el parto.</li><li>• Enseñar signos para reconocer el inicio del trabajo de parto.</li><li>• Cuidados del recién nacido.</li><li>• Auto-cuidado postnatal.</li><li>• Planificación familiar.</li></ul> <p><b>A las 38 semanas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Opciones para el manejo del embarazo prolongado.</li></ul>
✓	En cada cita de control prenatal, el profesional de la salud debe ofrecer información y explicaciones claras de cada actividad, así como ofrecer a las gestantes la oportunidad de discutir sus dudas y hacer preguntas en un ambiente donde la discusión se facilite, bien sea individual o grupalmente. La información debe ser dada en una forma fácil de entender y accesible para las mujeres embarazadas con necesidades adicionales, tales como discapacidades físicas, sensoriales o de aprendizaje y para las mujeres embarazadas que no hablen o lean español.
✓	Se sugiere complementar esta información con la “GAI de Embarazo y Parto: Versión para pacientes”, así como con el uso de otros recursos tales como publicaciones nacionales y locales, folletos y videos e información interactiva vía web.

## 8. ¿Cuáles son las actividades rutinarias recomendadas en el control prenatal de embarazos de curso normal?

<b>B</b>	<p>Se recomienda registrar el Índice de Masa Corporal (IMC) de la gestante en la cita de inscripción al control prenatal (alrededor de la semana 10) y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación de acuerdo a los siguientes parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <math>IMC &lt; 20 \text{ kg/m}^2</math> = ganancia entre 12 a 18 Kg</li><li>• <math>IMC</math> entre 20 y 24,9 <math>\text{kg/m}^2</math> = ganancia entre 10 a 13 Kg</li><li>• <math>IMC</math> entre 25 y 29,9 <math>\text{kg/m}^2</math> = ganancia entre 7 a 10 Kg</li><li>• <math>IMC &gt; 30 \text{ kg/m}^2</math> = ganancia entre 6 a 7 Kg</li></ul>
----------	--

<b>B</b>	Se recomienda debido a su alto riesgo de parto pretérmino, remitir a la gestante con IMC <20 kg/m <sup>2</sup> a un plan de manejo nutricional específico.
<b>B</b>	Si la inscripción al control prenatal es tardía (después de la semana 16 – 18) se recomienda registrar el IMC pregestacional y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación.
<b>B</b>	Se recomienda realizar seguimiento de la ganancia de peso en cada uno de los controles prenatales; la gestante con inadecuada ganancia a las 28 semanas debe continuar su control a cargo de un equipo multidisciplinario especializado.
✓	No se recomiendan orientaciones nutricionales encaminadas a bajar de peso durante la gestación.
<b>B</b>	Se recomienda la medición y registro de la Presión Arterial Media (PAM) en todos los controles prenatales por su capacidad para predecir la preeclampsia.
✓	Se recomienda medir la presión arterial tal como se indica a continuación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quite la ropa apretada, asegúrese que el brazo está relajado y con apoyo a nivel del corazón.</li> <li>• Use un manguito de tamaño apropiado.</li> <li>• Infle el brazalete hasta 20-30 mmHg por encima de la presión arterial sistólica palpada.</li> <li>• La columna debe bajar lentamente a razón de 2 mmHg por segundo por latido.</li> <li>• Mida la presión arterial diastólica hasta la desaparición de los sonidos (fase V).</li> </ul>
<b>A</b>	No se recomienda el examen prenatal rutinario de las mamas porque no hay evidencia que sea efectivo en la promoción de la lactancia materna, la detección de cáncer de mama o en la satisfacción materna con la atención en el control prenatal.
<b>A</b>	En ausencia de indicación clínica, no se recomienda la evaluación cervical digital repetida (tacto vaginal) porque no ha mostrado ser efectiva en determinar la edad gestacional, predecir el parto pretérmino o detectar la desproporción cefalopélvica.
<b>D</b>	Se recomienda que los profesionales de la salud permanezcan alertas a los síntomas o signos de violencia intrafamiliar. Las gestantes deberán tener la oportunidad de discutir la violencia intrafamiliar en un ambiente en el cual se sientan seguras.

<b>B</b>	<p>Se recomienda, como parte del tamizaje de violencia doméstica, que a la mujer embarazada se le pregunte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO</b>, fue golpeada, bofetada, pateada, o lastimada físicamente de otra manera?</li> <li>• <b>¿DESDE QUE ESTÁ EMBARAZADA</b>, ha sido golpeada, bofetada, pateada, o lastimada físicamente de alguna manera?</li> <li>• <b>¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO</b>, fue forzada a tener relaciones sexuales?</li> <li>• Si la respuesta es positiva a una de las anteriores, se debe reportar el caso y orientar a la gestante a recibir apoyo de un equipo multidisciplinario.</li> </ul>
<b>C</b>	<p>Se recomienda que al inicio del control prenatal, los profesionales de la salud indaguen por antecedentes relevantes de trastornos mentales. Si la mujer tiene o se sospecha que tiene una enfermedad mental grave se debe garantizar su atención en un servicio especializado de salud mental.</p>
<b>C</b>	<p>Se recomienda que en el primer control prenatal, en la semana 28 de gestación y en la consulta de puerperio se identifique el riesgo de depresión postparto mediante dos preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante el mes pasado, ¿se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza con frecuencia?</li> <li>• Durante el mes pasado, ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas?</li> <li>• Una tercera pregunta se debe considerar si la mujer responde “sí” a cualquiera de las preguntas iniciales: ¿Siente que necesita ayuda?</li> </ul>
<b>A</b>	<p>En las pacientes en que se detecte alto riesgo de depresión postparto se recomienda garantizar una intervención en el postparto inmediato.</p>

## 9. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento de la náusea y el vómito en la primera mitad del embarazo?

<b>B</b>	<p>A juicio del médico tratante, las intervenciones recomendadas para la reducción de la náusea y el vómito incluyen el jengibre, los antihistamínicos y la vitamina B6.</p>
✓	<p>Se recomienda que las mujeres reciban información acerca de los aspectos relacionados con la náusea y el vómito en la gestación, incluyendo que la mayoría de los casos en el embarazo se resuelven espontáneamente antes de la semana 16 a 20 de gestación, y no suelen estar asociados con un resultado adverso del embarazo.</p>

## 10. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento del reflujo/epigastralgia durante el embarazo?

C	Se sugiere el uso de antiácidos en aquellas gestantes en quienes la pirosis siga siendo un problema a pesar de modificaciones en su estilo de vida y dieta.
✓	Se recomienda ofrecer información a las gestantes que presentan síntomas de pirosis en cuanto a cambios en su estilo de vida y modificación de la dieta.

## 11. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento del estreñimiento en la mujer embarazada?

A	Se recomienda que a las mujeres que presentan estreñimiento en el embarazo se les prescriba una dieta rica en fibra. Si no se obtiene mejoría se sugiere el uso de laxantes, considerando sus posibles efectos secundarios.
---	---

## 12. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento de las hemorroides en la mujer embarazada?

B	Se recomienda ofrecer a las gestantes información relacionada con la modificación de la dieta en presencia de síntomas de hemorroides. Si los síntomas clínicos siguen siendo molestos, se puede considerar el uso de cremas antihemorroidales.
B	No se recomienda el uso de rutósidos durante el embarazo para mejorar los síntomas de hemorroides.

## 13. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento del síndrome varicoso en la mujer embarazada?

A	Se recomienda el uso de medias de compresión para mejorar los síntomas del síndrome varicoso en la gestante.
✓	Se recomienda informar a las mujeres gestantes que las várices son comunes en el embarazo.

## 14. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento del dolor lumbar en la mujer embarazada?

B	Se recomienda que las mujeres sean informadas que el ejercicio en el agua, la fisioterapia y las clases individuales o en grupo orientadas al cuidado de la espalda pueden ayudar a aliviar el dolor lumbar durante el embarazo.
---	--

## 15. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento de la pubalgia en la mujer embarazada?

**B**

Se sugiere la remisión a fisioterapia durante el control prenatal para disminuir la pubalgia asociada al embarazo.

## 16. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento del síndrome de túnel del carpo en la mujer embarazada?

✓

Se recomienda informar a las gestantes que el síndrome del túnel del carpo es una queja común durante el embarazo y que debe discutir las opciones de tratamiento con el equipo de salud a cargo de su control prenatal.

## 17. ¿Cuáles vacunas deben aplicarse en el embarazo?

**A**

Se recomienda la vacunación contra la influenza estacional con virus inactivos durante la gestación.

**A**

Se recomienda que para garantizar la protección contra el tétanos materno y neonatal, las mujeres embarazadas que nunca han sido vacunadas contra el tétanos o se desconoce su esquema: una dosis inicial, otra a las 4 semanas y la tercera 6 a 12 meses después de la dosis inicial.

**D**

Después de la semana 20 se recomienda sustituir una dosis de Td por una dosis de Toxoide y *Bordetella pertussis* (Tdap) para prevenir la infección por este agente en los niños menores de 3 meses.

**D**

No se recomienda que las mujeres embarazadas sean vacunadas contra la hepatitis B para prevenir la infección en el recién nacido.

**D**

Dado que los efectos adversos de los virus vivos atenuados no han sido suficientemente estudiados, no se recomienda que las mujeres embarazadas sean vacunadas contra la varicela.

**D**

La seguridad de la vacunación contra la fiebre amarilla durante el embarazo no ha sido bien establecida. Se recomienda administrar la vacuna sólo si se va a viajar a áreas endémicas.




## 18. ¿Cuáles son las pruebas recomendadas para determinar el crecimiento fetal durante el control prenatal?

**B**

Se recomienda la medición rutinaria de la altura uterina en todas las consultas de control prenatal, preferiblemente por el mismo profesional de la salud para disminuir la variación interobservador. Después de la semana 24 se recomienda su registro en una gráfica de progresión.

<b>B</b>	Se recomienda el uso de la ecografía obstétrica cuando la altura uterina sea menor del percentil 10 o mayor del percentil 90.
<b>B</b>	Se recomienda que para calcular el peso fetal por ecografía se utilice la formula de Hadlock 4 incluida en el software de los equipos de ultrasonido.
<b>A</b>	No se recomienda el Doppler de arterias umbilicales para la detección de alteraciones del crecimiento fetal en embarazo de curso normal.

## 19. ¿Está recomendada la ecografía durante el embarazo para el diagnóstico de las alteraciones feto-placentarias?

<b>A</b> 	Se recomienda realizar una ecografía entre las 10 semanas +6 días y 13 semanas+ 6 días con el fin de: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejorar la evaluación de la edad gestacional utilizando la longitud céfalo-caudal fetal.</li> <li>2. Detectar precozmente los embarazos múltiples.</li> <li>3. Detectar algunas malformaciones fetales mediante la translucencia nuchal, la cual debe ser medida por profesionales con entrenamiento y certificación.</li> </ol>
✓	Se recomienda que las gestantes con antecedentes de embarazo ectópico, recanalización de trompas de Falopio, dispositivo intrauterino (DIU) in situ o enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) se les realice una ecografía transvaginal tempranamente para confirmar la localización del embarazo y ayudar a clasificar el riesgo.
<b>A</b> 	Se recomienda realizar rutinariamente una ecografía de detalle, por profesionales con entrenamiento y certificación, entre la semana 18 y semana 23+6 días para la detección de anomalías estructurales.
<b>B</b>	Se recomienda que las mujeres sean informadas de las limitaciones de la ecografía de rutina, con énfasis en las variaciones en las tasas de detección según el tipo de anomalía fetal, el índice de masa corporal de la mujer y la posición del feto en el momento de la exploración.
<b>B</b> 	No se recomienda la ecografía rutinaria después de la semana 24 de gestación en gestantes de embarazos de curso normal, pues no hay evidencia que la ecografía de rutina en el tercer trimestre de la gestación mejore los resultados perinatales y puede por el contrario aumentar el número de cesáreas no indicadas.

## 20. ¿Cuáles pruebas y en qué momento se deben utilizar para monitorear el bienestar fetal durante el control prenatal de embarazos de curso normal?

A	No se recomienda que el personal de salud instruya, a la gestante con embarazo de curso normal, monitorizar los movimientos fetales de rutina utilizando límites de alarma específicos, ya que esto no mejora los resultados perinatales y se asocia con un incremento de la ansiedad materna.
C	Si la gestante percibe que el patrón de movimientos fetales ha disminuido después de la semana 28 de gestación, se recomienda instruirla en guardar reposo en decúbito lateral y concentrarse en los movimientos fetales por 2 horas; si no percibe 10 o más movimientos discretos en este periodo de tiempo, la gestante debe contactar inmediatamente al servicio de salud.
B	No se recomienda el uso rutinario de la monitoría fetal sin estrés en pacientes con embarazo de curso normal, pues no se ha encontrado ningún beneficio materno o fetal asociado.
B	No se recomienda el uso rutinario del Doppler de arteria umbilical sólo o en combinación con el Doppler de arteria uterina en gestantes con embarazo de curso normal, pues no se ha encontrado ningún beneficio materno o fetal asociado.
C	No se recomienda el uso rutinario del Perfil Biofísico Fetal (PFB) en pacientes con embarazo de curso normal, pues no se ha demostrado ningún beneficio materno o fetal asociado.

## 21. ¿Cuáles son las recomendaciones generales para las gestantes cuando viajan en avión o en automóvil?

B	Se recomienda que las mujeres embarazadas sean informadas sobre el uso correcto del cinturón de seguridad en la gestación.
B	Aunque en la actualidad no es claro si hay o no un riesgo adicional, se recomienda informar a las mujeres embarazadas que los viajes aéreos de larga distancia podrían asociarse con un aumento de riesgo de trombosis venosa. El mejor momento para viajar es entre las semanas 14 y 28 de gestación, tomando algunas medidas que eviten la deshidratación y garanticen la movilidad corporal.
✓	Se recomienda que el personal de salud informe a las gestantes los riesgos de viajar en automóvil o en avión y se tomen las decisiones en conjunto.

## 22. ¿Que actividad laboral esta contraindicada en el embarazo?

C	Se recomienda que las mujeres gestantes sean informadas que no está contraindicado continuar con su actividad laboral durante el embarazo.
✓	Se recomienda evaluar individualmente la ocupación de la mujer durante el embarazo para identificar a aquellas en mayor riesgo.

## 23. ¿Cuándo está recomendada la consejería nutricional durante la gestación?

A	Se recomienda que la gestante sea referida para valoración por nutrición al momento de la inscripción al control prenatal con el fin de establecer su diagnóstico nutricional y definir un plan de manejo.
A	Durante el control prenatal se recomienda el desarrollo rutinario de intervenciones basadas en actividad física y asesoría nutricional, combinada con la supervisión adicional de la ganancia de peso para evitar la ganancia excesiva de peso en el embarazo.
A	No se recomienda la prescripción rutinaria de complementos nutricionales hiperprotéicos o una dieta isocalórica con base en sólo proteínas, ya que no se ha encontrado ningún efecto benéfico en la materna y puede causar daño fetal.
A	No se recomiendan dietas hipocalóricas en las gestantes que cursan con exceso de peso o que presentan una ganancia excesiva durante el embarazo, ya que no se ha encontrado ningún efecto benéfico en la materna y pueden causar daño fetal.

## Recomendación de Equidad:

✓	Se sugiere el uso de suplemento proteico-energético equilibrado (las proteínas proporcionan menos del 25% del contenido total de energía), para disminuir disparidades en la mortalidad fetal en mujeres embarazadas en desventaja, es decir, mujeres malnutridas o en riesgo de inseguridad alimentaria.
---	---

## 24. ¿Cuáles suplementos nutricionales están recomendados en el embarazo?

A	Se recomienda la suplencia con 400 microgramos / día de ácido fólico desde la consulta preconcepcional y hasta la semana 12 de embarazo para reducir el riesgo de tener un recién nacido con defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida).
---	--






✓	A pesar de la evidencia actual, se recomienda el suplemento de hierro + ácido fólico de forma rutinaria a todas las gestantes con embarazo de curso normal. Las pacientes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL no requieren dicha suplementación de forma rutinaria.
A	Se recomienda la suplencia con carbonato de calcio 1.200 mg/día a partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de preeclampsia.
A	No se recomienda el reemplazo del hierro + ácido fólico por multivitaminas en gestantes con embarazo de curso normal para reducir la anemia materna.
B	No se recomienda la suplencia con vitamina D en el control prenatal de gestantes de bajo riesgo.
B	No se recomienda la suplencia con vitamina A en el control prenatal de gestantes de bajo riesgo.
✓	Se recomienda que la ingesta de hierro y calcio se realice en horarios diferentes con una diferencia de por lo menos una hora entre ellos, dos horas antes o después de las comidas principales y no consumirse con leche.

## 25. ¿Cuándo está recomendado el control odontológico durante el embarazo?

A	Se recomienda que al momento de la inscripción al control prenatal, la gestante sea referida para valoración por odontología con el fin de recibir asesoría en higiene oral, establecer su diagnóstico de salud oral y definir un plan de manejo.
A	No se recomienda el tratamiento rutinario de la enfermedad periodontal como medida para disminuir la incidencia de parto pretérmino, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento o ruptura prematura de membranas.

## 26. ¿Cuales son las estrategias más efectivas para promover y apoyar la lactancia materna?

B 	Se recomienda ofrecer educación sobre lactancia materna a todas las gestantes desde su primer control prenatal, incluyendo técnicas y buenas prácticas que ayuden a la mujer a tener éxito en la lactancia materna, tal como se detalla en la “Iniciativa Instituciones Amigas de la Madre y la Infancia” del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y del Ministerio de la Salud y Protección Social.
--	--

<b>B</b> 	Se recomienda incluir en las estrategias de educación en lactancia materna al personal de salud, a la familia y a otros miembros de la comunidad (pares sociales).
<b>C</b> 	Durante todo el control prenatal y postparto se recomienda la educación en lactancia materna mediante talleres y consejerías específicas para aquellas mujeres quienes expresan su decisión de lactar a sus hijos y para las que aún no han decidido el tipo de alimentación que les ofrecerán.
✓	Se recomienda preguntar a la gestante: ¿Qué conoce de la lactancia materna? en vez de ¿Planea Ud. lactar a su bebé o darle biberón?, como oportunidad de iniciar la educación en lactancia materna.



## 27. ¿Qué infecciones se recomienda tamizar durante el control prenatal en gestantes con embarazo de curso normal?

<b>A</b>	Se recomienda ofrecer a las gestantes tamizaje de bacteriuria asintomática por medio de urocultivo y antibiograma, idealmente antes de la semana 16 de gestación o cuando la paciente ingrese al control prenatal.
<b>A</b>	Se recomienda el tratamiento de la bacteriuria asintomática con un esquema de siete días de acuerdo al perfil de resistencia y sensibilidad reportadas.
✓	Se recomienda realizar seguimiento con urocultivo a las pacientes que reciben tratamiento para bacteriuria asintomática.
<b>B</b>	No se recomienda continuar el tamizaje de bacteriuria asintomática en las gestantes con un primer urocultivo negativo.
✓	En caso de recidiva o resistencia de la infección por bacteriuria asintomática, se recomienda que la paciente sea referida a continuar su control por obstetricia.
<b>A</b>	No se recomienda ofrecer a las mujeres embarazadas asintomáticas tamizaje rutinario de vaginosis bacteriana, ya que la evidencia muestra que en embarazos de bajo riesgo no hay efectos benéficos del tratamiento sobre el parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas pretérmino ni otros resultados adversos en el embarazo.

<b>B</b>	No se recomienda ofrecer un programa de tamizaje de <i>Chlamydia trachomatis</i> como parte del control prenatal de rutina en mujeres asintomáticas.
<b>B</b>	En mujeres con embarazo de curso normal no se recomienda ofrecer tamizaje rutinario para citomegalovirus.
<b>C</b>	Se recomienda dar consejería sobre las medidas para prevenir la infección por citomegalovirus durante el embarazo, tales como: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suponga que todos los niños menores de 3 años que tiene a su cuidado tienen citomegalovirus en la orina y la saliva.</li> <li>2. Lávese bien las manos con jabón y agua después de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambiar los pañales y manipular la ropa sucia de alimentos del niño.</li> <li>• Limpiar la nariz o la saliva.</li> <li>• Manipular los juguetes, chupos o cepillos de dientes que estuvieron en contacto con saliva.</li> </ul> </li> <li>3. No compartir vasos, platos, utensilios, cepillos de dientes o alimentos.</li> <li>4. No besar a su hijo en o cerca de la boca.</li> <li>5. No compartir toallas o paños con su hijo.</li> <li>6. No dormir en la misma cama con su hijo.</li> </ol>
<b>A</b>	Se recomienda que el diagnóstico presuntivo de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se realice con prueba rápida o ELISA convencional de tercera generación en la cita de inscripción al control prenatal y en el tercer trimestre, ya que una intervención oportuna y adecuada puede reducir la transmisión de madre a hijo.
<b>A</b>	En mujeres con dos resultados reactivos de las pruebas presuntivas, se recomienda confirmar el diagnóstico de VIH con Western Blot .
<b>D</b>	Se recomienda que cada centro de atención disponga de un sistema de referencia adecuado que garantice que las mujeres diagnosticadas con la infección por VIH sean atendidas por un equipo de especialistas adecuado.
<b>C</b>	Se recomienda que las mujeres que se nieguen al tamizaje de VIH sigan recibiendo una atención prenatal óptima y sus argumentos deben quedar documentados en la historia clínica, promoviendo en los demás controles prenatales que se la realice.
<b>A</b>	En gestantes de zonas endémicas de malaria con fácil acceso a los servicios de salud, se recomienda el tamizaje de rutina para malaria con gota gruesa.
<b>B</b>	Para zonas endémicas de malaria con difícil acceso a los servicios de salud, se recomienda tratamiento intermitente con 3 dosis de sulfadoxina + pirimetamina a las semanas 26, 32 y cerca a la semana 36.
<b>B</b>	Desde el comienzo del embarazo y hasta el puerperio se recomienda tomar medidas preventivas específicas para prevenir la infección por malaria como los mosquiteros medicados, entre otras.

<b>B</b>	No se recomienda el tamizaje rutinario de parasitismo intestinal en gestantes asintomáticas.
<b>A</b>	Se recomienda que el tamizaje para rubéola sea ofrecido idealmente en la consulta preconcepcional y rutinariamente antes de la semana 16 de gestación.
<b>B</b>	Se recomienda ofrecer el tamizaje para sífilis a todas las gestantes desde la inscripción al control prenatal, ya que el tratamiento de la sífilis es beneficioso tanto para la madre como para el feto.
<b>B</b>	Se recomienda el tamizaje de rutina para la sífilis con pruebas serológicas en cada trimestre del embarazo. En caso de un resultado reactivo menor a 1:8 diluciones se debe realizar prueba confirmatoria mediante una prueba treponémica específica.
<b>A</b>	En caso de un resultado reactivo mayor o igual a 1:8 diluciones se recomienda el tratamiento con penicilina G benzatínica para las mujeres embarazadas.
✓	Se recomienda el reporte y seguimiento de las mujeres embarazadas a quienes se les diagnostique sífilis de acuerdo a las directrices del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
<b>A</b>	Se recomienda ofrecer a las gestantes el tamizaje serológico para el virus de la hepatitis B, a fin de garantizar en el puerperio una intervención adecuada para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo.



## 28. ¿Se recomienda la tamización del **Estreptococo del grupo B** en el control prenatal de embarazos de curso normal?

<b>B</b> 	Se recomienda realizar la tamización de rutina para <b>Estreptococo del Grupo B (EGB)</b> durante las semanas 35 a 37 de gestación con cultivo rectal y vaginal.
<b>B</b> 	Si se detecta presencia de <b>Estreptococo del Grupo B (EGB)</b> en un urocultivo tomado en el último trimestre, se recomienda dar tratamiento intraparto sin necesidad de realizar la tamización con cultivo rectal y vaginal.

**29. ¿Cuales son los síntomas que deben considerarse como indicadores de alarma de patologías médicas que pueden complicar el embarazo?**

B	<p>Se recomienda advertir a todas las gestantes la necesidad de consultar por urgencias si experimentan algunos de los siguientes síntomas asociados a preeclampsia, eclampsia o síndrome HELLP:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cefalea severa.</li><li>• Alteraciones visuales como visión borrosa o fosfenos.</li><li>• Dolor epigástrico.</li><li>• Vómito.</li><li>• Edema matutino de cara, manos o pies.</li></ul>
B	<p>Se recomienda advertir a las embarazadas que deben consultar por urgencias si se presenta sangrado durante el embarazo, ya que se asocia con resultados adversos como aborto, placenta previa, abrupcio de placenta, parto pretérmino, muerte fetal in útero y anomalías congénitas.</p>
✓	<p>Se recomienda advertir a las embarazadas que el dolor abdominal tipo cólico irradiado a la espalda o a la cara anterior de los muslos, el aumento de las contracciones uterinas en comparación con el patrón anterior, el cambio en el color del moco vaginal, la pérdida de líquido claro, manchado o sangrado y la sensación de que el bebé ha descendido se asocian con aborto o parto pretérmino, por lo cual debe consultar por urgencias.</p>
✓	<p>Se recomienda advertir a las gestantes que síntomas tales como debilidad, cansancio fácil y sensación de vértigo se pueden asociar con anemia, por lo cual debe consultar a su servicio de salud.</p>
✓	<p>Se recomienda advertir a la gestante que si presenta fiebre, dificultad respiratoria y tos, debe consultar al servicio de salud.</p>
✓	<p>Se recomienda advertir a la gestante que síntomas como disuria, poliaquiuria y hematuria, se asocian a infección de vías urinarias, la cual puede desencadenar parto pretérmino y ruptura prematura de membranas por lo cual debe consultar al servicio de salud.</p>

**30. ¿Cuáles son las pruebas recomendadas para la identificación de gestantes con riesgo de desarrollar patologías que complican el embarazo?**

B	Se recomienda que todas las gestantes con embarazo de curso normal sean tamizadas para anemia con hemoglobina y hematocrito, obtenidos como parte de un hemograma completo, en el momento de la inscripción al control prenatal, así como en la semana 28 de gestación con el fin de disponer de tiempo suficiente para el tratamiento de la anemia.
A	Se recomienda que los niveles de hemoglobina con niveles inferiores a 10 g/dL (o su equivalente ajustado a la altura sobre el nivel del mar) sean objeto de investigación y tratamiento con suplencia de hierro.
A	En gestantes con embarazos de curso normal no se recomienda el tamizaje rutinario para parto pretérmino. Pruebas como la gonadotrofina coriónica en suero materno, la proteína C reactiva sérica, los niveles cervicovaginales de fibronectina fetal y la cervicometría por ecografía transvaginal no han demostrado ser efectivas en predecir el riesgo de parto pretérmino en este tipo de gestantes.
B	No se recomienda la evaluación cervical digital repetida en ausencia de indicación clínica, para reducir la prevalencia del parto pretérmino.
B 	Se recomienda que a todas las gestantes se les realice una Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG) con 75 gramos (g) de glucosa entre la semana 24 y 28 de gestación, teniendo en cuenta que los valores normales son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basal: &lt; 92 mg/dL</li> <li>• 1Hora: &lt; 180 mg/dL</li> <li>• 2Horas: &lt;153 mg/dL</li> </ul>
B 	No se recomienda el tamizaje de diabetes gestacional usando glicemia basal ni uroanálisis para la detección de glucosa.
✓	Con el fin de facilitar que la gestante tome decisiones acerca de la prueba para descartar diabetes gestacional, se recomienda que ésta sea advertida que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En muchas mujeres, la diabetes gestacional responde a cambios en la dieta y el ejercicio.</li> <li>• Algunas mujeres (entre 10% y 20%) necesitarán hipoglicemiantes orales o insulina si la dieta y el ejercicio no son efectivos en el control de la diabetes gestacional.</li> <li>• Si la diabetes gestacional no es detectada y controlada hay un pequeño riesgo de complicaciones durante el parto como la distocia de hombros.</li> <li>• Un diagnóstico de diabetes gestacional obliga a incrementar la monitorización e intervenciones durante el embarazo y el parto.</li> </ul>

## Sección 2.

# Abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo.

### 1. ¿Cuáles son los factores de riesgo a tener en cuenta para la aparición de complicaciones hipertensivas durante el embarazo?

**B** Se recomienda tener en cuenta las siguientes condiciones que han mostrado estar asociadas a la aparición de preeclampsia:

Factores de riesgo moderado:

- Primer embarazo.
- Edad mayor o igual a 40 años.
- Intervalo intergenésico mayor a 10 años.
- IMC mayor o igual a 35 kg/m<sup>2</sup> en la primera consulta.
- Embarazo múltiple.
- Antecedente familiar de preeclampsia.

Factores de alto riesgo:

- Trastorno hipertensivo en embarazo anterior.
- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípidos.
- Diabetes tipo 1 y 2.
- Hipertensión crónica.

### 2. ¿Qué intervenciones están recomendadas para la reducción de la incidencia de preeclampsia?

**A** Se recomienda la administración oral de 75 a 100 mg de aspirina todos los días a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto a las mujeres con alto riesgo de preeclampsia.

Las mujeres con alto riesgo son aquellas que presentan alguna de las siguientes características:


- Antecedente de trastorno hipertensivo del embarazo en embarazos previos.
- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípido.
- Diabetes tipo 1 o diabetes tipo 2
- Hipertensión crónica.

A	<p>Se recomienda la administración oral de 75 a 100 mg de aspirina todos los días a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto a las mujeres con dos o más factores de riesgo moderado para preeclampsia.</p> <p>Los factores que indican un riesgo moderado para preeclampsia son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primer embarazo.</li> <li>• Edad de 40 años o más.</li> <li>• Intervalo intergenésico mayor a 10 años.</li> <li>• Índice de masa corporal mayor o igual a 35 kg/m<sup>2</sup> en la primera visita.</li> <li>• Antecedentes familiares de preeclampsia.</li> <li>• Embarazo múltiple.</li> </ul>
A	<p>Se recomienda la ingesta de calcio en dosis de 1.200 mg por día a todas las mujeres embarazadas a partir de la semana 14 de gestación.</p>
A	<p>No se recomienda el consumo de los siguientes suplementos, cuando se utilizan únicamente con el objetivo de prevenir hipertensión durante el embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Magnesio.</li> <li>• Ácido fólico.</li> <li>• Vitaminas C y E.</li> <li>• Aceites de pescado o aceites de algas.</li> <li>• Ajo.</li> <li>• Licopeno.</li> <li>• Coenzima Q10.</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitamina D.</li> </ul>
A	<p>No se recomienda el uso de ninguno de los siguientes medicamentos como prevención de hipertensión durante el embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Donantes de óxido nítrico.</li> <li>• Progesterona.</li> <li>• Diuréticos.</li> <li>• Heparinas de bajo peso molecular.</li> </ul>

### 3. ¿Cuáles son las recomendaciones para la adecuada medición de la proteinuria en el diagnóstico de preeclampsia?

B	<p>Se recomienda la medición de la proteinuria con tiras reactivas de lectura automatizada o usando la relación proteinuria – creatinuria en una muestra aislada en mujeres embarazadas con cifras tensionales mayores a 140/90 mmHg.</p>
B	<p>Si se utilizan tiras reactivas de lectura automatizada para la detección de proteinuria significativa, y un resultado de 1+ o mayor es obtenido, se recomienda la confirmación de proteinuria significativa con la estimación de la relación proteinuria – creatinuria en muestra aislada, o con la recolección de orina en 24 horas.</p>



<b>B</b> 	La proteinuria significativa se confirma si el valor de la relación proteinuria – creatinuria en muestra aislada es mayor de 30 mg/mmol o si el resultado de proteína en orina recolectada en 24 horas es mayor a 300 mg.
<b>A</b>	Si se utiliza recolección de orina en 24 horas como método diagnóstico de proteinuria significativa, debe existir un protocolo establecido que asegure que la muestra sí es de 24 horas en el lugar donde se realiza la prueba.

#### 4. ¿Están recomendadas las pruebas serológicas de tirosin kinasa-1 fms-like soluble (SFLT-1), factor de crecimiento placentario (PlGF), factor endotelial de crecimiento vascular (VEGF), endoglina soluble (EGS) y serpina para la predicción de preeclampsia?

<b>B</b>	No se recomienda el uso rutinario de las siguientes pruebas serológicas: factor de crecimiento placentario (PlGF), inhibina A (IA), tirosin kinasa-1 fms-like soluble (sFlt-1), factor endotelial de crecimiento vascular (VEGF), endoglina soluble (EGs) y serpina, como pruebas predictoras de preeclampsia.
----------	--

#### 5. ¿Está recomendado el uso del doppler en la predicción de preeclampsia en primer y segundo trimestre de la gestación?

<b>B</b>	No se recomienda el uso rutinario del Doppler de arteria uterina durante la gestación como predictor de preeclampsia.
----------	---

#### 6. ¿Con qué pruebas diagnósticas debe realizarse el seguimiento de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia?

<b>B</b>	En mujeres con preeclampsia no severa, se recomienda monitorizar al menos dos veces por semana con función renal, deshidrogenasa láctica (LDH), electrolitos, conteo completo de células sanguíneas, transaminasas y bilirrubinas.
<b>A</b>	En mujeres con preeclampsia no severa, no se recomienda repetir cuantificación de proteinuria.
<b>D</b>	Se recomienda medir la presión arterial en las pacientes con preeclampsia tantas veces como sea necesario para asegurar un adecuado control de la misma. En todo caso, el número de mediciones no debe ser inferior a 6 en 24 horas en pacientes con preeclampsia no severa.

## 7. ¿Cuál es el manejo clínico recomendado para mujeres con preeclampsia no severa?

D	Se recomienda que el manejo de las mujeres con preeclampsia sea liderado por un especialista en ginecología y obstetricia, preferiblemente con experiencia en el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo.
A	En mujeres con preeclampsia no severa, se recomienda la hospitalización y el tratamiento antihipertensivo. En mujeres con cifras tensionales superiores a 150/100 mmHg se recomienda manejo con labetalol o nifedipina oral como primera línea con los siguientes objetivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr presión diastólica igual o menor de 90 mmHg.</li> <li>• Lograr presión sistólica igual o menor a 140 mmHg.</li> </ul>
C	Se recomienda ofrecer a las mujeres con preeclampsia en quienes se contraindique el uso de labetalol, después de considerar perfiles de efectos adversos para la madre, feto o recién nacido, alternativas como metildopa o nifedipino.

## 8. ¿En qué momento está recomendado del parto en mujeres con preeclampsia?

A	En general se recomienda ofrecer a las mujeres con preeclampsia (severa o no severa) un manejo conservador (es decir, no planear la interrupción de la gestación) antes de la semana 34.
A	El equipo obstétrico debe definir umbrales o límites para la madre y el hijo (con resultados bioquímicos, hematológicos y clínicos), para ofrecer parto electivo antes de la semana 34, mediante la escritura de un plan de manejo.
A	En mujeres con preeclampsia antes de la semana 34 se recomienda ofrecer el parto, previo esquema de corticosteroides, y notificación al equipo neonatal y de anestesia, en caso de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión severa refractaria al tratamiento, o</li> <li>• Indicaciones maternas o fetales de acuerdo al plan descrito anteriormente.</li> </ul>
A	En mujeres con preeclampsia severa después de la semana 34, se recomienda el parto cuando la presión arterial esté controlada y se complete un esquema de corticosteroides (si se consideró su uso) para maduración pulmonar fetal.

<b>A</b>	Se recomienda ofrecer el parto a las mujeres con preeclampsia no severa en la semana 37, o antes, dependiendo de las condiciones maternas y fetales (criterios de severidad) y la disponibilidad de una unidad de cuidado intensivo neonatal.
----------	---

## 9. ¿Cuál es el manejo clínico más recomendado de las mujeres con diagnóstico de hipertensión en el embarazo antes de la semana 20?

<b>D</b>	<p>Se recomienda informar a las mujeres que toman inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) y/o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El mayor riesgo de anomalías congénitas si estos medicamentos se toman durante el embarazo.</li><li>• La importancia consultar con el médico tratante para discutir otro tratamiento antihipertensivo en la planeación del embarazo.</li><li>• La necesidad de detener la ingesta del tratamiento antihipertensivo idealmente dentro de los dos días siguientes a la notificación del embarazo y la necesidad de elegir alternativas terapéuticas.</li></ul>
<b>D</b>	<p>En mujeres que toman diuréticos clorotiazídicos se recomienda que sean advertidas en los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Informar a la mujer embarazada que puede haber un mayor riesgo de anomalías congénitas y complicaciones neonatales, si estos medicamentos se toman durante el embarazo.</li><li>• Si planea un embarazo, se recomienda consultar con el médico tratante para discutir otro tratamiento antihipertensivo.</li></ul>
<b>D</b>	Se recomienda informar a las mujeres que toman tratamientos antihipertensivos diferentes a IECAs, ARA-II o diuréticos clorotiazídicos, que existe poca evidencia disponible sobre estos tratamientos y que no han demostrado relación con la presentación de malformaciones congénitas.
<b>A</b>	En mujeres embarazadas con hipertensión crónica no complicada se recomienda mantener la presión arterial por debajo de 150/100 mmHg.
<b>A</b>	No se recomienda reducir la presión arterial diastólica por debajo de 80 mmHg a las mujeres embarazadas con hipertensión crónica no complicada.
<b>D</b>	Se recomienda remitir a las mujeres embarazadas con hipertensión crónica secundaria, a un especialista en el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo.
<b>D</b>	Se recomienda ofrecer a mujeres con hipertensión crónica, tratamientos antihipertensivos existentes dependiendo de los perfiles de efectos adversos y teratogenicidad.

## 10. ¿Cuál es el manejo clínico recomendado de mujeres con hipertensión gestacional?

<b>D</b>	Se recomienda que el manejo de la mujer con hipertensión gestacional sea liderado por un especialista en ginecología y obstetricia, preferiblemente con experiencia en el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo.
<b>D</b>	<p>En mujeres con hipertensión gestacional con presión arterial entre 140/90 mmHg y 149/99 mmHg, se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar el monitoreo con pruebas diagnósticas recomendado en la sección de control prenatal para mujeres de bajo riesgo.</li> <li>• Realizar una consulta médica semanal a control prenatal para seguimiento de presión arterial y evaluación de proteinuria.</li> <li>• No utilizar ningún tratamiento antihipertensivo.</li> </ul>
<b>B</b>	En mujeres con hipertensión gestacional con presión arterial entre 140/90 mmHg y 149/99 mmHg, se recomienda monitorizar en cada visita el valor de proteinuria con tiras reactivas leídas por un sistema automatizado o la relación proteinuria - creatinuria.
<b>D</b>	<p>En mujeres con hipertensión gestacional con presión arterial entre 150/100 mmHg y 159/109 mmHg, se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar una sola vez con función renal, electrolitos, conteo completo de células sanguíneas, transaminasas y bilirrubinas.</li> <li>• Realizar dos consultas médicas semanales a control.</li> <li>• Monitorizar en cada visita el valor de proteinuria con tiras reactivas leídas por un sistema automatizado o la relación proteinuria - creatinuria.</li> <li>• No realizar monitoreos adicionales, si no se documenta proteinuria en las visitas posteriores.</li> <li>• Tratamiento antihipertensivo con labetalol o nifedipino oral como primera línea con los siguientes objetivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr presión diastólica igual o menor a 90 mmHg.</li> <li>• Lograr presión sistólica igual o menor a 140 mmHg.</li> </ul> </li> </ul> <p>Se recomienda la hospitalización sólo si no se puede garantizar el tratamiento y seguimiento indicados.</p>
<b>D</b>	Se recomienda ofrecer a las mujeres con hipertensión gestacional en quienes se contraindique el uso de labetalol y nifedipino, después de considerar perfiles de efectos adversos para la madre, feto o recién nacido, alternativas como metildopa.
<b>D</b>	Se recomienda que la paciente registre diariamente su presión arterial y que dichas mediciones sean verificadas por el profesional de la salud en cada visita.

## 11. ¿Cuál es el manejo clínico recomendado de mujeres con preeclampsia severa anteparto e intraparto?

Tratamiento anticonvulsivante	
A	Se recomienda administrar sulfato de magnesio intravenoso a todas las mujeres con preeclampsia severa, con el fin de prevenir episodios eclámpticos.
A	Se recomienda administrar sulfato de magnesio intravenoso como anticonvulsivante de elección a todas las mujeres con episodios eclámpticos.
A	Se recomienda administrar sulfato de magnesio intravenoso a mujeres con preeclampsia severa si se planea el parto en las siguientes 24 horas.
A	Se recomienda usar la administración de sulfato de magnesio acorde con las siguientes indicaciones: <ul style="list-style-type: none"><li>• Dosis de carga de 4 gramos (g) intravenoso en 10 a 15 minutos, seguido de una infusión de 1 g/hora durante 24 horas.</li><li>• Para convulsiones recurrentes, estas deben ser tratadas con dosis adicional de 2-4 g en 5 minutos.</li></ul>
A	No se recomienda el uso de diazepam, fenitoína o coctel lítico en mujeres con eclampsia.
Tratamiento antihipertensivo	
A	Se recomienda tratar mujeres con hipertensión severa, durante el embarazo o inmediatamente después del parto con uno de los siguientes medicamentos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Labetalol (oral o intravenoso).</li><li>• Hidralazina (intravenoso).</li><li>• Nifedipino (oral).</li></ul>
D	En mujeres con hipertensión severa, se debe monitorizar la respuesta al tratamiento: <ul style="list-style-type: none"><li>• Para asegurar que la presión arterial baje.</li><li>• Para identificar efectos adversos tanto de la madre como del feto.</li><li>• Para modificar el tratamiento de acuerdo con la respuesta.</li></ul>
B	Se recomienda considerar el uso de cristaloides o expansores de volumen antenatalmente, antes o al mismo momento de la primera dosis de hidralazina intravenosa si este fue el antihipertensivo de elección.

<b>D</b>	En mujeres con hipertensión severa, se recomienda como objetivo tener por debajo de 140 mmHg la presión sistólica y por debajo de 90 mmHg la presión diastólica.
<b>Utilización de líquidos o expansores de volumen</b>	
<b>B</b>	No se recomienda la expansión rutinaria (cargas o bolos) de volumen con líquidos intravenosos en mujeres con preeclampsia severa.
<b>B</b>	Se recomienda en mujeres con preeclampsia, individualizar el volumen a infundir de líquidos endovenosos, teniendo en cuenta que la mayoría de las pacientes no requiere más de 100 cc/hora.
<b>Corticosteroides para maduración pulmonar fetal</b>	
<b>A</b>	En mujeres con preeclampsia severa o hipertensión severa se recomienda: Dar dos dosis de betametasona (12 mg intramuscular cada 24 horas) a las mujeres entre las semanas 24 y 34 de gestación.
<b>D</b>	En situaciones donde exista duda sobre la madurez pulmonar por encima de la semana 34, puede considerarse dar dos dosis de betametasona (12 mg intramuscular cada 24 horas) a las mujeres entre las semanas 35 y 36+6 días de gestación.
<b>Parto vaginal o por cesárea</b>	
<b>C</b>	Se recomienda escoger la vía de parto, de acuerdo con las circunstancias clínicas individuales.
<b>D</b>	Se recomienda preferir la vía vaginal para mujeres con hipertensión severa, preeclampsia severa o eclampsia si no existe indicación de cesárea.
<b>Medición de presión arterial</b>	
<b>D</b>	Se recomienda la medición de la presión arterial en las pacientes con preeclampsia tantas veces como sea necesario hasta asegurar un adecuado control de la misma. En todo caso, el número de mediciones no debe ser inferior a 12 en 24 horas en pacientes con preeclampsia severa.

## 12. ¿Está recomendado el uso de corticosteroides en el manejo de mujeres con síndrome HELLP?

- A** No se recomienda utilizar dexametasona o betametasona en mujeres con síndrome HELLP.

## 13. ¿Cuál es el tratamiento de elección en mujeres embarazadas con hipertensión arterial, cifras tensionales menores a 160/110 mmHg y compromiso de órgano blanco?

- D** En mujeres embarazadas con cifras tensionales menores a 160/110 mmHg y compromiso de órgano blanco, se recomienda utilizar el mismo manejo antihipertensivo recomendado para el tratamiento de mujeres con hipertensión severa o preeclampsia severa.

## 14. ¿Cuál es el monitoreo fetal recomendado en mujeres con algún trastorno hipertensivo del embarazo?

- D** Se recomienda realizar ecografía fetal para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico entre las semanas 28 y 30 de gestación (o al menos dos semanas antes del diagnóstico del trastorno hipertensivo del embarazo previo, si este fue realizado antes de la semana 28) y repetir cada 4 semanas en mujeres con antecedente de:
- Preeclampsia previa.
  - Preeclampsia que requirió parto antes de la semana 34.
  - Preeclampsia con hijo que nació con un peso menor al percentil 10.
  - Muerte intrauterina.
  - Abrupecio de placenta.
- En caso de alteración del crecimiento fetal se recomienda realizar Doppler feto placentario.
- B** En mujeres con hipertensión crónica, se recomienda realizar ecografía para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico. Si los resultados son normales, repetir hasta después de la semana 34 a menos que alguna condición clínica lo indique antes.
- B** En mujeres con hipertensión crónica, se recomienda realizar monitoría electrónica fetal únicamente si hay disminución de movimientos fetales.
- B** En mujeres con hipertensión gestacional, se recomienda realizar ecografía para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico, si el diagnóstico es confirmado antes de la semana 34. Si los resultados son normales, repetir hasta después de la semana 34 a menos que alguna condición clínica lo indique antes.

<b>B</b>	En mujeres con hipertensión gestacional, realizar monitoría electrónica fetal únicamente si hay disminución de movimientos fetales.
<b>B</b>	Se recomienda realizar monitoreo fetal en el momento del diagnóstico de hipertensión severa o preeclampsia.
<b>D</b>	Se recomienda desarrollar un plan de manejo para las mujeres con hipertensión severa o preeclampsia que incluya lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Momento y naturaleza de futuros monitoreos fetales.</li> <li>• Indicaciones fetales para la programación del parto y el uso de corticosteroides.</li> <li>• Cuándo discutir el caso con el equipo de neonatólogos, obstetras y anestesiólogos.</li> </ul>
<b>B</b>	Si se planea un manejo conservador de la hipertensión severa o preeclampsia, se recomienda realizar periódicamente los siguientes exámenes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico.</li> <li>• Doppler fetoplacentario.</li> </ul>
<b>D</b>	Si se planea un manejo conservador de la hipertensión severa o preeclampsia, se recomienda realizar periódicamente una monitoría electrónica fetal.
<b>B</b>	En mujeres con alto riesgo de preeclampsia, se recomienda realizar monitoría electrónica fetal únicamente si hay disminución de movimientos fetales.

## 15. ¿Cuál medicamento está contraindicado para el tratamiento de la hipertensión en mujeres en el período posparto que se encuentren lactando?

<b>D</b>	En mujeres que aún necesitan tratamiento antihipertensivo en el período postnatal, se recomienda evitar el tratamiento con diuréticos si la mujer está alimentando a su hijo con leche materna.
<b>D</b>	Se recomienda informar a las mujeres que aún necesitan tratamiento antihipertensivo en el período postnatal que no se conocen efectos adversos sobre el recién nacido que recibe leche materna con los siguientes medicamentos antihipertensivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Labetalol.</li> <li>• Nifedipino.</li> <li>• Enalapril.</li> <li>• Captopril.</li> <li>• Atenolol.</li> <li>• Metoprolol.</li> </ul>



<b>D</b>	Se recomienda informar a las mujeres que aún necesitan tratamiento antihipertensivo en el período postnatal, que hay insuficiente evidencia sobre la seguridad en el recién nacido que recibe leche materna con los siguientes medicamentos: <ul style="list-style-type: none"><li>• ARA II.</li><li>• Amlodipino.</li><li>• IECAs diferentes a enalapril o captopril.</li></ul>
<b>D</b>	Se recomienda evaluar el bienestar del recién nacido, al menos una vez al día por los primeros dos días después del nacimiento.

## Sección 3. Infecciones en el embarazo: ruptura prematura de membranas (RPM).

### 1. ¿Cuál es la definición de la ruptura prematura de membranas (RPM)?

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la pérdida de continuidad de las membranas corioamnióticas que sobreviene con salida de líquido amniótico de más de una hora, previo al inicio del trabajo de parto.

### 2. ¿Cómo se realiza el diagnóstico clínico de ruptura prematura de membranas?

**B**

Se recomienda que el diagnóstico clínico de RPM sea realizado por medio de la historia clínica completa y el examen con espéculo estéril, en el cual se evidencie la salida de líquido a través del canal cervical o la presencia de lagos en el fondo de saco posterior.

### 3. ¿Qué ayudas diagnósticas están recomendadas para el diagnóstico de ruptura prematura de membranas?

**B**

Si la sospecha clínica de RPM persiste a pesar de las pruebas clínicas negativas, se recomienda realizar las siguientes pruebas complementarias: cristalización, medición de pH, medición del índice de líquido amniótico por ecografía, amnioinfusión o determinación de microglobulina 1 alfa placentaria.

### 4. ¿Cuáles son los criterios clínicos recomendados para el diagnóstico de corioamnionitis?

**B**

Se recomienda que las mujeres sean vigiladas para detectar los signos de corioamnionitis clínica: fiebre (temperatura mayor de 37,8°C) y al menos uno de los siguientes criterios: taquicardia materna o fetal, dolor uterino, líquido amniótico purulento o leucocitosis.

**B**

No se recomienda realizar el hisopado o cultivo de secreción vaginal alta cada semana como parte del manejo de la RPM.

**B**

No se recomienda el cuadro hemático y la proteína C reactiva de rutina para el seguimiento de las gestantes con RPM, ya que no han demostrado utilidad por su baja sensibilidad para el diagnóstico de corioamnionitis.

<b>B</b>	Se recomienda el uso de la cardiotocografía ya que permite documentar taquicardia fetal o la disminución de la variabilidad fetal, las cuales pueden ser usadas para el diagnóstico de corioamnionitis clínica.
<b>B</b>	El perfil biofísico fetal puede ser usado siempre y cuando se tenga en cuenta que tiene un valor limitado para predecir infección fetal.

## 5. ¿Está recomendado el uso de la amniocentesis en gestantes con ruptura prematura de membranas?

<b>B</b>	No se recomienda el uso rutinario de la amniocentesis en pacientes con RPM. La amniocentesis podría ser usada para confirmar la sospecha de infección intra-amniótica subclínica o determinar madurez pulmonar en fetos entre las semanas 32 a 34.
----------	--

## 6. ¿Cuáles son los criterios recomendados para el diagnóstico de infección intraamniótica en una muestra de líquido amniótico?

<b>B</b>	Se sugiere para el diagnóstico de corioamnionitis en una muestra de líquido amniótico tener en cuenta la combinación de diferentes hallazgos anormales: cultivo positivo, presencia de más de 6 bacterias o leucocitos en la tinción de gram, recuento de leucocitos mayores de 30/ml en líquido amniótico, glucosa menor de 15 mgs/dl, niveles de interleucina-6 (mayor de 2.6 ng/ml) o presencia de metaloproteínasa-8 (positiva=mayor de 10 ng/ml).
<b>A</b>	No se recomienda el uso de proteína C reactiva en líquido amniótico para el diagnóstico de corioamnionitis.

## 7. ¿En qué grupo de pacientes está recomendada la utilización de corticoides en RPM?

<b>A</b>	Se recomienda un único ciclo de corticosteroides para las mujeres embarazadas entre las 24 y 34 semanas de gestación que están en riesgo de parto pretérmino por ruptura prematura de membranas. Los esquemas recomendados de corticoides son: betametasona (12 mg) por vía intramuscular con 24 horas de diferencia por dos dosis o dexametasona (6 mg) por vía intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis.
<b>B</b>	Los beneficios neonatales del uso de corticoides se observan aún en niños nacidos en presencia de corioamnionitis.

## 8. ¿En qué casos se encuentra indicada la dosis de corticoide de rescate en RPM?



En pacientes con ruptura de membranas, se recomienda una dosis única de rescate de corticosteroides prenatales si la paciente recibió un ciclo completo de corticoides para maduración pulmonar hace más de una semana y la edad gestacional actual es menor a 34 semanas.

## 9. ¿Cuál es el esquema antibiótico y el tiempo de duración recomendado para profilaxis de infección intraamniótica en RPM?

A

Se sugiere que en pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino, se administre desde el momento del diagnóstico uno de los siguientes esquemas: eritromicina oral sola por 10 días o ampicilina + eritromicina en régimen parenteral y oral combinado por 7 días.

## 10. ¿Cuál es el esquema antibiótico recomendado para tratamiento de corioamnionitis en el escenario de una RPM?



Una vez hecho el diagnóstico de corioamnionitis se recomienda iniciar el tratamiento antibiótico inmediatamente con clindamicina 600 mg IV cada 6 horas + gentamicina 240 mg IV cada 24 horas y desembarazar.

A

Se recomienda la administración de gentamicina en esquemas de dosis única diaria para el tratamiento de la corioamnionitis clínica.

## 11. ¿Qué medicamento está recomendado para la inducción del parto en manejo no expectante de paciente con RPM sin trabajo de parto?

A

Se recomienda la inducción del trabajo de parto en pacientes con ruptura prematura de membranas con oxitocina o misoprostol oral a bajas dosis vigilando continuamente la hiperestimulación uterina y el bienestar fetal.




No se recomienda el misoprostol vaginal para la inducción del trabajo de parto en pacientes con ruptura prematura de membranas.

## 12. ¿En qué grupo de pacientes se encuentra recomendada la amnioinfusión?

- |          |  |
|----------|--|
| <b>B</b> | No se recomienda la amnioinfusión rutinaria en mujeres con ruptura prematura de membranas. |
|----------|--|


## 13. ¿Cuál debe ser el manejo recomendado de la RPM acorde con la edad gestacional?

<b>A</b> 	No se recomienda la administración de tocolíticos en mujeres con RPM en ninguna edad gestacional.
<b>B</b>	Se recomienda considerar la inducción del parto desde la semana 34 de gestación. Cuando se indique el manejo expectante, las gestantes deben ser informadas de un riesgo mayor de corioamnionitis y la disminución del riesgo de problemas respiratorios en el neonato.
✓	En gestaciones entre 32 y 34 semanas y a falta de disponibilidad de amniocentesis para determinar maduración pulmonar, se recomienda el manejo expectante activo con un ciclo completo de corticoides, el uso del esquema antibiótico definido y desembrazar electivamente.
✓	Para las gestaciones desde la semana 26 hasta la 32, se recomienda realizar manejo expectante con maduración pulmonar, el uso de esquema antibiótico definido y vigilancia estricta hasta encontrar compromiso de la salud materna, signos de infección intrauterina, compromiso del bienestar fetal o confirmación de la madurez pulmonar.
<b>C</b>	En mujeres con ruptura prematura de membranas entre las semanas 24 a 26 de gestación, se sugiere el manejo individualizado de la gestación teniendo en cuenta factores pronósticos como: la edad gestacional al momento de la ruptura, el tiempo de latencia, el peso fetal estimado y la presencia de signos de infección materna o fetal.
✓	Se sugiere el desarrollo de estadísticas locales e institucionales para establecer el pronóstico de estas gestaciones según el manejo establecido. El manejo expectante de las gestaciones entre las semanas 24 a 26 en presencia de RPM tiene estimaciones de sobrevida entre 13 a 56% y hasta un 50% de riesgo de morbilidad neonatal severa a dos años.
✓	Las opciones de manejo de las pacientes con RPM entre las semanas 24 a 26 y el pronóstico fetal, deben ser discutidas con la gestante y su familia.

#### 14. ¿Cuáles son las recomendaciones para la profilaxis de Estreptococo del Grupo B (EGB)?

<b>D</b>	Se recomienda administrar profilaxis antibiótica para EGB a todas las mujeres con RPM que hayan iniciado el trabajo de parto, excepto a aquellas con cultivos negativos para EGB en las 5 semanas previas.
<b>D</b>	Se recomienda realizar cultivos y administrar profilaxis antibiótica para EGB a todas las mujeres con RPM pretérmino que no tengan resultados de tamización.
<b>B</b>	Se recomienda administrar penicilina G 5.000.000 IV dosis inicial, seguida de 2.5-3.000.000 unidades IV cada 4 horas hasta el parto o ampicilina 2 g IV dosis inicial, seguida por 1 g IV cada 4 horas hasta el parto, en pacientes portadoras de EGB.
<b>C</b>	En casos de alergia documentada a la penicilina sin reacciones severas, se recomienda cefazolin 2 gm, IV dosis inicial, seguida de 1 g IV cada 8 horas hasta el parto.
<b>C</b>	En pacientes con reacciones severas de alergia a la penicilina o cefalosporinas (historial de anafilaxis, angioedema, depresión respiratoria o urticaria severa), se recomienda clindamicina 600 mg IV cada 6 horas hasta el parto previo estudio de sensibilidad; en caso de resistencia del EGB a la clindamicina, se recomienda vancomicina 1 g IV cada 12 horas hasta el parto.

#### 15. ¿Está recomendado el esquema de sulfato de magnesio para neuroprotección en parto pretérmino asociado a RPM?

<b>A</b> 	Se recomienda el uso de sulfato de magnesio como neuroprotección fetal en mujeres con alto riesgo de parto pretérmino menor a 32 semanas de gestación.
---	--

## Sección 4. Infecciones en el embarazo: toxoplasmosis.

### 1. ¿Cuáles son los factores de riesgo para la transmisión de la Toxoplasmosis durante el embarazo?

La toxoplasmosis es una enfermedad altamente prevenible. Los estudios sobre factores de riesgo de la infección durante el embarazo han logrado identificar variables asociadas a su adquisición. Existen factores sociodemográficos (edad, género, área de residencia), biológicos y ligados al estilo de vida (beber agua no tratada, estar expuesta a gatos y consumir alimentos contaminados). El conocimiento de estos factores de riesgo permite sugerir recomendaciones para la prevención de la infección y para programas de educación.

### 2. ¿Cuáles son las recomendaciones para la prevención primaria de la infección por toxoplasma durante el embarazo?

**B**

Dentro del control prenatal se recomienda realizar recomendaciones a las pacientes respecto a: consumo de carnes bien cocinadas, consumo de agua potable y manejo higiénico de los alimentos, lavado de manos posterior a actividades de jardinería, manipulación de animales (gatos), para prevenir la infección por toxoplasma.

### 3. ¿Cuál es el seguimiento recomendado de una mujer embarazada seronegativa? ¿Cómo debe monitorizarse?

**B**



Se recomienda tamizar a las gestantes seronegativas con una periodicidad mensual con una prueba de inmunoglobulina (Ig) M para toxoplasma.

### 4. ¿Cuáles son las pruebas de detección de anticuerpos contra toxoplasma que se deben solicitar en primer lugar?


**A**

En los casos en que no se conozca el estatus de infección, se recomienda realizar pruebas de IgG e IgM a la mujer embarazada en su primer control prenatal para determinar la presencia de la infección por toxoplasma.

**A**



Se recomienda que las mujeres con IgG e IgM positiva se realicen prueba de avidez para confirmar la antigüedad de la infección si el embarazo es menor a 16 semanas, e IgA si mayor a 16 semanas.

<b>B</b> 	Se recomienda que las mujeres con IgG e IgM negativas sean seguidas mensualmente en los términos establecidos por esta guía.
✓	Se recomienda que las mujeres con IgG negativo e IgM positivo se realicen repetición de IgG en dos semanas para documentar seroconversión aguda o presencia de IgM natural.
✓	Se recomienda que una mujer que considere embarazarse se realice una prueba de IgG contra toxoplasma para identificar su estatus de infección previa con el parásito.


## 5. ¿Cuáles son las pruebas confirmatorias recomendadas para toxoplasmosis?

<b>B</b>	Se sugiere ofrecer como alternativa el diagnóstico de infección fetal a través de amniocentesis y realización de Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) en segundo trimestre de gestación. La decisión final debe ser consensuada y consignada en la historia clínica. Un resultado negativo no descarta la infección congénita.
<b>A</b>	No se recomienda el uso de la cordocentesis como prueba confirmatoria para infección por toxoplasmosis.
✓	Se recomienda realizar controles de calidad a los centros que realizan las diferentes pruebas para diagnóstico basado en líquido amniótico para la infección por toxoplasma.

## 6. ¿Se recomienda el uso de la ecografía para determinar la severidad del compromiso del feto con pruebas positivas para infección por toxoplasma?

<b>A</b>	Se recomienda el seguimiento de la gestante con ecografía de morfología fetal para definir la severidad y compromiso del feto en presencia de pruebas positivas para infección por toxoplasma.
✓	Se recomienda que la ecografía de seguimiento para estas pacientes sea realizada por personal especializado y entrenado para la identificación del riesgo asociado a toxoplasma.


## 7. ¿Cuál es el esquema de prevención secundaria (prevención de la transmisión fetal) recomendado en mujeres con diagnóstico de infección adquirida durante el embarazo?

<b>B</b> 	Se recomienda tratamiento farmacológico con espiramicina (3 g/día por el resto del embarazo) para la infección confirmada por toxoplasma en la gestante.
---	--



✓	En caso de confirmación de la transmisión fetal de toxoplasmosis (pruebas de PCR o ecografías que sugieren compromiso neurológico), se recomienda el cambio a pirimetamina más sulfadiazina más ácido fólico.
---	---

## 8. ¿Cuáles son las pruebas recomendadas para establecer el diagnóstico de infección congénita en el recién nacido?

A 	Se recomienda el uso de IgG, IgM e IgA conjuntamente para el diagnóstico de infección congénita por Toxoplasma en el recién nacido.
A	Ante resultado de IgG positivo y resultados negativos en el IgA y el IgM, se recomienda la confirmación por Western Blot para infección por toxoplasma.
✓	Ante resultado de IgG positivo y resultados negativos en las tres pruebas (IgM, IgA y Western Blot), se recomienda el seguimiento del recién nacido mensualmente durante seis meses y luego cada tres meses hasta el año con IgG para descartar seroconversión.

## 9. ¿Cuál es el medicamento recomendado para los recién nacidos con diagnóstico de infección congénita?

✓	Se debe tratar a todos los niños con diagnóstico de infección congénita por toxoplasma (síntomáticos o asintomáticos) con pirimetamina + sulfadiazina (1 mg/kg/día y 100mg/kg/día, respectivamente, una vez al día durante un año) más ácido fólico.
✓	En caso de efectos adversos y/o limitaciones al tratamiento de primera elección, y a juicio del médico, se puede usar como alternativa clindamicina, sulfadoxina o azitromicina en conjunto con pirimetamina más ácido fólico.

## Sección 5. Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico.

### 1. ¿En qué consiste el parto humanizado?

✓	Se recomienda la adopción de los principios del parto humanizado para el manejo de la paciente obstétrica en todas sus dimensiones. Este concepto está reflejado en la elaboración de todas las recomendaciones consignadas en la presente guía de atención integral.
---	---

### 2. ¿Cuáles son los factores de riesgo que deben ser incluidos para determinar el lugar más adecuado para la atención del parto?

D	<p>Se recomienda la identificación de las siguientes condiciones y factores de riesgo para la determinación del lugar o nivel de atención del parto, aplicando el criterio médico para aquellas condiciones que escapan al siguiente listado, el cual se considera una lista orientadora y no exhaustiva de las condiciones o factores que inciden sobre la decisión de remitir a la gestante a una unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad (Nivel II o superior):</p> <p>Cualquier enfermedad cardíaca confirmada.</p> <p>Cualquier trastorno hipertensivo.</p> <p>Asma bronquial no controlada.</p> <p>Fibrosis quística.</p> <p>Hemoglobinopatías o trastornos hematológicos como:</p> <p>Anemia: hemoglobina menor de 11,0 g/dl al nivel del mar o en el límite inferior según el valor corregido por la altura sobre el nivel del mar.</p> <p>Enfermedad de células falciformes, beta-talasemia mayor.</p> <p>Antecedentes de trastornos tromboembólicos.</p> <p>La púrpura trombocitopénica inmune u otro trastorno de plaquetas con plaquetas por debajo de 150 000.</p> <p>Enfermedad de von Willebrand.</p> <p>Trastorno de la coagulación de la mujer o del feto.</p> <p>Anticuerpos que conllevan riesgo de enfermedad hemolítica del recién nacido.</p> <p>Hepatitis B / C .</p> <p>Portador de / infección por el VIH.</p> <p>Sospecha de toxoplasmosis fetal o mujeres que reciben tratamiento.</p>
---	---

Infección actual activa o sospechada de sífilis/ varicela / rubéola / herpes genital/en la mujer o el bebé.
Tuberculosis.
Lupus eritematoso sistémico inmune.
Esclerodermia.
Enfermedades no específicas del tejido conjuntivo.
Hipotiroidismo no controlado.
Hipertiroidismo.
Diabetes.
Pacientes con función renal anormal.
Enfermedad renal crónica que requiere supervisión de especialista.
Epilepsia.
Miastenia gravis.
Accidente cerebrovascular previo.
Enfermedades gastrointestinales como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.
Enfermedad hepática con pruebas de función hepática normales o anormales.
Anomalías esqueléticas o neurológicas como antecedente de fractura de pelvis o déficit neurológico.
Trastornos psiquiátricos que requieren atención hospitalaria actual.
Uso de drogas psicoactivas.
Abuso de sustancias o la dependencia del alcohol.
Antecedente o presencia de cáncer en cualquier localización.
Multiparidad mayor de 4 partos.
Mujeres menores de 15 años o mayores de 38.
Ausencia de control prenatal.
Ausencia de apoyo económico y emocional de la familia.
Hemorragia anteparto de origen desconocido (episodio único después de 24 semanas de gestación).
Índice de masa corporal en la admisión superior a 30 kg / m².
Embarazo múltiple.
Placenta previa.
Preeclampsia o hipertensión inducida por embarazo.
Trabajo de parto prematuro o ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto.
Desprendimiento de placenta.
Muerte intrauterina confirmada.
Inducción del parto.

Diabetes gestacional.
Distocias de presentación (ejemplo: presentación de pelvis o situación transversa).
Hemorragia anteparto recurrente.
Feto pequeño para la edad gestacional (menos del percentil diez o reducción de la velocidad de crecimiento en la ecografía).
Frecuencia cardíaca fetal (FCF) anormal / Doppler anormal.
Ultrasonido diagnóstico de oligo/polihidramnios.
Antecedente de complicaciones como:
Historia de bebé anterior de más de 4,0 kg.
Muerte fetal inexplicable / muerte neonatal o la anterior en relación con dificultad intraparto.
Muerte fetal / muerte neonatal con causas conocidas no recurrentes.
Bebé con encefalopatía neonatal.
Bebé anterior a término con ictericia que requirió exanguinotransfusión.
Preeclampsia.
Eclampsia.
Ruptura uterina.
Hemorragia posparto primaria que haya requerido un tratamiento adicional o transfusión.
Placenta retenida que haya requerido la extracción manual.
Cesárea previa.
Distocia de hombros.
Historia de laceración vaginal amplia, desgarro cervical o trauma perineal de tercer o cuarto grado.
Antecedente de cirugía ginecológica mayor.
Antecedente de conización o escisión con asa de la zona de transformación.
Presencia de miomas o fibromas uterinos.
Antecedente de miomectomía.
Antecedente de histerotomía.

### 3. ¿Cuándo se debe admitir a la paciente para la atención institucional?

✓	Se recomienda que la admisión se realice cuando se cumplan los siguientes criterios: dinámica uterina regular, borramiento cervical > 50% y una dilatación de 3-4 cm.
---	---

✓	Se recomienda ofrecer apoyo individualizado a aquellas mujeres que acudan para ser atendidas por presentar contracciones dolorosas y que no estén en fase activa del trabajo de parto.
✓	Se recomienda valorar el riesgo obstétrico y las condiciones de acceso (distancia al domicilio, condiciones y disponibilidad de transporte, etc.), socioeconómicas, cognitivas y de aseguramiento de la gestante para la toma de decisiones sobre la observación o la hospitalización de las pacientes que no cumplan con los criterios de admisión en el trabajo de parto.
✓	Se recomienda que las gestantes permanezcan en observación al menos dos horas y se realice un nuevo examen médico antes de dejar la institución.
✓	Se recomienda que las gestantes que no estén en fase activa del trabajo de parto reciban información sobre signos y síntomas de alarma, así como indicaciones precisas de regresar al hospital cuando ocurran los siguientes cambios: inicio o incremento de actividad uterina, dolor intenso, sangrado genital en cualquier cantidad, amniorrea, disminución en la percepción de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, fosfenos, tinnitus, cefalea intensa y los demás que se consideren pertinentes por el personal de salud.



#### 4. ¿Cuáles son los exámenes paraclínicos que deben ser solicitados al momento de la admisión de la gestante?

A	No se recomienda el uso rutinario de la monitoría fetal electrónica ni la medición del índice de líquido amniótico en la admisión de pacientes con embarazo de bajo riesgo.
✓	Se recomienda evaluar las pruebas realizadas durante el control prenatal para reevaluar aquellas con resultados anormales y realizar o complementar los exámenes prenatales pertinentes que hagan falta, especialmente los del tercer trimestre y las pruebas rápidas para VIH y sífilis.

#### 5. ¿Se recomienda el enema rutinario y el rasurado al momento de la admisión de la gestante?

A	Se recomienda no usar rutinariamente enemas durante el trabajo de parto.
✓	No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto.

## 6. ¿Cuál es la definición de trabajo de parto y la duración de los diferentes períodos del trabajo de parto (dilatación borramiento, y del expulsivo)?

<p><b>D</b></p> 	<p>Se recomienda adoptar la definición de la fase latente como el periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 4 cm. de dilatación.</p> <p>Se recomienda adoptar la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 4 y hasta los 10 cm. y se acompaña de dinámica regular.</p>
<p><b>C</b></p>	<p>Se sugiere adoptar las siguientes definiciones: La duración de la fase activa del parto normal es variable entre las mujeres y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En las primíparas el promedio de duración de la fase activa es de 8 horas y es improbable que dure más de 18 horas.</li> <li>• En las múltiparas el promedio de duración de la fase activa es de 5 horas y es improbable que dure más de 12 horas.</li> </ul>
<p>✓</p>	<p>La decisión de intervenir o remitir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto debe ser tomada en función del progreso de la dilatación y de otros factores (geográficos, obstétricos y fetales) y no exclusivamente con base en la duración.</p>
<p><b>D</b></p> 	<p>Se sugiere adoptar las siguientes definiciones:</p> <p>La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.</li> <li>• Periodo expulsivo activo cuando, el feto es visible ó existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa ó pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa.</li> </ul> <p>La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en nulíparas es de hasta dos horas tanto si tiene como no analgesia neuroaxial. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.</p> <p>La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en múltiparas es de hasta 1 hora si no tienen analgesia neuroaxial y de dos horas si la tienen. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.</p>

La duración normal de la fase activa del expulsivo en nulíparas es de hasta 1 hora si no tienen analgesia neuroaxial y de hasta dos horas si la tienen. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.

La duración normal de la fase activa del expulsivo en multíparas es de hasta 1 hora tanto si tienen como no analgesia neuroaxial. Es importante verificar siempre el bienestar fetal

## 7. ¿Cuál (es) método(s) de vigilancia fetal mejora(n) los resultados perinatales?

B	Tanto la monitoría electrónica fetal continua (MEFC) como la auscultación intermitente (AI) son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
✓	La auscultación intermitente se puede realizar tanto con ultrasonido Doppler como con estetoscopio.
A	Tanto la monitoría electrónica fetal continua (MEFC) como la monitoría electrónica fetal intermitente (MEFI) acompañada de auscultación intermitente son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
A	No se recomienda el uso rutinario de la pulsioximetría fetal.
A	No se recomienda la utilización rutinaria del análisis del segmento ST del electrocardiograma (ECG) fetal en el parto normal.
B	En las instituciones hospitalarias donde el análisis del segmento ST del ECG fetal está disponible, se recomienda su utilización sólo en mujeres con cardiotocografía (CTG) anormal.
C	Se recomienda la estimulación digital de la calota fetal como método diagnóstico complementario ante la presencia de un registro CTG patológico.
D	Se recomienda la utilización de la clasificación del <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> para la interpretación de la monitoría fetal electrónica.
✓	El tiempo que se destina a exámenes pélvicos más frecuentes de lo recomendado, puede destinarse a la auscultación fetal intermitente con la frecuencia y duración recomendadas en la presente guía.

## 8. ¿Cuál es el impacto de la compañía del familiar durante el trabajo de parto?

A	Se recomienda que la mujer en trabajo de parto sea acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija.
A	Se recomienda que las mujeres en fase activa de parto cuenten con atención por personal de la salud en forma permanente excepto por cortos períodos de tiempo o cuando la mujer lo solicite.

## 9. ¿Cuál es la mejor vía para garantizar el aporte calórico durante el trabajo de parto?

A	Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros durante el parto en pequeñas cantidades para la prevención de la cetosis.
✓	Se recomienda informar a las gestantes que falta evidencia sobre el riesgo de la ingesta de alimentos para presentar bronco-aspiración en caso de complicaciones que requieran uso de anestesia.
A	Se recomienda que las mujeres sean informadas que las bebidas isotónicas (hidratantes) son eficaces para combatir la cetosis, y por ello, preferibles a la ingesta de agua.

## 10. ¿Se requiere canalizar rutinariamente una vena periférica a toda gestante en el período de dilatación, borramiento y atención del parto?



D	Se sugiere mantener un acceso venoso permeable con un catéter venoso o heparinizado de al menos calibre 18G, durante todo el trabajo de parto y el expulsivo.
D	La canalización de un acceso venoso no implica la restricción de la ingesta de líquidos claros ni de la libre movilización de la mujer durante el trabajo de parto.
✓	Se recomienda el uso de soluciones cristaloides iso-osmolares (lactato de ringer, solución de ringer y solución salina normal) al suministrar líquidos endovenosos durante el trabajo de parto.



## 11. ¿Con qué frecuencia se deben vigilar los signos vitales maternos durante el trabajo de parto?

D	<p>Referente a la vigilancia de los signos vitales maternos durante el trabajo de parto se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Revisar cada 30 minutos la frecuencia de las contracciones.</li><li>• Revisar cada hora el pulso (frecuencia cardíaca materna) y la frecuencia respiratoria.</li><li>• Revisar al menos cada 4 horas la presión arterial y la temperatura.</li><li>• Comprobar regularmente la frecuencia del vaciado de la vejiga.</li><li>• Considerar las necesidades emocionales y psicológicas de la mujer.</li></ul>
D	<p>Referente a la vigilancia de los signos vitales maternos durante la segunda etapa del parto se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Revisar cada 30 minutos la frecuencia e intensidad de las contracciones.</li><li>• Comprobar cada hora la presión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria y la temperatura.</li><li>• Comprobar el vaciado de la vejiga.</li></ul>

## 12. ¿Cuál es la frecuencia indicada para el examen pélvico obstétrico durante el trabajo de parto?

D 	<p>Se recomienda que, en condiciones normales, las exploraciones vaginales se realicen cada 4 horas.</p>
D 	<p>Se recomienda realizar exploraciones vaginales antes de 4 horas en las mujeres con alteraciones del progreso del parto o según criterio médico, ante la sospecha o la presencia de complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujos.</p> <p>El examen pélvico también puede realizarse a solicitud de la gestante en circunstancias en las que se considere conveniente.</p>
✓	<p>Antes de practicar un tacto vaginal, se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Confirmar que es realmente necesario y que la información que proporcione será relevante en la toma de decisiones.</li><li>• Ser consciente que el examen vaginal es una exploración molesta e invasiva, asociada a un incremento del riesgo de infección.</li><li>• Garantizar la privacidad, dignidad y comodidad de la mujer.</li><li>• Explicar la razón por la que se practica y los hallazgos encontrados, con delicadeza, sobre todo si no son los esperados por la mujer.</li></ul>



### 13. ¿Se deben emplear antisépticos cuando se hace el examen obstétrico durante el trabajo de parto?

<b>A</b>	Se recomienda utilizar agua corriente para el lavado genital antes de un examen vaginal no siendo necesario el uso de antisépticos.
----------	---

### 14. ¿El partograma mejora los resultados perinatales?

<b>A</b>	Se recomienda el partograma de líneas de alerta del Centro Latinoamericano Perinatología (CLAP). En ausencia de este, se sugiere usar partogramas con una línea de acción de 4 horas.
----------	---

### 15. ¿En qué casos está indicada la analgesia durante el trabajo de parto?

<b>D</b> 	Toda mujer tiene derecho a recibir métodos eficaces y seguros para el alivio del dolor durante el trabajo de parto; la solicitud de la gestante es indicación suficiente para proveerle métodos adecuados para el alivio del dolor.
<b>D</b> 	Contraindicaciones de la analgesia neuroaxial durante el trabajo de parto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechazo de la madre.</li> <li>• Coagulopatía.</li> <li>• Infección local o sistémica.</li> <li>• Hipovolemia no corregida.</li> </ul>

### 16. ¿Cuál es la mejor analgesia durante el período de dilatación y de borramiento o durante el período expulsivo?

<b>✓</b>	Se recomienda informar a la mujer de los riesgos, beneficios e implicaciones sobre el parto de la analgesia neuroaxial y de las demás formas de alivio del dolor.
<b>A</b>	Se recomienda cualquiera de las técnicas neuroaxiales a bajas dosis: epidural o combinada.
<b>A</b>	Se recomienda la utilización de técnica combinada (epidural-intradural) si se precisa un establecimiento rápido de la analgesia.
<b>A</b>	Se recomienda informar que los opioides parenterales como método analgésico tienen un efecto analgésico limitado y que pueden provocar náuseas y vómitos.
<b>A</b>	Se recomienda la administración de antieméticos cuando se utilizan opioides intravenosos o intramusculares.

A	Se recomienda monitorizar la saturación de oxígeno (SaO <sub>2</sub> ) materna y administrar oxígeno suplementario a las mujeres que reciban opioides parenterales durante el trabajo de parto.
B	Se recomienda el masaje y el contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante el primer y segundo periodos del parto.
✓	Las mujeres que elijan usar las pelotas de goma pueden ser animadas a hacerlo para buscar posturas más cómodas.
B	Las mujeres que elijan utilizar técnicas de respiración o relajación debieran ser apoyadas en su elección.
A	No se recomienda el método de estimulación nerviosa transcutánea (TENS) como forma de analgesia para las mujeres en trabajo de parto establecido.

## 17. ¿Cuáles son las recomendaciones relacionadas con el uso de la amniotomía?

A	Se recomienda no realizar amniotomía ni perfusión de oxitocina rutinarias en los trabajos de parto que progresan de forma normal.
✓	Se sugiere el uso de la amniotomía cuando se considere necesario evaluar el aspecto del líquido amniótico ante sospecha de alteración del bienestar fetal, desprendimiento de placenta o como parte del manejo del primer periodo del parto prolongado.

## 18. ¿Cómo se definen y detectan las disfunciones dinámicas (hiposistolia, hipodinamia, hipersistolia, bradisistolia, taquisistolia)?

✓	Las alteraciones dinámicas del trabajo de parto pueden identificarse mediante el examen clínico con la técnica y frecuencia descritas para evaluar los signos vitales de la gestante y durante la auscultación intermitente o mediante el uso del tocodinámometro externo durante la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal.
✓	Se recomienda adoptar las siguientes definiciones para el diagnóstico de las disfunciones dinámicas del trabajo de parto: <b>Dinámica uterina normal:</b> Durante el trabajo de parto ocurren contracciones con una frecuencia entre 3 y 5 contracciones en 10 minutos, con duración de 30 a 60 segundos e intensidad progresiva de 30 a 50 mmHg. Se caracterizan por el triple gradiente descendente, el cual consiste en que las contracciones se inician en el marcapasos uterino (usualmente localizado en uno de los cuernos uterinos), son más intensas y duraderas en el fondo uterino y se dirigen en sentido descendente desde el cuerno hacia el segmento uterino.

	<p>La dinámica uterina se controla clínicamente y con el uso de monitores electrónicos. Clínicamente, las partes fetales deben ser palpables y el útero es depresible entre cada contracción.</p> <p>Durante el pico de la contracción, al alcanzar la intensidad de 50 mmHg, esta es dolorosa, el útero no es depresible y no es posible la palpación de las partes fetales.</p> <p><u>Alteraciones de la dinámica uterina:</u></p> <p><u>Bradisistolia</u> (disminución de la frecuencia): de dos o menos contracciones en 10 minutos.</p> <p><u>Taquisistolia</u> (aumento de la frecuencia): 6 o más contracciones en 10 minutos observadas durante 30 minutos.</p> <p><u>Hiposisistolia</u>: disminución de la intensidad de las contracciones, por encima del tono basal pero con intensidad menor de 30 mmHg.</p> <p><u>Hipersistolia</u>: aumento de la intensidad de las contracciones por encima de 70 mmHg. El útero no se deprime en ningún momento de la contracción.</p> <p><u>Hipertonía</u>: incremento del tono uterino basal por encima de 12 mmHg. No es posible palpar las partes fetales aún en ausencia de contracción y hay dolor. También se define como una contracción que dura más de dos minutos.</p> <p><u>Incoordinación uterina</u>: alteración del triple gradiente descendente.</p>
✓	<p>Se recomienda para la evaluación clínica de la contractilidad uterina la siguiente técnica: con la mano extendida sobre el abdomen materno, palpar suavemente sin estimular el cuerpo uterino, por periodos no menores de 10 minutos.</p>

## 19. ¿Cuáles son las consecuencias materno-perinatales de las alteraciones de la duración del trabajo de parto?

B	Se recomienda tener en cuenta que la prolongación del trabajo de parto se puede asociar con algunos desenlaces maternos y perinatales adversos.
D	Se recomienda adoptar las definiciones establecidas en la pregunta 6 sobre la duración de los diferentes periodos del trabajo de parto.
D	Se recomienda el uso de partograma para la identificación de las alteraciones de la duración del trabajo de parto.
✓	La detección de las alteraciones de la duración del trabajo de parto indica la aplicación de medidas terapéuticas de acuerdo con la capacidad resolutoria del lugar de atención.

✓	La decisión de intervenir o remitir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto, debe ser tomada en función del progreso de la dilatación y de otros factores (geográficos, obstétricos y fetales) y no exclusivamente con base en la duración del mismo.
---	--

## 20. ¿Cuáles son las medidas más efectivas para el manejo de las alteraciones de la duración del primer período del trabajo de parto?

A	No se recomienda el uso de oxitocina en fase latente del trabajo de parto ni su utilización a dosis altas.
✓	<p>Cuando se sospecha un retardo de la fase activa de la primera etapa del parto se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ofrecer apoyo a la mujer, hidratación y un método apropiado y efectivo para el control del dolor.</li><li>• Si las membranas están intactas se procederá a la amniotomía.</li><li>• Exploración vaginal dos horas después y si el progreso de la dilatación es menos de 1 cm se establece el diagnóstico de retardo de la dilatación.</li><li>• Una vez establecido el diagnóstico de retardo de la dilatación, se ofrecerá la estimulación con oxitocina o se remitirá a una unidad obstétrica de nivel II o superior donde haya las condiciones para ofrecer esta alternativa.</li><li>• Se practicará monitorización fetal continua y se ofrecerá anestesia neuroaxial antes del uso de la oxitocina.</li><li>• Se procederá a un nuevo tacto vaginal 4 horas después de iniciada la perfusión de oxitocina. Si el progreso de la dilatación es inferior a 2 cm se reevaluará el caso tomando en consideración la posibilidad de practicar una cesárea. Si el progreso es superior a 2 cm se realizará una nueva exploración 4 horas después.</li></ul>



## 21. ¿Cuándo se debe sospechar y cómo se hace el diagnóstico de la desproporción céfalo pélvica?

A	No se recomienda realizar pelvimetría imagenológica como predictor de desproporción cefalopélvica (DCP) ya que incrementa la tasa de cesáreas sin mejorar los desenlaces perinatales.
B	Para el diagnóstico de DCP se recomienda tener en cuenta la historia clínica obstétrica, la evaluación clínica, la talla materna, la altura uterina, el cálculo del peso fetal y la progresión anormal del trabajo de parto.
✓	Se sugiere la remisión temprana a una unidad de atención obstétrica de nivel II o superior ante la sospecha de DCP.

## 22. ¿Cuáles son los criterios para remisión a una institución de mediana o alta complejidad?

<b>D</b>	Se recomienda adoptar las siguientes indicaciones para la remisión de gestantes a instituciones de nivel II o superior durante el trabajo de parto:
	Indicaciones para la monitorización fetal electrónica (EFM), incluyendo la identificación de anomalías de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) a la auscultación intermitente.
	Prolongación del primer o segundo periodos del parto.
	Líquido amniótico teñido con meconio.
	Solicitud de la madre para el alivio del dolor con analgesia neuroaxial.
	Emergencia obstétrica: hemorragia previa al parto, presentación o prolapso del cordón, hemorragia posparto, colapso materno o la necesidad de reanimación neonatal avanzada.
	Retención de la placenta.
	Fiebre materna en el trabajo de parto (38,0 °C una vez o 37,5 °C en dos ocasiones con dos horas de diferencia).
	Distocias de presentación o presentación de pelvis diagnosticada en el trabajo de parto teniendo en cuenta la inminencia del nacimiento.
	Presión arterial elevada o diastólica (mayor de 90 mmHg) o aumento de la presión arterial sistólica (mayor de 140 mmHg) en dos lecturas consecutivas tomadas con 30 minutos de diferencia.
	Incertidumbre sobre la presencia de latidos del corazón fetal o la vitalidad fetal.
	Desgarro perineal de tercero o cuarto grado u otro trauma perineal complicado que requiere sutura.
	Sospecha clínica o ecográfica de macrosomía fetal o desproporción céfalo pélvica.

## 23. ¿Cuál es la posición recomendada para la gestante durante el período dilatante y el parto?

<b>A</b> 	Se recomienda alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.
<b>A</b> 	Se recomienda que durante el expulsivo, las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.

## 24. ¿Cuál es la frecuencia indicada para la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal durante el expulsivo?

✓	<p>Se recomienda auscultar la frecuencia cardiaca fetal durante el expulsivo según los siguientes parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El corazón fetal se debe auscultar al menos cada 5 – 15 minutos en el periodo expulsivo.</li> <li>• La auscultación se llevará a cabo durante 30 – 60 segundos, como mínimo, después de una contracción.</li> <li>• El pulso materno también debe ser reconocido para diferenciar entre el ritmo materno y el latido cardiaco fetal.</li> </ul>
---	--

## 25. ¿Cuáles son las intervenciones probablemente benéficas y cuáles no durante el expulsivo en un parto normal?

A	No se recomienda la realización del masaje perineal durante el segundo periodo del parto.
A	Se recomienda posibilitar la aplicación de compresas calientes durante el segundo periodo del parto.
A	Se recomienda el pujo espontáneo durante el expulsivo. En ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva del segundo periodo del parto.
A	Se recomienda no utilizar la aplicación de anestésico local en spray como método para reducir el dolor perineal durante la segunda etapa del parto.
A	No se recomienda practicar episiotomía de rutina en el parto espontáneo.
B	Se recomienda la protección activa del periné mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal y pidiendo a la mujer que no puje durante la extensión y desprendimiento.
✓	Se recomienda hacer uso de la episiotomía solo si hay necesidad clínica, como en un parto instrumentado o sospecha de compromiso fetal.
✓	Antes de llevar a cabo una episiotomía, se recomienda realizar una analgesia eficaz, excepto en una emergencia debida a un compromiso fetal agudo.
✓	La episiotomía no debe recomendarse de forma rutinaria durante un parto vaginal en mujeres con desgarros de tercer o cuarto grado en partos anteriores.
A	No se recomienda realizar la maniobra de Kristeller.

## 26. ¿Qué clase de suturas deben usarse para la episiorrafia y la sutura de desgarros perineales?

A	Se recomienda la utilización de material sintético de absorción estándar para la reparación de la herida perineal.
✓	Se recomienda realizar un examen rectal después de completar la reparación para garantizar que el material de sutura no se haya insertado accidentalmente a través de la mucosa rectal.

## 27. En gestantes en quienes no exista indicación para pinzamiento inmediato ¿cuál es el momento adecuado para el pinzamiento del cordón umbilical?

A	Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical.
B	Se sugiere el pinzamiento del cordón a partir del segundo minuto o tras el cese del latido de cordón umbilical.
D	Se recomienda adoptar los siguientes criterios clínicos para pinzamiento del cordón: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrupción del latido del cordón umbilical.</li> <li>• Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical.</li> <li>• Satisfactoria perfusión de la piel.</li> <li>• Realizarlo entre dos y 3 minutos después del nacimiento.</li> </ul>
D	Se recomienda adoptar las siguientes indicaciones para pinzamiento inmediato: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desprendimiento de placenta.</li> <li>• Placenta previa.</li> <li>• Ruptura uterina.</li> <li>• Desgarro del cordón.</li> <li>• Paro cardíaco materno.</li> <li>• Los demás criterios recomendados en la Guía de Atención Integral de Recién Nacidos.</li> </ul>

## 28. ¿Cuáles son los beneficios del contacto piel a piel de la madre y el recién nacido?

A	Se recomienda que las mujeres mantengan el contacto piel a piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento.
✓	Para mantener caliente al bebé, se recomienda cubrirlo y secarlo con una manta o toalla previamente calentadas, al tiempo que se mantiene el contacto piel a piel con la madre.



✓	Se recomienda evitar la separación de la madre y el bebé dentro de la primera hora de vida y hasta que este haya finalizado su primera lactada. Durante este periodo se recomienda una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible con la relación entre la madre y el recién nacido con registro de signos vitales de los recién nacidos (color, movimientos respiratorios, tono y, si es preciso la frecuencia cardiaca) y la vigilancia del tono uterino y registro de signos vitales maternos alertando al médico sobre cualquier cambio.
---	--

## 29. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el manejo del expulsivo prolongado?

B	En casos de estado fetal insatisfactorio durante el expulsivo, el uso de tocolisis de emergencia podría mejorar las condiciones fetales y dar tiempo para iniciar otras intervenciones o remitir la paciente.
✓	Se sugiere manejar el expulsivo prolongado con la instrumentación (aplicación de fórceps, espátulas o vacuum) según las condiciones clínicas de la gestante, la disponibilidad en el sitio de atención y la capacitación y experiencia de quien aplica estos instrumentos.
✓	Se recomienda el uso de antibióticos profilácticos según la presencia de otros factores de riesgo ante e intraparto para infección puerperal.

## 30. ¿Cómo se diagnostica la distocia de hombro?

B	Se recomienda adoptar la siguiente definición para el diagnóstico de la distocia de hombros: una demora mayor o igual a un minuto entre el desprendimiento de la cabeza y el desprendimiento de los hombros.
B	La prolongación del trabajo de parto y del expulsivo y la necesidad de la instrumentación del parto, deben alertar al clínico sobre el riesgo de la presentación de una distocia de hombro.
✓	Se recomienda tener en cuenta la prevalencia de macrosomía en el grupo poblacional de la gestante como riesgo basal para la presentación de una distocia de hombro.

## 31. ¿Cuáles son las maniobras más efectivas para el manejo de la distocia de hombro?

D	Se recomienda realizar la maniobra de Mac Roberts combinada con presión suprapúbica y episiotomía o la maniobra de Gaskin (posición sobre las 4 extremidades) para la resolución de la distocia de hombros.
D	Se sugiere realizar la maniobra de extracción del hombro posterior después de la maniobra de Mac Roberts combinada con episiotomía y presión suprapúbica para la resolución de la distocia de hombros.

✓	Se recomienda el uso de las maniobras de Woods, Rubin y Zavanelli de acuerdo con el criterio clínico, habilidad, experiencia y recursos de quien atiende el parto y del sitio de atención.
✓	La distocia de hombros conlleva riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La necesidad de dos o más maniobras para resolverla debe alertar al clínico y a la paciente sobre el aumento de la frecuencia de las complicaciones en la madre y en el neonato.

# Sección 6. Complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo (hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico por placenta previa, abrupcio de placenta y hemorragia posparto).

## 1. ¿Cuáles son las intervenciones efectivas para prevenir la hemorragia posparto al finalizar el segundo período del parto?

A	Se recomienda realizar manejo activo del alumbramiento para disminuir la pérdida de sangre materna y reducir el riesgo de hemorragia posparto.
A	Se recomienda utilizar de forma rutinaria oxitócicos profilácticos en el manejo del alumbramiento en todas las mujeres.
A	Se recomienda la administración de oxitocina 5 UI o 10 UI (según la presentación de oxitocina disponible) por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal.
✓	Cuando exista un acceso venoso permeable, puede administrarse oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10ml de cristaloideos en un tiempo no inferior a 3 minutos.
A	Se recomienda el uso de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual para profilaxis durante el alumbramiento cuando la oxitocina no esté disponible. No se recomienda la administración por vía intrarectal.
A	No se recomienda el uso de ácido tranexámico para la prevención de la hemorragia posparto.
A	Se recomienda ligar y cortar el cordón umbilical entre el segundo y el tercer minuto después del nacimiento en todos los recién nacidos de término y pretérmino que nazcan vigorosos.

## 2. ¿Cuál es la intervención más efectiva para prevenir la hemorragia posparto en una paciente sometida a cesárea?

A	Se recomienda en mujeres con parto por cesárea, la administración de un bolo de 5 UI de oxitocina diluidas en cristaloideos por vía IV en un tiempo no inferior a 3 minutos, inmediatamente se extraiga el bebé.
A	Se recomienda en mujeres con parto por cesárea, adicionar una infusión de 30 UI de oxitocina en 500 ml de cristaloideos para pasar en 4 horas, inmediatamente después de la administración del bolo inicial de 5 UI de oxitocina.

## 3. ¿Cuáles son las intervenciones necesarias para disminuir el riesgo de hemorragia grave y complicaciones en mujeres con diagnóstico prenatal de acretismo placentario?

D	En pacientes con factores de riesgo para acretismo placentario, se recomienda realizar un ultrasonido con Doppler placentario por personal calificado para identificar la localización y el grado de inserción de la placenta.
✓	Se recomienda que el ultrasonido con Doppler se realice a una edad gestacional por encima del límite de viabilidad fetal.
D	Si se diagnostica acretismo placentario, se recomienda planear la atención del parto por un equipo multidisciplinario apropiado para el manejo de la condición específica de la paciente, en una institución que cuente con las ayudas diagnósticas pertinentes, con disponibilidad de glóbulos rojos, plasma, plaquetas y crioprecipitado, y el acceso a una unidad de cuidados intensivos.
D	No existe evidencia suficiente para recomendar o rechazar la oclusión profiláctica con balones de insuflación en las arterias hipogástricas en pacientes con acretismo placentario.

## 4. ¿Cuál es la intervención más efectiva para tratar la retención placentaria sin sangrado, después de manejo activo del alumbramiento?

D	Si después de 30 minutos de haber realizado el manejo activo del alumbramiento, la placenta no se expulsa de forma espontánea, se recomienda administrar 10 UI de oxitocina intramuscular o intravenosa, en combinación con la tracción controlada del cordón umbilical.
✓	Se recomienda una única tracción luego de la administración de esta dosis de oxitocina.

✓	Si la atención de la mujer se está realizando en un primer nivel de atención y la placenta no se desprende con el manejo anterior, se recomienda iniciar la infusión de 20 UI de oxitocina en 500 ml de cristaloides a 60 ml/hora (40 miliunidades/min) y remitirla.
B	Si la atención de la mujer se está realizando en instituciones de segundo y tercer nivel y la placenta no se desprende en 30 minutos después de administrar la segunda dosis de oxitocina, se recomienda como alternativa a métodos invasivos, la inyección en la vena umbilical con técnica aséptica de 800 mcg de misoprostol disueltos en 30 c.c. de solución salina.
A	No se recomienda la inyección de oxitocina o solución salina por vena umbilical para el manejo de la placenta retenida.
✓	Si después de la realización de las maniobras antes descritas para el manejo de la placenta retenida sin sangrado, no hay respuesta, se recomienda hacer la extracción manual teniendo presente el riesgo potencial de un acretismo.


### 5. ¿Se recomienda el uso profiláctico de antibióticos cuando se realiza revisión manual de la cavidad uterina?

D	Se recomienda administrar dosis única parenteral de cefalosporina de primera generación inmediatamente antes de iniciar la extracción manual de la placenta.
✓	En caso de alergia documentada a los betalactámicos, se recomienda administrar clindamicina más gentamicina en dosis única.
✓	En las instituciones que cuenten con perfil microbiológico, se recomienda elegir el antibiótico de acuerdo con dicho perfil.

### 6. ¿Cuáles son los criterios que determinan el inicio del manejo del choque hipovolémico?

D	Se recomienda para la identificación del grado del choque, la evaluación de los siguientes parámetros clínicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensorio (estado de conciencia).</li> <li>• Perfusión (color de la piel, temperatura de la piel y llenado capilar).</li> <li>• Pulso.</li> <li>• Presión arterial.</li> </ul>
D	Se recomienda clasificar el grado del choque e iniciar el manejo con el peor parámetro clínico encontrado.

## 7. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el manejo de la hemorragia posparto?

<p><b>C</b></p> 	<p>Se recomienda que cuando se diagnostique hemorragia posparto con cualquier grado de choque, se active el protocolo de código rojo obstétrico que incluya simultáneamente acciones en cuatro áreas de intervención: comunicación, resucitación, monitoreo e investigación de la causa y control del sangrado.</p>
<p>✓</p>	<p>En la hemorragia posparto con signos de choque, se recomiendan las siguientes medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alertar al personal de salud entrenado en código rojo obstétrico.</li> <li>• Asignar a un miembro del equipo, el registro de los procedimientos realizados, la administración de líquidos, medicamentos y signos vitales; idealmente en formato preestablecido.</li> <li>• Garantizar la disponibilidad de hemoderivados, alertar al laboratorio y activar el sistema de referencia.</li> <li>• Evaluar sistema respiratorio.</li> <li>• Administrar oxígeno suplementario con máscara con bolsa reservorio mínimo a 10 litros por minuto. En ausencia de máscara, suministrar oxígeno con cánula nasal a 3 litros por minuto o sistema venturi 35-50%.</li> <li>• Se debe mantener oximetría de pulso por encima del 95%.</li> <li>• Garantizar al menos dos accesos venosos permeables de buen calibre. Se recomienda al menos uno con catéter N° 14 o N° 16.</li> <li>• Realizar la toma de muestra de sangre para hemograma completo, pruebas cruzadas, pruebas de coagulación incluido fibrinógeno, pruebas de función renal, pruebas de función hepática y gases arteriales.</li> <li>• Iniciar y continuar infusión de cristaloides calentados a 39°C, titulando cada 5 minutos la respuesta basada en los signos de choque: sensorio conservado, pulso radial presente, presión arterial sistólica mayor de 90 mmHg y llenado capilar &lt; 5 seg con bolos de 500 ml si alguno de los parámetros se encuentra alterado.</li> <li>• Inserción de sonda Foley para monitorear volumen urinario.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener caliente a la paciente cubriéndola con mantas y en posición supina.</li> <li>• Valoración y registro cada 15 minutos del pulso, presión arterial y frecuencia respiratorio una vez estabilizada la paciente.</li> <li>• Una vez estabilizada la paciente, remitir a un nivel de mayor complejidad que garantice la atención adecuada.</li> <li>• Documentación de los procedimientos, balance de líquidos y hemoderivados transfundidos.</li> </ul>

## 8. ¿Cuáles son las medidas más efectivas para la recuperación del volumen sanguíneo en el manejo del choque hipovolémico por hemorragia obstétrica?

✓	Se recomienda iniciar infusión de cristaloideos calentados a 39°C, titulando cada 5 minutos la respuesta basada en los signos de choque: sensorio conservado, llenado capilar < 5 seg, pulso radial presente y presión arterial sistólica mayor de 90 mmHg con bolos de 500 ml si alguno de los parámetros se encuentra alterado.
✓	Se recomienda utilizar soporte vasopresor si la paciente continúa con inestabilidad hemodinámica después de la reposición de volumen y control del sitio de sangrado. La selección del vasopresor dependerá de los medicamentos y la vía de acceso disponibles.

## 9. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el control de la hemorragia por atonía uterina?

B	Para el control de hemorragia por atonía uterina se recomienda excluir otras causas de hemorragia posparto como retención de fragmentos de placenta o membranas, laceraciones o hematomas vaginales o cervicales, ruptura uterina, hematomas de ligamentos, sangrado extragenital, inversión uterina o coagulopatía.
✓	Se recomienda utilizar la nemotecnia de las 4 “T”: Tono, Trauma, Tejido y Trombina (coagulopatía).
B	Si la causa de la hemorragia es la atonía uterina, se recomienda implementar las siguientes medidas hasta que cese el sangrado o se defina la necesidad de otra intervención: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserción de una sonda Foley para evacuar la vejiga.</li> <li>• Compresión uterina bimanual.</li> <li>• Administrar 5 UI de oxitocina por vía IV lenta, mientras se inicia una infusión de 30 UI de oxitocina diluida en 500 ml de cristaloideos para pasar en 4 horas.</li> <li>• Ergometrina 0.2 mg por vía IM. Repetir una sola dosis adicional después de 20 minutos. Puede continuarse 0.2 mg cada 4 a 6 horas, máximo 5 ampollas en 24 horas. (contraindicada en mujeres con hipertensión).</li> </ul>
B	Se recomienda utilizar misoprostol 800 mcg por vía sublingual solo si no se cuenta con oxitocina o maleato de metilergonovina para el manejo de la hemorragia posparto.

D	El ácido tranexámico en dosis de 1 g por vía IV, se puede ofrecer como un tratamiento para la hemorragia posparto si: la administración de la oxitocina seguido de las opciones de tratamiento de segunda línea y el misoprostol no han logrado detener la hemorragia; o como complemento a la sutura de traumatismos del canal del parto identificados como causa del sangrado (desgarros del canal del parto).
D	No se recomienda el uso de carboprost para el tratamiento de las mujeres con hemorragia posparto.

## 10. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el control de la hemorragia posparto por atonía uterina sin respuesta al manejo médico?

C	Se recomienda iniciar medidas de hemostasia quirúrgica lo más pronto posible, si el manejo inicial falla. Se recomienda que este tiempo no supere nunca los 20 minutos.
C	Se recomienda el taponamiento uterino con balón hidrostático (incluye condón), como la primera opción quirúrgica para las mujeres con atonía uterina.
✓	Se recomienda administrar dosis única parenteral de cefalosporina de primera generación inmediatamente antes de insertar el balón.
✓	En caso de alergia documentada a los betalactámicos, se recomienda administrar clindamicina más gentamicina en dosis única.
✓	Se recomienda dejar una infusión de oxitocina de 30 UI diluidas en 500 ml de cristaloides para pasar en 4 horas.
✓	Se recomienda dejar el balón por un tiempo máximo de 24 horas y retirar en sitio donde se cuente con recurso humano calificado, hemoderivados y quirófano.
C	No se recomienda realizar taponamiento uterino con gasa.
C	Se recomienda aplicar las siguientes medidas quirúrgicas conservadoras dependiendo de las circunstancias clínicas y la experticia de quien atiende a la mujer: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suturas hemostáticas uterina (B-Lynch o sutura compresiva modificada).</li> <li>• Ligadura bilateral de arterias uterinas.</li> <li>• Ligadura bilateral de arterias ilíacas internas.</li> <li>• Embolización arterial selectiva.</li> </ul>



- |   |   |
|---|---|
| C | Se recomienda recurrir a la histerectomía prontamente, cuando las medidas anteriores fallen o las circunstancias clínicas lo indiquen desde el inicio (ejemplo: estallido uterino). |
|---|---|

### 11. ¿Cuál es el mejor tipo de histerectomía indicada para el manejo de la hemorragia posparto?

- |   |  |
|---|--|
| D | Se recomienda que el obstetra de acuerdo a su experticia, la condición clínica particular de cada mujer y las condiciones técnicas del sitio operatorio, defina el tipo de histerectomía a realizar. |
|---|--|


### 12. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el control de la hemorragia posparto por acretismo placentario?

- |   |   |
|---|---|
| D | Si la placenta no se separa con las medidas habituales, se recomienda no intentar separarla y remitir a una institución con capacidad resolutive. El manejo médico o la histerectomía con placenta in situ están asociados con menor pérdida sanguínea que tratar de separarla.   |
| D | Si la placenta se separa parcialmente, se recomienda que la porción desprendida sea extraída y la hemorragia que se presente, manejarla de acuerdo a las recomendaciones planteadas. Las porciones que no se desprenden pueden ser dejadas en su lugar, pero la pérdida de sangre en tales circunstancias puede ser mayor y requiere el manejo de una hemorragia masiva de manera oportuna. |

### 13. ¿Cuál es la intervención más efectiva para el manejo de la hemorragia obstétrica por abrupcio de placenta?

- |   |  |
|---|--|
| ✓ | Se recomienda que el manejo de la hemorragia obstétrica por abrupcio de placenta se realice en un nivel de alta complejidad, búsqueda y tratamiento activo de la coagulopatía (considerar protocolo de transfusión masiva) y soporte vital avanzado. |
|---|--|

#### 14. ¿Cuáles son las recomendaciones generales para el uso de hemoderivados en el tratamiento de la mujer con hemorragia obstétrica?

C	Se recomienda realizar pruebas cruzadas en hemorragia posparto.
C 	En los casos en que las pruebas cruzadas no estén disponibles, se recomienda iniciar con sangre tipo “O negativo” y/o sangre específica sin pruebas cruzadas hasta que la sangre específica con pruebas cruzadas esté disponible.
✓	Se recomienda en caso de choque hemorrágico grave, abrupcio de placenta con feto muerto o coagulopatía intravascular diseminada (CID) clínicamente evidente, aplicar un protocolo de transfusión masiva para servicios obstétricos.
✓	En aquellos sitios que tengan disponibilidad, se recomienda reponer glóbulos rojos, plasma fresco congelado y plaquetas en una relación 1:1:1.
✓	En los sitios con limitación de recursos, se puede reponer glóbulos rojos y plasma fresco congelado en una relación 1,5:1.
C	Se recomienda administrar concentrado de plaquetas si el conteo es menor de 50.000.
C	Se recomienda administrar crioprecipitado si el fibrinógeno es menor de 1 g/L.
C	No se recomienda utilizar algún filtro especial de sangre porque disminuye la velocidad de infusión.
B	No existe evidencia en hemorragia obstétrica para recomendar o rechazar el uso de factor VII recombinante.

#### 15. ¿Cuál es la indicación más efectiva para transfundir en ausencia de sangre “O negativo”?


C	En ausencia de glóbulos rojos “O negativo”, se recomienda iniciar con glóbulos rojos “O positivo”.
---	--

#### 16. ¿Cuáles son los aspectos logísticos a tener en cuenta en el manejo del choque hipovolémico por causa obstétrica?

D	Se recomienda que las instituciones de salud que atienden partos cuenten con un protocolo y/o guía para el manejo de la hemorragia posparto.
---	--

<b>D</b>	Se recomienda que las instituciones de salud de primer y segundo nivel que atienden partos cuenten con un protocolo formal para la referencia de las mujeres a un nivel de mayor complejidad.
----------	---

**17. ¿Cuál es la estrategia más efectiva para mejorar las habilidades del personal de salud en el manejo de la hemorragia obstétrica?**

<b>A</b>	Se recomienda entrenamiento en el manejo de la hemorragia posparto a todo el personal que atiende partos.
<b>A</b> 	Se recomienda que el entrenamiento para el manejo de la hemorragia posparto se haga bajo la estrategia de simulación.


**18. ¿Cuánto tiempo debe permanecer hospitalizada una paciente sin factores de riesgo en el posparto?**

<b>D</b>	Después del parto eutócico de bajo riesgo de un bebé sano a término se sugiere una vigilancia del binomio por personal calificado por las primeras 48 horas.
<b>D</b>	Se recomienda la evaluación del binomio por personal calificado entre las 24 y 48 horas después del parto si la madre y el bebé son dados de alta de la institución antes de 48 horas.
<b>D</b>	Se recomienda que las mujeres y sus familias reciban información e instrucciones claves para su cuidado en casa y el de su bebé, especialmente relacionadas con la lactancia materna y la identificación temprana de signos de alarma maternos y neonatales.

## Referencias

Para consultar la totalidad de las referencias bibliográficas y evidencia asociada a las recomendaciones, favor remitirse a la versión completa de esta guía.

1. Ministerio de la Protección Social- COLCIENCIAS-CEIS. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá, Colombia; 2010.
2. NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London: RCOG Press; 2008 [cited 2011 Jun 1]. Available from: <http://www.nice.org.uk/CG62>.
3. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. London: NICE; 2010.
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Bilbao: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010 [cited 2011 Jun 1]. Available from: [http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc?p\\_p\\_id=EXT\\_8\\_INSTANCE\\_Yle8&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-3&p\\_p\\_col\\_pos=1&p\\_p\\_col\\_count=2&\\_EXT\\_8\\_INSTANCE\\_Yle8\\_struts\\_action=%2Fext%2Fpredisenyada%2Fvista-Previo&\\_EXT\\_8\\_INSTANCE\\_Yle8\\_contenidoId=57717&\\_EXT\\_8\\_INSTANCE\\_Yle8\\_version=1.5](http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc?p_p_id=EXT_8_INSTANCE_Yle8&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-3&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2&_EXT_8_INSTANCE_Yle8_struts_action=%2Fext%2Fpredisenyada%2Fvista-Previo&_EXT_8_INSTANCE_Yle8_contenidoId=57717&_EXT_8_INSTANCE_Yle8_version=1.5).
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Preterm Prelabour Rupture of Membranes. Dublin, Ireland; 2006 [cited 2011 Jun 1]. Available from: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/preterm-prelabour-rupture-membranes-green-top-44>.
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. London; 2009 [cited 2011 Jun 01]. Available from: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/prevention-and-management-postpartum-haemorrhage-green-top-52>.
7. World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. Geneva: WHO Press; 2009 [cited 2011 Jun 1]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf).
8. New Zealand Guidelines Group. Notes on the adaptation/Synthesis of Guidelines. New Zealand; 2004 [cited 2009 Jan 29]. Available from: [www.nzgg.org.nz](http://www.nzgg.org.nz).
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developer's handbook. Edinburgh; 2008 [cited 2012 Jan 01]. Available from: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>.
10. National Institute for Clinical Excellence. The guidelines manual. London: National Institute for Clinical Excellence; 2007 [cited 2012 Jan 01]. Available from: [http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalguidelines/clinicalguidelinedevelopmentmethods/theguidelinesmanual2007/the\\_guidelines\\_manual\\_2007.jsp](http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalguidelines/clinicalguidelinedevelopmentmethods/theguidelinesmanual2007/the_guidelines_manual_2007.jsp).



Guías de Práctica Clínica para la  
prevención, detección temprana y  
tratamiento de las complicaciones  
del embarazo, parto o puerperio

## PROTOCOLO: BIENESTAR FETAL ANTEPARTO

### BIENESTAR FETAL ANTEPARTO

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

#### INTRODUCCIÓN

El principal objetivo del control fetal anteparto es identificar aquellos fetos con pérdida del bienestar fetal crónico para planificar estrategias dirigidas a evitar un acontecimiento adverso. La evidencia disponible hasta el momento es escasa ya que no existen estudios aleatorizados concluyentes al respecto. Por este motivo, las recomendaciones relativas al control de bienestar fetal anteparto están limitadas por la falta de evidencia científica de calidad. Además, las estrategias de las que disponemos no son capaces de hacer una predicción de eventos agudos.

En este sentido, la indicación del inicio del control anteparto vendrá determinado por la situación clínica y factores de riesgo epidemiológicos, maternos o fetales ya que las pacientes con alto riesgo pueden presentar una tasa de mortalidad perinatal hasta 10 veces mayor que aquellas sin factores de riesgo.

En la actualidad se disponen de diferentes test para el control del bienestar fetal anteparto: control de los movimientos fetales, registro cardiotocográfico no estresante (RCTG), RCTG estresante (Test de Pose), estimulación vibroacústica, y el uso de la ecografía para la evaluación de: líquido amniótico (LA), perfil biofísico (PBF) y peso fetal estimado (PFE). El estudio Doppler no ha demostrado ser un buen predictor del bienestar fetal, excepto en los casos de insuficiencia placentaria.

En la práctica clínica habitual nos encontraremos en tres situaciones:

1. Bienestar fetal anteparto en consultas externas
2. Bienestar fetal anteparto en urgencias
3. Bienestar fetal anteparto en gestantes ingresadas

#### INDICACIONES PARA LA MONITORIZACIÓN ANTEPARTO

##### 1. BIENESTAR FETAL ANTEPARTO EN CONSULTAS EXTERNAS

###### 1.1 CONTROL DE LOS MOVIMIENTOS FETALES

La única técnica de vigilancia prenatal recomendada para todas las mujeres embarazadas, **CON** o **SIN** factores de riesgo, es el **control de los movimientos fetales**. Es por ello que a todas las

## PROTOCOLO: BIENESTAR FETAL ANTEPARTO

---

gestantes se les entregará junto con el informe de la ecografía morfológica una hoja informativa acerca de los movimientos fetales (ver protocolo de *disminución de los movimientos fetales*). Se puede resumir en:

- Las gestantes sin factores de riesgo (FR): informarlas de que deben tener conciencia de la percepción de éstos y realizar conteo dirigido en caso de percibir disminución de los mismos.
- Gestantes con factores de riesgo (Tabla 1): deben realizar control diario de los movimientos fetales a partir de las 26-32 semanas de gestación (SG).

Aquellas gestantes que **NO PERCIBAN DIEZ MOVIMIENTOS EN UN INTERVALO DE DOS HORAS**, precisarán una evaluación complementaria del bienestar fetal (ver protocolo *disminución de los movimientos fetales*).

### 1.2 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: REGISTRO CARDIOTOCOGRÁFICO Y ECOGRAFÍA

En gestaciones a término, añadiremos al control de los movimientos fetales otras medidas de control de bienestar fetal según los factores de riesgo (Tabla 1):

- 1.2.1 GESTANTES SIN FACTORES DE RIESGO

A pesar del uso generalizado del RCTG, no existe evidencia de que pueda reducir la morbilidad perinatal o la mortalidad en las gestaciones sin factores de riesgo. Es por ello que, en aquellas gestantes sin factores de riesgo sólo se añadirá de manera rutinaria al control de los movimientos fetales, un **RCTG a partir de las 40 SG**.

En pacientes de bajo riesgo que deseen conducta expectante entre las 41-42 SG, se añadirá monitorización del bienestar fetal cada 48-72h mediante RCTG y ecografía (evaluar columna máxima de LA y Doppler de ACM), tras verificación del PFE dentro de los percentiles adecuados si no se dispone de PFE en los últimos 14 días (ver protocolo *Manejo de la gestación de >41 semanas*).

- 1.2.1 GESTANTES CON FACTORES DE RIESGO

En aquellas gestantes que presenten FR (Tabla 1) se iniciarán los controles de bienestar prenatal según protocolo correspondiente. En caso de no disponer de protocolo específico, se iniciarán controles con **RCTG semanal entre las 38-39 SG**.

En pacientes de edad materna  $\geq 40$  años, IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> o con diagnóstico de colestasis intrahepática (en las que nuestra recomendación es la finalización a partir de las 40 SG) que deseen conducta expectante más allá de las 40 semanas, se añadirá monitorización del

---

## PROTOCOLO: BIENESTAR FETAL ANTEPARTO

---

bienestar fetal cada 48-72h mediante RCTG y ecografía (columna máxima de LA y Doppler de ACM), tras verificación del PFE dentro de los percentiles adecuados si no se dispone de PFE en los últimos 14 días (ver protocolo *Manejo de la gestación >41 semanas*).

### 2. BIENESTAR FETAL ANTEPARTO EN URGENCIAS

---

Dado que no existen criterios firmes que evalúen el bienestar fetal en las gestaciones pretérmino, realizaremos:

- Un RCTG a aquellas gestantes  $\geq 24$  SG que consulten por un motivo obstétrico o en las que el bienestar fetal pueda resultar comprometido (sensación de dinámica uterina, disminución de movimientos fetales, cifras tensionales elevadas, hemorragia, fiebre, traumatismo, etc.), o en las que el motivo de consulta pueda implicar presencia de dinámica uterina subclínica (pielonefritis aguda, gastroenteritis...).
- En aquellas de  $\geq 24$  SG que consulten por motivos no obstétricos (por ejemplo: vulvovaginitis, cialgia, odontalgia, otalgia...) el bienestar fetal puede evaluarse o bien mediante auscultación/observación de la frecuencia cardíaca fetal y observación por ecografía de movimientos fetales activos y líquido amniótico dentro de la normalidad o alternativamente mediante RCTG adaptado a la edad gestacional.
- Si no hay una indicación obstétrica que indique otra estrategia, en aquellas pacientes de  $<24$  semanas se comprobará la actividad cardíaca mediante auscultación (o ecografía si se realizara ecografía por algún motivo).

En las gestaciones a término realizaremos RCTG a partir de las 40 SG en aquellas gestantes que no presenten factores de riesgo. Y a partir de las 38-39 semanas si presentan factores de riesgo o según protocolo correspondiente.

### 3. BIENESTAR FETAL ANTEPARTO EN GESTANTES INGRESADAS

---

Aquellas pacientes  $\geq 24$  semanas que requieran de ingreso en sala de hospitalización o UCOI:

- Se realizarán los controles de bienestar en función de la patología que presenten, siguiendo el protocolo correspondiente.
- Si no se dispone de protocolo específico se realizará RCTG diario durante los 2-3 primeros días. Si éstos son normales y no hay ningún cambio clínico materno o fetal se realizará de manera semanal.
- Se realizará un RCTG previo al alta.

Si no hay una indicación obstétrica que indique otra estrategia, en aquellas pacientes de  $<24$  semanas se comprobará la actividad cardíaca fetal semanal y previamente al alta.



## PROTOCOLO: BIENESTAR FETAL ANTEPARTO

---

### INTERPRETACIÓN DEL RCTG ANTEPARTO

---

La interpretación del RCTG debe tener en cuenta la edad gestacional ya que entre 24-28 semanas, hasta el 50 % de los fetos no presentan aceleraciones y, en cambio, entre 28-32 semanas solo el 15 % de los registros son no reactivos. Se detalla la clasificación del RCTG en gestaciones a término en la Tabla 2. En gestaciones pretérmino pueden no cumplirse todos los criterios y la interpretación debe ser más laxa considerando la edad gestacional (periodos prolongados de taquicardia con buena variabilidad y aceleraciones, ausencia de aceleraciones con buena variabilidad...)

En los casos en que se disponga del RCTG computerizado se puede realizar una lectura automatizada similar a la realizada por un electrocardiograma.

#### **A) si no se dispone de RCTG computerizado:**

Ante un **RCTG normal - reactivo** no es necesario realizar otras pruebas de bienestar fetal. Se debe seguir el control habitual.

Si tras 20 minutos el RCTG no puede clasificarse como normal, se continuará la monitorización otros 20 minutos dado que, tanto la reducción de reactividad y variabilidad como de los movimientos fetales, puede estar justificada por la fase no-REM de sueño fetal (promedio de duración de 20 minutos). Si después de este periodo el RCTG es normal, la paciente será dada de alta y se programarán los controles habituales.

#### **B) si se dispone de RCTG computerizado:**

En el RCTG computerizado, los criterios se cumplen de media, a los 12 minutos. A los 20 minutos, un 75% de los registros cumplen criterios. A los 40 minutos un 90%. Sólo en un 2.5% no se cumplen a los 60 minutos, que es cuando los diferentes algoritmos establecen que se requiere una evaluación por un médico o matrona sénior (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19489020/>).

Por lo tanto, si se dispone de RCTG computerizado:

- En cuanto se cumplan los criterios seguir con la visita programada con el médico/comadrona de referencia
- Si no se cumplen los criterios descritos se prolongará (al igual que en el RCTG no computerizado) a los 40 minutos. Si después de 40 minutos no cumple criterios, a partir de aquí se procederá del mismo modo como el RCTG normal – no reactivo.

Si después de 40 minutos, el **RCTG es normal - no reactivo**, se tomarán las constantes vitales a la paciente y se determinará la glicemia para excluir posibles causas desencadenantes (fiebre, taquicardia, hipotensión, hipoglucemia, dinámica uterina...). Éstas se corregirán si

---

**PROTOCOLO: BIENESTAR FETAL ANTEPARTO**

---

existen y se realizarán cambios posturales. La ingesta o administración de glucosa a la gestante y la manipulación externa del feto no han mostrado evidencia de su utilidad.

Si a pesar de estas medidas, persiste el mismo patrón se realizará una ecografía para la valoración del perfil biofísico (PBF).

- Si la paciente se encuentra en urgencias o UCOI, se realizará la ecografía en urgencias por el personal de sala de partos-urgencias, supervisado siempre por un adjunto.
- Si la paciente se encuentra en consultas externas se realizará la ecografía en la *puerta 14 o en el dispensario de ecografías*, según sede, por el especialista responsable de la paciente. En caso que la paciente sea visitada por la comadrona la valoración la realizará el especialista de referencia de las comadronas (HCP) o el responsable de riesgo medio (HSJD). Si no es posible que sea valorada por el adjunto pertinente, será remitida a urgencias.
- Si la paciente se encuentra hospitalizada la valoración será realizada por el especialista responsable de sala.

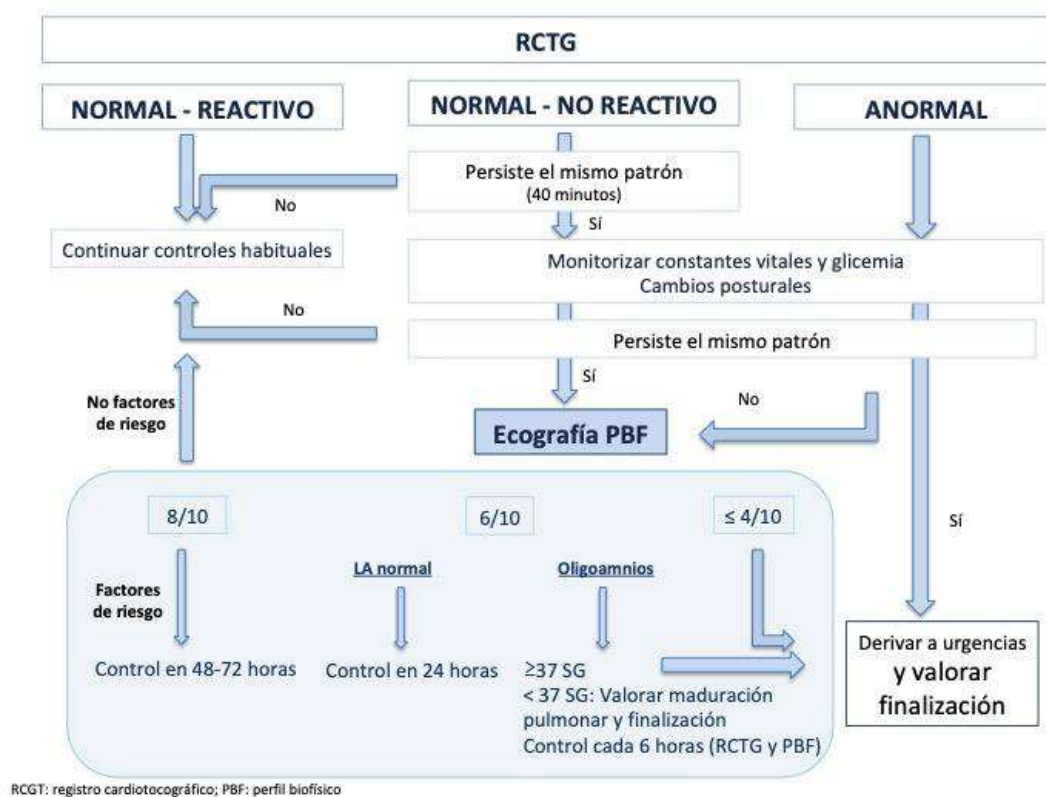
Ante un **RCTG anormal** se remitirá a la paciente a urgencias y se realizará evaluación de la situación tan pronto como sea posible. Se tomarán las constantes vitales, se determinará la glicemia para excluir posibles causas desencadenantes (fiebre, taquicardia, hipotensión, hipoglucemia, dinámica uterina...) y se valorará si existe una causa que implique la finalización de la gestación. La decisión de finalización tendrá en cuenta la situación clínica, la potencial corrección de factores desencadenantes, las alteraciones del RCTG y la edad gestacional. En caso de que no se considere necesaria la finalización inmediata de la gestación, se actuará en función del resultado del PBF.

**Actuación según el PBF:**

- PBF 8/10 y la paciente NO presenta factores de riesgo se citará para control obstétrico habitual. Si presenta algún factor de riesgo se citará en la unidad de Bienestar Fetal (UBF) o Alto riesgo en 48-72 horas para nueva valoración del PBF Y RCTG.
- PBF  $\geq 6/10$  y LA normal: repetir RCTG y PBF en 24h en UBF o Alto riesgo
- PBF  $\geq 6/10$  y oligoamnios: finalizar la gestación si  $\geq 37$  semanas. Si  $<37$  semanas valorar la pertinencia de maduración pulmonar y realizar seguimiento cada 6 horas con RCTG y PBF.
- PBF  $\leq 4/10$ : considerar finalizar la gestación de manera inminente.

## PROTOCOLO: BIENESTAR FETAL ANTEPARTO

## ALGORITMO



**PROTOCOLO: BIENESTAR FETAL ANTEPARTO**

**ANEXO**

**TABLA 1: FACTORES DE RIESGO EN LA GESTACIÓN**

<b>Patología materna de base</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes materna</li> <li>• Otros trastornos endocrinos: alteración tiroidea</li> <li>• Hipertensión crónica</li> <li>• Enfermedad cardíaca materna</li> <li>• Enfermedad renal materna</li> <li>• Síndrome antifosfolípido</li> <li>• Trombofilias</li> <li>• Otras enfermedades médicas concomitantes</li> <li>• Infecciones maternas (HIV, etc.)</li> </ul>
<b>Factores de riesgo epidemiológicos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad materna (&lt;18 años y &gt;38 años)</li> <li>• Obesidad (IMC &gt;30)</li> <li>• Hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo)</li> <li>• Raza negra</li> </ul>
<b>Complicaciones obstétricas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malos antecedentes obstétricos</li> <li>• Gestación no controlada</li> <li>• Antecedente de traumatismo abdominal</li> <li>• Gestación cronológicamente prolongada</li> <li>• Retraso de crecimiento intrauterino (RCIU) y Enfermedad Hipertensiva del Embarazo</li> <li>• Disminución de los movimientos fetales</li> <li>• Rotura prematura de las membranas</li> <li>• Gestación gemelar</li> <li>• Isoinmunización Rh</li> <li>• Colestasis intrahepática</li> <li>• Alteración del líquido amniótico</li> <li>• Malformación fetal, anomalía cromosómica, infección fetal</li> <li>• Anomalías placentarias (vasa previa, hematoma placentario)</li> <li>• Amenaza de parto prematuro y rotura prematura de membranas</li> </ul>

PROTOCOLO: BIENESTAR FETAL ANTEPARTO

TABLA 2: CLASIFICACIÓN DEL RCTG A TÉRMINO

		NORMAL-REACTIVO	NORMAL – NO REACTIVO	ANORMAL
Línea basal		110-160 lpm	100-110 lpm >160 lpm < de 30'	<100 lpm >160 lpm >de 30'
Variabilidad		> 5 y <25 ≤5 o ≥25 < de 15'	≤ 5 o ≥25 durante 15-30'	≤ 5 lpm >30' ≥ 25 lpm >30' Patrón sinusoidal
Deceleraciones	No DU	Ninguna	Esponáneas ocasionales	Esponáneas repetidas (>1/10 min durante 30')  Prolongada >5'
	DU*	Ninguna Tempranas Variables ocasionales (<30% de las contracciones) y de menos de 30''	Variables recurrentes (30-50% de las contracciones) o de 30-60''  Prolongada ≥2 min pero <5'	Repetidas variables >50% de las contracciones o de más de 60''  Tardías  Prolongada >5'
Aceleraciones	<32 sem	≥2 (10 lpm y 10'') en 40'	<2 (10 lpm y 10'') en 40-90'	<2 (10 lpm y 10'') en >90'
	≥32 sem	≥2 (15 lpm y 15'') en 40'	<2 (15 lpm y 15'') >40'	-

\* En condiciones de parto se aplicará la clasificación detallada en el protocolo de control de bienestar fetal intraparto

TABLA 3: EVALUACIÓN DEL PERFIL BIOFÍSICO

Consiste en la valoración de 5 parámetros fetales durante 30 minutos. La normalidad de cada uno de los parámetros suma 2 puntos y 0 si no lo cumple:

- Movimientos respiratorios: ≥ 1 episodio con una duración de más de 20 segundos.
- Movimientos fetales: ≥ 2 movimientos de las extremidades o del tronco.
- Tono fetal: ≥ 1 episodio de extensión-flexión del tronco o de extremidades o abertura y cierre de las manos.
- Líquido amniótico: columna máxima de líquido amniótico ≥2 cms
- RCTG: normal.

---

**PROTOCOLO: BIENESTAR FETAL ANTEPARTO**

---

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Liston R, Sawchuck D, Young D. Fetal Health Surveillance: Antepartum Consensus Guideline. SOCG Clinical practice guideline. Abril 2018; 197a.
2. ProSEGO. Control del bienestar fetal anteparto. Guía práctica de asistencia. Enero 2009
3. Abobakr A, Abdelmagiel A, Shazly M. Fetal cerebro-placental ratio and adverse perinatal outcome: systematic review and meta-analysis of the association and diagnostic performance. J. Perinat Med. 2016
4. Electronic fetal heart rate monitoring: research guidelines for interpretation. National Institute of Child Health and Human Development Research Planning Workshop. Am J Obstet Gynecol. 1997 Dec;177(6):1385-90.
5. Westergaard HB. A critical appraisal of the use of umbilical artery Doppler ultrasound in high-risk pregnancies: use of meta-analyses in evidence-based obstetrics. Ultrasound Obstet Gynecol 2001;17(6):466-76
6. Manning FA. Dynamic ultrasound-based fetal assessment: the fetal biophysical profile score. Clin Obstet Gynecol. 1995 Mar;38(1):26-44.
7. Indications for outpatient antenatal fetal surveillance. ACOG Committee Opinion No. 828. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2021;137:e177–97.

<b>Responsables del protocolo:</b>	Laura Guirado, Estefanía López, Clara Murillo, Núria Baños, Sharon Santos, M Dolores Gómez-Roig, Montse Palacio.
<b>Fecha del protocolo y actualizaciones:</b>	18/02/2022
<b>Última actualización:</b>	18/02/2022
<b>Próxima actualización:</b>	18/02/2026
<b>Código Hospital Clínic:</b>	MMF-111-2022
<b>Código Sant Joan de Déu:</b>	