

**HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA
OBSTÉTRICA,
NEONATAL Y
GINECOLÓGICA:**
ORIENTACIONES PARA
SU FORMULACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE CHILE

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA
OBSTÉTRICA,
NEONATAL Y
GINECOLÓGICA:
ORIENTACIONES PARA
SU FORMULACIÓN

Hipótesis diagnóstica obstétrica, neonatal y ginecológica: orientaciones para su formulación

Daniela Andrade Rebolledo, Bárbara López Bravo, Juana Pizarro Bravo, Natalie Adasme Díaz, Marcela Zavala Valderrama, Solange Godoy Huanchicay, Militzen Tapia Wittcke, Fúrica Poblete González, Carolina Poblete Ramírez, Felipe Valenzuela Correa, María Fernanda Martínez Salinas, Daniela Castro Chávez, Ana María Arriagada Monsalve.

Primera edición: agosto, 2026

Santiago, Chile

Ediciones Universidad Autónoma de Chile

<https://ediciones.uautonoma.cl>

© Universidad Autónoma de Chile

Av. del Valle 534, Huechuraba

Santiago, Chile



Este material puede ser copiado y redistribuido por cualquier medio o formato, además se puede remezclar, transformar y crear a partir del material siempre y cuando se reconozca adecuadamente la autoría y las contribuciones se difundan bajo la misma licencia del material original.

Impreso en Chile | Printed in Chile

EDICIONES

Universidad Autónoma de Chile

Contenido

.7

**CAPÍTULO I.
Hipótesis diagnóstica obstétrica**

**CAPÍTULO II.
Hipótesis diagnóstica neonatal**

.47

.63

**CAPÍTULO III.
Hipótesis diagnóstica ginecológica**

**CAPÍTULO IV.
Gestión e hipótesis diagnóstica en el
área de la matrona y el matrán**

.113

Prólogo

La formulación de hipótesis diagnósticas constituye una habilidad fundamental en la práctica médica y, en particular, en las disciplinas de obstetricia, neonatología y ginecología. La precisión diagnóstica permite optimizar la detección de condiciones patológicas y mejorar la calidad de atención.

La construcción de una hipótesis diagnóstica es un proceso que requiere una integración rigurosa de conocimientos teóricos, razonamiento clínico y juicio crítico.

En este contexto, la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Autónoma de Chile, sede Talca, presenta a la comunidad el libro *Hipótesis diagnóstica obstétrica, neonatal y ginecológica: orientaciones para su formulación*, con el objetivo de ofrecer herramientas conceptuales y metodológicas para la elaboración de hipótesis diagnósticas en el área de la matronería.

A lo largo de sus páginas, el lector encontrará un recorrido estructurado que abarca desde los principios fundamentales para la formulación de una hipótesis diagnóstica en el área de la matronería, incluyendo ejemplos de situaciones ginecológicas, obstétricas y neonatales.

Uno de los elementos centrales que se desarrollan durante la enseñanza clínica es la capacidad del estudiante para formular hipótesis diagnósticas de

manera correcta y fundamentada. Esta habilidad no solo refleja la integración de conocimientos teóricos y prácticos, sino que también representa una competencia clave dentro del proceso de razonamiento clínico, aspecto ampliamente abordado en los marcos pedagógicos contemporáneos. La enseñanza clínica, al brindar experiencias reales y supervisadas, permite al estudiante enfrentarse a situaciones complejas donde debe recolectar datos relevantes, analizarlos críticamente y generar posibles diagnósticos diferenciales.

Este proceso exige no solo conocimientos biomédicos, sino también habilidades cognitivas, comunicacionales y éticas, por lo que debe ser cultivado activamente mediante metodologías que favorezcan el pensamiento crítico y la toma de decisiones fundamentadas. Así, la enseñanza clínica no se limita a formar técnicos en procedimientos, sino profesionales capaces de construir juicios diagnósticos sólidos, coherentes y contextualizados, lo que se traduce en una atención de mayor calidad, más segura y centrada en las y los usuarias/os.

Confiamos en que esta obra será un recurso valioso para estudiantes y profesionales, y que contribuirá a la formulación de hipótesis diagnósticas integrales, precisas, fundamentadas y clínicamente aplicables, fomentando un enfoque de atención más reflexivo, seguro y humanizado.

Dra. Daniela Andrade Rebolledo

Directora

Carrera Obstetricia y Puericultura

Universidad Autónoma de Chile

Sede Talca

CAPÍTULO I.

Hipótesis diagnóstica obstétrica

**Dra. Daniela Andrade R., Solange Godoy H.,
Mg. Bárbara López B., Felipe Valenzuela C.**

*Carrera de Obstetricia y Puericultura, Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Autónoma de Chile, sede Talca.*

1. Introducción

La atención obstétrica es un pilar fundamental en la salud materno-fetal, ya que, asegura el bienestar tanto de la gestante como del neonato. El correcto diagnóstico en cada etapa de la gestación, parto y puerperio es esencial para ofrecer una atención oportuna, eficaz, inclusiva y libre de errores. La detección temprana de patologías obstétricas, junto con una adecuada interpretación de signos y síntomas, facilita la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia científica y normas clínicas ministeriales vigentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) define la calidad asistencial como el proceso mediante el cual cada paciente recibe un conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos que, considerando todos los factores relacionados con el paciente y el servicio médico, logran obtener el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente. En el ámbito obstétrico, garantizar una atención de calidad implica la implementación de estrategias basadas en la evidencia, la capacitación continua del personal de salud y el acceso equitativo a los servicios médicos (Kruk et al., 2018). En este contexto, la formulación de una hipótesis diagnóstica precisa y completa constituye el punto de partida para garantizar intervenciones seguras y efectivas, con un enfoque integral y multidisciplinario en el manejo obstétrico.

Esta formulación debe realizarse tras una evaluación de semiología obstétrica completa, que incluya anamnesis detallada, control de signos vitales, examen físico (general y segmentario), examen obstétrico y análisis de exámenes complementarios.

Si bien pueden existir variaciones de protocolos de cada servicio de salud, este capítulo busca ofrecer un marco de referencia claro y actualizado para los profesionales que participan en la atención de gestantes y púrperras.

Componentes de la hipótesis diagnóstica obstétrica

Parámetro	Ejemplo
1 Paridez (y ciclo vital, si corresponde)	GPIAO Adolescente/ tardía
2 N° cesáreas	1 CCA
3 Edad gestacional	Gestación de 31 semanas
4 Patologías obstétricas	Colestasia intrahepática de la gestación
5 Morbilidad y/o comorbilidad	Hipotiroidismo
6 Alergias y /o consideraciones actuales importantes	Alergia a la penicilina/ gestación mal controlada
7 Adicciones	Consumidora de tabaco
8 Estado nutricional	Enflaquecida/ obesa

NO OLVIDAR:

- La hipótesis diagnóstica obstétrica siempre debe cumplir con este orden.
- Si la gestante no cumple con algunos de los puntos del cuadro, estos deben omitirse, sin embargo, debe consignarse siempre la paridez y edad gestacional.

2. Paridez

Corresponde al número total de gestaciones que una persona ha tenido a lo largo de su vida reproductiva, independiente del resultado de cada una. Esta información puede registrarse mediante la fórmula obstétrica o expresarse a través del concepto de paridez.

Fórmula obstétrica

La fórmula obstétrica es una herramienta utilizada en obstetricia para resumir de forma rápida y precisa el historial reproductivo de la mujer. Representa eventos claves, como el número de gestaciones, partos y pérdidas reproductivas. Existen fórmulas obstétricas muy utilizadas en la elaboración de hipótesis diagnósticas en esta área; la elección de una u otra depende del criterio profesional o del protocolo de cada servicio.

Fórmula obstétrica de tres componentes: se utiliza para expresar el número de gestaciones (G), partos (P) y abortos (A). Las tres letras representan lo siguiente:

- **G:** número total de gestaciones, incluyendo gestación actual.
- **P:** número de partos, vivos o no, incluye solo los nacimientos después de las 20 semanas de gestación, independiente a la vía de parto.
- **A:** número de abortos, pérdidas gestacionales antes de las 20 semanas, espontáneos o inducidos.

Ejemplo

G3P2A1

Indica que la mujer ha tenido:

- 3 gestaciones, incluyendo la actual
- 2 partos, independiente a la vía de parto
- 1 aborto

Esta fórmula debe llevar la letra y el número correspondiente.



Fórmula obstétrica de cinco componentes: es más detallada y desglosa el historial obstétrico en cinco elementos claves:

- Número de partos a término, después de las 37 semanas de gestación, independiente a la vía de parto.
- Número de partos de pretérmino, entre 22 y 36+6 semanas de gestación, independiente a la vía de parto.
- Número de abortos espontáneos, antes de las 22 semanas de gestación y/o peso fetal menor a 500 gramos.
- Número de abortos provocados, antes de las 22 semanas de gestación y/o peso fetal menor a 500 gramos.
- Número de hijos nacidos vivos.

Ejemplo

10101

Indica que la mujer ha tenido:

- 1 parto a término, independiente a la vía de parto
- 0 parto de pretérmino, independiente a la vía de parto
- 1 aborto espontáneo
- 0 aborto provocado
- 1 hijo nacido vivo

Esta fórmula no lleva letras, solo números.



Fórmula obstétrica de siete componentes: esta fórmula representa el número de abortos espontáneos, abortos provocados, partos de pretérmino, partos de término, mortinatos, mortineonatos e hijos vivos.

- Número de abortos espontáneos, antes de las 22 semanas de gestación y/o peso fetal menor a 500 gramos.
- Número de abortos provocados, antes de las 22 semanas de gestación y/o peso fetal menor a 500 gramos.
- Número de partos de pretérmino, entre 22 y 36+6 semanas de gestación, independiente a la vía de parto.
- Número de partos a término, después de las 37 semanas de gestación, independiente a la vía de parto.
- Número de mortinatos, comprende los hijos que fallecen posterior a las 20 semanas de gestación in útero.
- Número de mortineonato, comprende los hijos nacidos vivos y que fallecen posterior al parto, hasta los 28 días.
- Número de hijos nacidos vivos.

Ejemplo

30/02/01/2

Indica que la mujer ha tenido:

- 3 abortos espontáneos
- 0 aborto provocado
- 0 partos de pretérmino
- 2 partos de término
- 0 mortinato
- 1 mortineonato
- 2 hijos vivos

Esta fórmula no lleva letras, solo números y separados por «/».



En la siguiente tabla se observan diferentes escenarios respecto a la paridez de la gestante con su correspondiente fórmula obstétrica de tres componentes (G-P-A).

Paridez, según situación clínica	Fórmula obstétrica	Terminología clínica
Primera gestación	G1 P0 A0	Primigesta
Segunda gestación, con un parto anterior	G2 P1 A0	Múltipara de 1 o M1
Segunda gestación, con un aborto anterior	G2 P0 A1	Secundigesta nulípara
Tercera gestación, con dos partos anteriores	G3 P2 A0	Múltipara de 2 o M2
Tercera gestación, con dos abortos	G3 P0 A2	Multigesta nulípara o nulípara
Tercera gestación, con un parto y un aborto	G3 P1 A1	Múltipara de 1 o M1
Sexta gestación y 5 partos	G6 P5 A0	Gran múltipara de 5
Una gestación de dos fetos bicorial – biamniótico	G1 P0 A0	Primigesta Gestación gemelar bicorial- biamniótico

Paridez, según situación clínica	Fórmula obstétrica	Terminología clínica
Tercera gestación, con gestación actual de dos fetos bicorial – biamniótico y un aborto	G2 P1 A1	Múltipara de 1 Gestación gemelar bicorial- biamniótico
Segunda gestación, con antecedente de gestación múltiple (triple)	G2 P3 A0	Múltipara de 3
Segunda gestación, con un parto gemelar anterior.	G2 P2 A0	Múltipara de 2
Gestación molar actual, con un parto anterior	G2 P1 A0	Múltipara de 1
Gestación actual viable, con mola anterior	G2 P0 A1	Secundigesta nulípara
Gestación ectópica actual, con un parto anterior	G2 P1 A0	Múltipara de 1
Gestación actual viable, con una gestación ectópica anterior	G2 P0 A1	Secundigesta nulípara

Gestación Múltiple bicorial – biamniótico: gestación de 2 o más fetos in útero, en donde hay dos placentas independientes y dos cavidades amnióticas diferentes.

Gestación molar o enfermedad trofoblástica gestacional (ETG): corresponde a un conjunto de lesiones proliferativas originadas en la placenta, frecuentemente secundarias a un evento fecundante anormal, pudiendo ser lesión trofoblástica benigna, no neoplásica, mola hidatidiforme o lesión trofoblástica maligna neoplásica.

Gestación ectópica: se define embarazo ectópico (EE) como aquel que ocurre fuera de la cavidad uterina (endometrial), fecundándose en la trompa de falopio (segmento ampular), en la cavidad abdominal, cervical, ovárico, y de la cicatriz de cesárea.

Según consenso de los académicos del área obstétrica de la carrera de Obstetricia y Puericultura, se considera embarazo ectópico como antecedente de aborto, y debe ser incluido como tal en la fórmula obstétrica ya que, esta gestación no suele llegar a término con resultado de un recién nacido vivo.

Segunda gestación, con un parto gemelar anterior: se considera la gestación actual y anterior, y al nacer dos recién nacidos, se considera como dos partos.

Nota. Tomada de Manual de Obstetricia y Ginecología. (15.^a ed.), por J. A. Carvajal y K. F. García, 2024.

3. Ciclo vital

Si la gestante se encuentra dentro de los extremos del rango etario reproductivo, es decir, si es adolescente o gestante tardía. **En caso contrario, este punto debe omitirse.**

En 1958 la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) estableció que la edad materna avanzada considera a pacientes de 35 o más años, información que se mantiene y fue corroborada por la *Revista de Obstetricia y Ginecología* en 2007. Por lo tanto, se consigna diagnóstico de «tardía» al lado de la paridez a las gestantes con edad de 35 o más años.

Consignar «adolescente» al lado de la paridez, a las gestantes con edad menor o igual a 19 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

¿Cómo consignar?

Ejemplos de hipótesis diagnóstica

G1P0A0 Adolescente

G4P2A1 Tardía

4. Cicatriz de cesárea anterior (CCA)

La cesárea es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae al feto y los anexos ovulares a través de una incisión en el útero. Las indicaciones de cesárea pueden ser clasificadas en maternas, fetales y ovulares (Ministerio de Salud [MINSAL], 2015; MINSAL, 2021).

Esta corresponde a un antecedente importante a considerar durante la gestación, dado sus riesgos asociados, por lo que es fundamental consignar **siempre** el número de cesáreas anteriores en la hipótesis diagnóstica, cuando existan. Si la gestante no posee antecedentes de cesáreas, este punto se **omite**.

¿Cómo consignar?

Se debe registrar debajo de la fórmula obstétrica utilizando la abreviatura CCA (Cicatriz de Cesárea Anterior) de la siguiente forma:

- Si la gestante tiene una cesárea previa, se escribe: 1 CCA.
- Si ha tenido más de una cesárea, se indica el número correspondiente: 2 CCA, 3 CCA.

G2P1A0
1 CCA

Múltipara de 3
2 CCA

5. Edad gestacional (EG)

La edad gestacional es el número de días transcurridos desde el primer día de la última menstruación del ciclo concepcional (FUM) hasta la fecha actual. Se expresa en semanas y días.

Este dato se debe consignar siempre, la estimación de EG se puede basar en: FUM, ecografía precoz u otros antecedentes que respalden el cálculo, dado que nos permite conocer el periodo específico de la gestación en la que se encuentra la usuaria. Si la gestante no posee este dato, se debe considerar como edad gestacional dudosa (EGD). **Nunca** se debe omitir este punto.

Consideraciones

Para calcular la EG de una gestante, debemos basarnos en la FUM, la cual puede ser: FUM confiable/segura o FUM operacional.

- Segura: es aquella en que la usuaria recuerda con precisión la fecha.
- Confiable: es aquella que predice confiablemente que desde la menstruación hasta la ovulación pasaron 15 días. Casos en que no es confiable:
 - Ciclos irregulares
 - Uso de anticonceptivos en los últimos 3 meses
 - Amenorrea por otra causa (ej. Lactancia)
- Operacional: corresponde a la fecha de última regla calculada por ecografía.

Nota. Tomada de Manual de Obstetricia y Ginecología. (15.ª ed.), por J. A. Carvajal y K. F. García, 2024.

¿Cómo consignar?

Se debe consignar, debajo del punto de paridez y/o fórmula obstétrica, en caso de tener el antecedente de cesárea, se escribe debajo de cicatriz de cesárea (CCA).

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P1A0

1 CCA

Gestación de 35+3 semanas



Cuando no se cuenta con FUM confiable o FUM operacional para estimar la edad gestacional, esta debe consignarse como Edad Gestacional Dudosa o EGD.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P1A0

1 CCA

Edad gestacional dudosa/ EGD



En caso de gestaciones múltiples, es obligatorio consignar el tipo de corionicidad (número de placentas) y la amniocidad (número de sacos amnióticos), ya que, nos da cuenta del tipo de gestación múltiple que se está atendiendo, para así considerar factores fisiológicos y de riesgo, así como el número de fetos, niveles de supervivencia según EG, entre otros.

G2P1A0

CCA

Gestación gemelar de 35+3 semanas bicorial biamniótico



5.1 Recomendaciones Guía Perinatal, MINSAL (2015)

Evaluar adecuadamente la edad gestacional, idealmente con ecografía a todas las gestantes antes de las 20 semanas (*Recomendación A*).

- Si hay una diferencia igual o mayor de 5 días entre la EG calculada por FUM y la edad gestacional estimada por ecografía del primer trimestre, utilizar una «FUM OPERACIONAL», para calcular la fecha probable de parto (FPP) (*Recomendación A*).
- Si hay una diferencia igual o mayor de 10 días entre la EG calculada por FUM y la edad gestacional estimada por ecografía del segundo trimestre, utilizar «FUM OPERACIONAL» para calcular la FPP. (*Recomendación A*).

5.2 Consideraciones para calcular adecuadamente la edad gestacional y FPP

Si se cuenta con ecografía precoz (confirmación de gestación antes de las 12 semanas) se considerará FUM de paciente con diferencia ecográfica menor a cinco días, de lo contrario, registre por FUM operacional.

En caso de no contar con ecografía precoz:

- Durante el primer trimestre de la gestación, se considerará FUM de usuaria cuando la diferencia ecográfica es menor a siete días, de lo contrario, registre por FUM operacional.
- Durante el segundo trimestre de la gestación, se considerará FUM de usuaria cuando la diferencia es menor a 14 días, de lo contrario, registre por FUM operacional.

- Durante el tercer trimestre de gestación, se considerará FUM de usuaria cuando la diferencia ecográfica es menor a 21 días, de lo contrario, regirse por FUM operacional.

En todos los casos, se debe confirmar con calendario el día exacto de cumplimiento de semanas, con el objetivo de contar con una EC correcta y precisa.

Ejemplo

FUM gestante segura y confiable: 6 de julio de 2026 (domingo).

La gestante cumple semanas cada domingo.

1era ecografía: 18-08-2026, resultado ecográfico indica seis semanas de gestación. Por tener discordancia menor a cinco días (un día) considerar FUM de gestante.

Por lo tanto, FPP estimada será el 12 de abril de 2027.



6. Patologías obstétricas o propias de la gestación

Este apartado debe consignarse siempre que la gestante curse con alguna patología obstétrica vigente, es decir, propia de la gestación o que se haya desencadenado durante la misma.

Si la gestante no cursa patologías obstétricas al momento de la evaluación, esta información **se omite**.

Ejemplo

Colestasia intrahepática del embarazo; pre-eclampsia; hiperémesis gravídica; anemia fisiológica de la gestación (leve, moderada o severa); diabetes gestacional; síndrome hipertensivo del embarazo; síntoma de parto prematuro; trabajo de parto prematuro; RPM; gestación en vías de prolongación; prolapso de cordón; corioamnionitis; RCIU, macrosomía fetal; RH (-) sensibilizada o no sensibilizada, portadora de SGB; entre otras.

¿Cómo consignar?

Las patologías obstétricas confirmadas deben registrarse debajo de la edad gestacional.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P1A0

1 CCA

Gestación de 25+2 semanas

Síndrome hipertensivo de la gestación



Si aún no se cuenta con un diagnóstico confirmado, pero existen signos clínicos, síntomas o exámenes en curso, se puede consignar como observación (obs.) de... (nombre de la patología).

Ejemplo

- Obs. de SHE (A la espera de resultado de exámenes y evolución del cuadro).
- Obs. macrosomía fetal (altura uterina > pc 90 a la espera de estimación de peso fetal (EPF) por ecografía).
- Obs. RCIU (altura uterina < pc 10 a la espera de EPF por ecografía).
- Obs. ITU (A la espera de resultado de exámenes y evolución del cuadro).

NOTA: lo que se plantea entre paréntesis no se debe escribir en la hipótesis diagnóstica, esto es solo para clarificar la razón de la observación.

Ejemplo hipótesis diagnóstica**G2P1A0**

1 CCA

Gestación de 28+2 semanas

Síndrome hipertensivo de la gestación

Obs. de restricción del crecimiento intrauterino



7. Morbilidad y/o comorbilidad: patologías previas al periodo gestacional

Deben consignarse siempre las patologías crónicas diagnosticadas antes del inicio de la gestación, así como aquellas que, durante este periodo, se identifican como preexistentes a través de resultados de laboratorio. También deben incluirse las patologías que conlleven a una situación de discapacidad.

Si la gestante no tiene patologías crónicas o alguna situación de discapacidad, este punto **se omite**.

¿Cómo consignar?

Se debe consignar, debajo del punto de las patologías obstétricas (si corresponde), en caso contrario, se consigna debajo de la edad gestacional.

Entre ellas: HTA crónica, diabetes mellitus tipo II, hipotiroidismo, depresión, trastorno de personalidad, entre otras.

Se debe consignar el estado actual de la patología: si está en tratamiento, no tratada o descompensada. En caso de estar en tratamiento, no se deben mencionar los medicamentos utilizados.

Ejemplo hipótesis diagnóstica**G2P1A0**

1 CCA

Gestación de 28+2 semanas

Hipertensión arterial crónica en tratamiento



En casos donde no exista confirmación diagnóstica, pero sí una sospecha clínica fundada, se puede consignar como observación (obs.) de... (nombre de la patología crónica).

Ejemplo

Lo que se encuentra entre paréntesis, no debe escribirse en la hipótesis diagnóstica, esto es solo para aclaración del profesional.

- -Obs. de HTA (A la espera de resultado de exámenes y evolución del cuadro).
- -Obs. diabetes mellitus (A la espera de resultado de exámenes y evolución del cuadro).

Ejemplo hipótesis diagnóstica**G2P1A0**

1 CCA

Gestación de 28+2 semanas

Restricción del crecimiento intrauterino

Obs. de hipertensión arterial crónica



7.1 Consideraciones de la hipótesis obstétrica en morbilidad

El Clasificador Internacional de Enfermedades (CIE-11), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), contiene capítulos específicos dedicados a infección por VIH/SIDA, trastornos del neurodesarrollo y enfermedades que pueden causar discapacidades, como trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo, así como enfermedades crónicas y discapacidades físicas.

a) Codificación de infección por VIH/SIDA

Se codificará como infección por VIH solo cuando exista confirmación diagnóstica documentada (no sospechas).

¿Cómo consignar?

Cuando la gestante presenta antecedentes como «VIH positivo», «VIH conocido» o «prueba VIH positiva», sin sintomatología asociada, debe consignarse como «estado de infección asintomática por virus de inmunodeficiencia humana».

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G1POA0

Gestación de 25 semanas.

Estado de infección asintomática por virus de inmunodeficiencia humana

Si existe una patología relacionada con la infección por VIH o por una patología oportunista debida a la infección (VIH) que complica la gestación y/o parto, se determina con código CIE11 JB637: «enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana que complica el embarazo, el parto o el puerperio».

Ejemplo

Gestante de tercer trimestre que ingresa para tratamiento por candidiasis oral debida a infección por VIH.

Antecedentes personales: VIH Positivo

Ejemplo hipótesis diagnóstica**GIPOAO**

Gestación de 32 semanas

Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana que complica el embarazo, el parto o el puerperio

Esofagitis candidiásica

b) Gestantes en situación de discapacidad

En la práctica obstétrica es fundamental adoptar un enfoque integral e inclusivo que contemple no solo las condiciones biomédicas de la gestante, sino también otros factores, como la discapacidad, que pueden influir en el proceso de atención y resultados clínicos.

Al reconocer y abordar las necesidades individuales de cada mujer gestante se puede garantizar la equidad y la personalización de los cuidados de matronería.

La OMS (2011) destaca que las personas con discapacidad enfrentan barreras considerables en el acceso a servicios de salud, incluidas dificultades en la comunicación, infraestructura inadecuada y actitudes discriminatorias. Estas barreras pueden tener un impacto directo en el seguimiento de la gestación, la identificación de riesgos y la toma de decisiones clínicas oportunas. Asimismo, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006) subraya el derecho a la salud sin discriminación, incluyendo la atención obstétrica adaptada a las necesidades individuales.

Incorporar el enfoque de discapacidad en las hipótesis diagnósticas en obstetricia no solo responde a un compromiso ético y legal, sino que también mejora la calidad de la atención al garantizar un abordaje integral y comprensivo.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P1A0

1 CCA

Gestación de 28+2 semanas

Hipertensión arterial crónica en tratamiento

Trastorno del espectro autista

8. Alergias y/o consideraciones actuales importantes

Se debe consignar siempre las alergias conocidas y/o condición actual relevante de la gestante. Entre estas se incluyen:

- Ruralidad
- Gestación no controlada, mal controlada o sin control prenatal
- Situación de violencia intrafamiliar o de género
- Ecografía doppler alterada
- Monitoreo electrónico fetal no tranquilizador
- Ingreso tardío al control prenatal
- Gestación oculta
- Feto muerto in útero
- Periodos intergenésicos extremos, cortos o largos, entre otros.

Si la gestante no presenta ninguna de estas condiciones, este apartado puede **omitirse**.

La identificación de alergias es crucial para una atención centrada en la persona y para la seguridad de la gestante y el feto. Por ello, deben incluirse explícitamente en la hipótesis diagnóstica, con el fin de evitar el uso de medicamentos, alimentos u otras sustancias que puedan inducir reacciones adversas severas.

¿Cómo consignar?

Las alergias y condiciones actuales relevantes deben registrarse debajo del apartado de morbilidades en la hipótesis diagnóstica.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P1A0

1 CCA

Gestación de 28+2 semanas

Restricción del crecimiento intrauterino

Hipertensión crónica en tratamiento

Alérgica al látex

Víctima de violencia de género

8.1 Consideraciones Periodo Intergenésico (PIG)

El periodo intergenésico se refiere al tiempo que transcurre entre el final de una gestación y el inicio de la siguiente.

Un periodo intergenésico se considera corto cuando el tiempo transcurrido entre gestaciones es menor a un año, y largo cuando este tiempo es mayor a cinco años. Ambas situaciones pueden aumentar el riesgo de complicaciones

maternas y perinatales, aunque los riesgos asociados a cada uno difieren entre sí.

Por lo anterior es que, en caso de contar con un PIG corto o largo, debe ser registrado en el diagnóstico, dentro de las consideraciones actuales importantes.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P1A0

1 CCA

Gestación de 28+2 semanas

Diabetes mellitus

Obs. de hipertensión arterial crónica

Gestación mal controlada

PIG de 11 meses

8.2 Consideraciones monitoreo electrónico fetal no tranquilizador

Un monitoreo electrónico fetal se refiere a un patrón de frecuencia cardíaca fetal que se considera anormal y puede indicar sufrimiento fetal. Esto puede incluir patrones como desaceleraciones variables o tardías, taquicardia o bradicardia sostenida, o una falta de variabilidad en la frecuencia cardíaca (Fox, 2000).

Este hallazgo debe consignarse por su implicancia en la traducción del bienestar fetal (Parer y Ikeda, 2007) y siempre acompañado de los factores subyacentes que puedan estar contribuyendo a la condición.

Ejemplo hipótesis diagnóstica**G2P1A0**

1 CCA

Gestación de 34+5 semanas

Restricción del crecimiento intrauterino

Monitoreo electrónico fetal no tranquilizador

Ruralidad

Enflaquecida

8.3 Ecografía Doppler alterada

Aunque el Doppler no constituye por sí solo un diagnóstico definitivo, su alteración indica un compromiso del bienestar materno-fetal y exige un plan de cuidados de matronería adaptado. Por lo tanto, debe ser consignado en la hipótesis diagnóstica.

Ejemplo hipótesis diagnóstica**G2P1A0**

1 cicatriz de cesárea anterior

Gestación de 28 + 2 semanas

Restricción del crecimiento intrauterino

Doppler de arteria umbilical alterado con ausencia de flujo diastólico

Ruralidad

8.4 Consideraciones especiales: víctimas de violencia sexual y de género

Dentro de las consideraciones especiales en la atención obstétrica, se debe consignar siempre si la gestante es o ha sido víctima de abuso sexual, agresión sexual o violencia de género.

- Abuso sexual: se refiere a un conjunto de delitos que comparten como elemento común una acción sexual, definida de manera diferente de un acceso carnal. Pero sí como significado sexual.
- Agresión sexual: violencia sexual a la que la persona es sometida a actos sexuales mediante la fuerza, amenaza o intimidación, que puede incluir desde el intento de contacto sexual no deseado o no permitido hasta violación (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).
- Violencia de género: cualquier acto de violencia dirigida a una persona basada en su género que resulta en daño físico, sexual, psicológico o sufrimiento (violencias domésticas, acoso sexual, mutilación sexual femenina, otros) (ONU Mujeres, 2023).

El impacto significativo que pueden tener estas experiencias en la salud física y emocional de las mujeres justifica su inclusión en la hipótesis diagnóstica.

Un enfoque sistemático que contempla los diversos matices emocionales, psicológicos y físicos permitirá una comprensión más integral de la problemática, facilitando la implementación de estrategias adecuadas de intervención y apoyo (Ministerio de Salud. [MINSAL], 2021).

¿Cómo consignar?

Estas situaciones deben registrarse debajo del apartado de morbilidades.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P1A0

1 CCA

Gestación de 28+2 semanas

Restricción del crecimiento intrauterino

Obs. de hipertensión arterial crónica

Víctima de violencia de género

8.5 Condición de parto solo en gestaciones de término

Esta condición se incluye cuando la gestante presenta una edad gestacional igual o superior a las 37 semanas, ya que, se considera gestación de término y debe agregarse la condición obstétrica correspondiente al momento de la evaluación:

- Sin trabajo de parto
- Trabajo de parto en fase latente
- Trabajo de parto en fase activa
- Trabajo de parto en expulsivo

¿Cómo consignar?

Se registra al final de la hipótesis diagnóstica, después de las adicciones y el estado nutricional.

Situación clínica sin trabajo de parto

Paola (31 años) asiste sola a control prenatal con resultado de exámenes, actualmente cursa su segunda gestación de 37 + 5 semanas. La primera gestación finalizó en aborto espontáneo en el año 2020. Se encuentra en control

en el policlínico de alto riesgo obstétrico por hipotiroidismo en tratamiento con eutirox de 50 mcg/día. Resultado de exámenes: PTGO 148 mg/dl; Hto 33%; Hb 12,6 mg/dl; VDRL no reactivo; urocultivo negativo. Examen físico y obstétrico normal. No presenta contracciones.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P0A1 (o Secundigesta Nulípara)

Gestación de 37+5 semanas.

Diabetes gestacional

Hipotiroidismo

Consumidora de tabaco

Enflaquecida

Sin trabajo de parto

Condición de trabajo de parto en fase latente, en gestaciones de término

El concepto «pródromos de parto» es igual a estado «trabajo de parto fase latente», corresponde a signos y síntomas precedentes al trabajo de parto (Matas, 2021). Ej: pérdida de tapón mucoso, DU aislada, etc.

Situación clínica con trabajo de parto en fase latente

Paola (31 años) asiste sola a control prenatal con resultado de exámenes, actualmente cursa su segunda gestación de 37 + 5 semanas. La primera gestación finalizó en aborto espontáneo en el año 2020. Se encuentra en control en el policlínico de alto riesgo obstétrico por hipotiroidismo en tratamiento con eutirox de 50 mcg/día. Resultado de exámenes: PTGO 148 mg/dl; Hto 33%; Hb

12,6 mg/dl; VDRL no reactivo; urocultivo negativo. Examen físico y obstétrico normal. Refiere contracciones leves.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P0A1 (o Secundigesta Nulípara)

Gestación de 37 + 5 semanas.

Diabetes gestacional

Hipotiroidismo

Consumidora de tabaco

Enflaquecida

Trabajo de parto en fase latente

Se denomina «pródromos de parto» al conjunto de manifestaciones clínicas que reflejan una percepción subjetiva por parte de la gestante a término de que el inicio del parto es inminente. Estas manifestaciones suelen presentarse en forma de actividad uterina percibida como contracciones, aunque sin criterios que definan un trabajo de parto activo. Esta fase puede prolongarse durante varios días, incluso hasta dos semanas.

8.6 Usuaría con test de embarazo positivo o con resultado positivo de subunidad beta

Cualquier gestante con una prueba de embarazo positiva, se considerará como sospecha de gestación, hasta confirmar o descartar la presencia de embarazo mediante ecografía. Es posible estimar las semanas de gestación basándose en la FUM (Fecha de Última Menstruación), pero no se debe incluir este antecedente en la paridad, ya que, aún no hay confirmación diagnóstica.

¿Cómo consignar?

Debe registrarse como «nuligesta» o según corresponda, y luego mencionar la sospecha.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Nuligesta

Sospecha de gestación de 10 semanas x FUM

8.7 Gestante con cirugías ginecológicas o no ginecológicas

Los antecedentes quirúrgicos relevantes deben consignarse en el punto de morbilidad y/o comorbilidad, solo si tienen impacto clínico en la gestación actual. Cuando existan múltiples morbilidades, la cirugía debe consignarse en primer lugar, especialmente si la usuaria está hospitalizada y la cirugía es reciente.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P1A0

Gestación de 13 semanas

Postoperada de colecistectomía (día 1 postoperatorio)

Hipertensión crónica

Consumidora de tabaco

9. Adicciones

Se debe consignar todas las adicciones o consumo de sustancias de la gestante y mencionarlas una a una, esto independiente de la frecuencia del consumo. Si la gestante no presenta consumo de ninguna sustancia, ese punto debe ser **omitido**.

¿Cómo consignar?

Se debe consignar, debajo del punto de las alergias y/o consideraciones actuales importantes cuando exista evidencia del consumo. La formulación debe ser clara como:

Consumidora de tabaco, consumidora de alcohol, consumidora de marihuana, entre otras.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P1A0

1 CCA

Gestación de 28+2 semanas

Restricción del crecimiento intrauterino

Obs. de hipertensión arterial crónica

Ruralidad

Consumidora de tabaco

10. Estado nutricional

Se debe consignar el estado nutricional de la gestante, según el diagnóstico antropométrico de enflaquecida u obesa (OMS, 2017); si la gestante posee estado nutricional normal o sobrepeso este punto **se omite**.

¿Cómo consignar?

Se debe consignar, debajo del punto de las adicciones, si aplica.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P1A0

1 CCA

Gestación de 28+2 semanas

Restricción del crecimiento intrauterino

Obs. de hipertensión arterial crónica

Ruralidad

Consumidora de tabaco

Enflaquecida

11. Componentes de la hipótesis diagnóstica de la puérpera

Componentes de la hipótesis diagnóstica de puérpera

Parámetro	Ejemplo
1 Paridez (y ciclo vital, si corresponde)	G1P1AO Adolescente/ tardía.
2 Puerperio, periodo, tipo de parto y causa	Puérpera de 5 días de PTVE (parto de término en vértice espontáneo)
3 Número de cesáreas	1 CCA (cicatriz de cesárea anterior)
4 Patologías obstétricas (gestación y/o del puerperio)	Endometritis puerperal
5 Morbilidad y/o comorbilidad	Hipotiroidismo
6 Alergias y /o consideraciones actuales	Alergia a la penicilina Mortineonato
7 Adicciones	Consumidora de tabaco
8 Estado nutricional	Enflaquecida/Obesa.

PARIDEZ

Debe consignarse el total de gestaciones, partos y abortos, incluyendo el parto actual.

¿Cómo consignar?

Se registra al principio de la hipótesis diagnóstica.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

GPIA0 Adolescente

Puérpera inmediata de PTVE (parto de término en vértice espontáneo)

CICLO VITAL

Este punto se debe consignar **solo** si la puérpera es adolescente o se encuentra en edad materna avanzada (tardía).

¿Cómo consignar?

Al lado de la paridez.

Adolescente: si la edad es menor o igual a 19 años (OMS, 2023).

Tardía: si la edad es igual o superior a 35 años (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2022; Sousa, 2018).

Ejemplos hipótesis diagnóstica

G1P1A0 adolescente

Puérpera inmediata de PTVE

G4P3A1 tardía

Puérpera inmediata de PTVE

PUERPERIO, PERIODO, TIPO DE PARTO Y CAUSA (SI APLICA)

Se debe consignar por «puérpera» al periodo transcurrido desde el parto (en días u horas), el tipo de parto (PTVE, cesárea, fórceps, etc.) y la causa solo si fue cesárea.

¿Cómo consignar?

Se debe consignar debajo del dato de paridez.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P2A0

Puérpera inmediata de cesárea por SFA

CICATRIZ DE CESÁREA ANTERIOR (CCA)

Consignar solo si hay antecedentes de cesárea previas al parto actual. En caso contrario, **se omite**.

¿Cómo consignar?

Se debe consignar, debajo del periodo de puerperio.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P2A0

Puérpera inmediata de PTVE

1 CCA

PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS ACTUALES O PERSISTENTES EN EL PUERPERIO

Consignar solo las patologías obstétricas que persisten o se desarrollan durante el puerperio, o que se generen durante esta etapa. Si la puérpera no posee patologías obstétricas, este punto **se omite**.

Si solo existe sospecha clínica se indica como observación de...

Ejemplo de patologías obstétricas

- Diabetes gestacional
- Síndrome hipertensivo de la gestación
- Anemia
- Hipotiroidismo gestacional
- Entre otras

Ejemplo de patologías que pueden desarrollarse en el puerperio

- Hemorragia
- Infección de la herida operatoria
- Endometritis
- Tromboembolismo
- Depresión postparto
- Entre otras

¿Cómo consignar?

Se debe consignar, debajo de lo mencionado en el punto 3 y 4 (puerperio, periodo, tipo de parto y causa - cicatriz de cesárea anterior).

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P2A0

Puérpera de tres días de cesárea por SFA

Diabetes gestacional

Endometritis

MORBILIDAD Y/O COMORBILIDAD

Registrar patologías diagnosticadas antes de la gestación o que fueron confirmadas como crónicas durante este periodo.

¿Cómo consignar?

Se registra debajo de las patologías obstétricas (si las hay), en caso contrario, se consigna debajo del punto de puerperio y tipo de parto, entre ellas: HTA crónica; diabetes mellitus; hipotiroidismo; depresión y trastorno de personalidad.

Ejemplos hipótesis diagnóstica

G2P2A0

Puérpera de dos días de PTVE

Hipertensión arterial crónica

Enflaquecida

G2P2A0

Puérpera de dos días de PTVE

1 CCA

Diabetes mellitus

Enflaquecida

En casos donde no exista confirmación diagnóstica, pero sí una sospecha clínica fundada, se puede consignar como **Observación de...** (mencionar la patología crónica).

Las observaciones se consignan ídem al punto redactado en el apartado de gestación.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P2A0

Puérpera de dos días de PTVE

Cicatriz de cesárea anterior

Hipertensión arterial crónica

Observación de infección de herida operatoria

Obesa

RECOMENDACIONES PARA CONSIDERAR EN EL DIAGNÓSTICO DE GESTANTE Y PUÉRPERA

- En el diagnóstico obstétrico de la gestante y puérpera no se incluyen factores de riesgo como «talla baja».
- Si la gestante y/o puérpera posee dos o más patologías crónicas y/u obstétricas, se debe registrar siempre por orden de importancia.
- En la hipótesis diagnóstica no se incluyen antecedentes, ejemplo: antecedente ITU tratada, antecedente de fórceps. Si esta, esta información es muy importante, se debe consignar en la ficha clínica de la gestante u observaciones.
- Para revisar la codificación de casos VIH/SIDA ir a «Hipótesis diagnóstica de la gestante».

Se debe incluir si la patología está en tratamiento, no tratada o descompensada (sin embargo, en la ficha clínica, se debe detallar nombre del medicamento, dosis, vía de administración y horarios).

ALERGIAS Y/O CONSIDERACIONES ACTUALES IMPORTANTES

La identificación de alergias y consideraciones actuales es crucial para una atención centrada en la persona y para la seguridad de la puérpera. Por ello, deben incluirse explícitamente en la hipótesis diagnóstica, con el fin de evitar el uso de medicamentos, alimentos u otras sustancias que puedan inducir reacciones adversas severas y tener en cuenta cuales son las condiciones actuales de la puérpera.

¿Cómo consignar?

Las alergias y condiciones actuales relevantes deben registrarse debajo del apartado de morbilidades en la hipótesis diagnóstica.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P2A0

Puérpera de dos días de PTVE

Observación de depresión post parto

Hipertensión arterial crónica

Mortineonato

Enflaquecida

ADICCIONES

Se debe consignar todas las adicciones o consumo de sustancias de la puérpera y mencionarlas una a una, esto independiente de la frecuencia del consumo. Si la puérpera no presenta consumo de ninguna sustancia, es punto debe ser **omitido**.

¿Cómo consignar?

Se debe consignar, debajo del punto de las alergias y/o consideraciones actuales importantes cuando exista evidencia del consumo. La formulación debe ser clara como: Consumidora de tabaco, consumidora de alcohol, consumidora de marihuana, entre otras.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P2A0

Cicatriz de cesárea anterior
Puérpera de dos días de PTVE
Disforia postparto
Hipertensión arterial crónica
Mortineonato
Consumidora de tabaco

ESTADO NUTRICIONAL

Se debe consignar el estado nutricional de la puérpera, tomando en cuenta las mismas condiciones que el estado nutricional de la gestante.

¿Cómo consignar?

Se debe consignar, debajo del punto de las adicciones.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G2P2A0

Cicatriz de cesárea anterior
 Puérpera de dos días de PTVE
 Disforia postparto
 Hipertensión arterial crónica
 Mortineonato
 Enflaquecida



NO OLVIDAR

Durante la atención del control de diada en la Atención Primaria de Salud, es necesario volver a realizar control de peso y altura para corregir y/o mantener el IMC y con ello calcular el nuevo estado nutricional.

12. Referencias bibliográficas

- American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Clinical Consensus-Obstetrics, & Society for Maternal-Fetal Medicine. (2022). *Pregnancy at age 35 years or older: ACOG Obstetric Care Consensus No. 11*. (2), 348-366. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004873>
- Carvajal, J., & García, K. (2024) (15.ª ed.) *Manual de Obstetricia y Ginecología*.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., y Spong, C. Y. (2011). (23.ª ed.). McGraw-Hill.
- Fox, M., Kilpatrick, S., King, T., & Parer, J. T. (2000). Fetal heart rate monitoring: interpretation and collaborative management. *Journal of midwifery & women's health*. (6), 498–507. [https://doi.org/10.1016/s1526-9523\(00\)00069-6](https://doi.org/10.1016/s1526-9523(00)00069-6)
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., García-Elorrio, E., Guanaïs,

- F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. A. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. (11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3).
- Matas Rodríguez, C., Del Fresno Serrano, M. Á., & Del Fresno Serrano, E. (2021). Pródromos de parto, ¿cuándo acudir al hospital? *Revista Sanitaria de Investigación*, (2).
- Ministerio de Salud. (2015). *Guía Perinatal*. GUIA-PERINATAL_2015-PARA-PUBLICAR.pdf
- Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. <https://www.un.org>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Adolescencia: una etapa de crecimiento y cambio*. <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. <https://www.who.int>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10): Décima revisión*. <https://www.who.int>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Definición de adolescencia y juventud*.
- Parer, J. T., & Ikeda, T. (2007). A framework for standardized management of intrapartum fetal heart rate patterns. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 197(1), 26.e1-26.e6.
- Sousa, W. P. da S., Oliveira, M. A. M. de, Oliveira, J. P. da S., Silva, V. M. d. S. L., Saraiva, D. D. P., & Maia, E. M. C. (2018). Gestación tardía: correlaciones entre características sociodemográficas, gestacionales y resiliencia. *Eureka* 15(1). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-885116>
- Uzcátegui, O., Toro Merlo, J., y Uzcátegui, B. (septiembre, 2007). Embarazo en la adolescente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 67(3). https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-773220070003000003&script=sci_arttext
- Villarreal, F., & Gómez, R. (2018). Barreras en el acceso a servicios de salud para personas con discapacidad. *Revista de Salud Pública*, 20(4), 567-578.
- Villarreal, F., & Gómez, R. (2018). Barreras en el acceso a servicios de salud para personas con discapacidad. *Revista de Salud Pública*, 20(4), 567-578. <https://doi.org/10.xxxx/xxxx>
- World Health Organization (WHO). (2018). *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513906>

CAPÍTULO II.

Hipótesis diagnóstica neonatal

Natalie Adasme D., Daniela Castro Ch., Juana Pizarro B., Militzen Tapia W.

*Carrera Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad Autónoma de Chile, sede Talca.*

1. Introducción

La neonatología, como área de la medicina dedicada al cuidado integral del recién nacido, enfrenta el desafío de identificar y manejar oportunamente diversas condiciones que pueden comprometer la salud neonatal. El diagnóstico precoz constituye una herramienta esencial en la atención del recién nacido, ya que permite detectar tempranamente patologías que pudieran afectar su bienestar y desarrollo a corto y largo plazo. En este contexto, los profesionales de la salud desempeñan un rol fundamental, no solo en la salud materna, sino también como protagonistas en la vigilancia, evaluación y cuidado integral del neonato desde el primer momento de vida extrauterina.

Durante las últimas décadas, la neonatología ha experimentado un notable avance, respaldado por el desarrollo científico y tecnológico que ha permitido mejorar la capacidad diagnóstica en etapas tempranas. Según la OMS (2023), cada año nacen aproximadamente 15 millones de prematuros, y un millón de ellos no sobrevive debido a complicaciones prevenibles mediante intervenciones adecuadas, muchas de las cuales dependen de un diagnóstico neonatal oportuno.

Este capítulo tiene como propósito destacar la importancia del diagnóstico neonatal, ofreciendo una revisión actualizada. A través de la integración de conocimientos científicos y experiencia clínica, se busca fortalecer la calidad del cuidado neonatal, mejorando así la salud y calidad de vida de los recién nacidos y sus familias.

Si bien cada servicio de salud tiene sus propias particularidades, este capítulo pretende ofrecer un marco de referencia claro y actualizado, orientado a guiar la labor de los equipos de salud en la atención de neonatos mediante prácticas clínicas basadas en la evidencia.

Componentes de la hipótesis diagnóstica del recién nacido

Parámetro	Ejemplo
1 Edad gestacional y pediátrica	Recién nacido de termino 38 semanas (RNT 38 semanas) Recién nacido de pretérmino 36 semanas (RNPT 36 semanas)
2 Adecuación de la edad gestacional por peso del neonato	AEG (adecuado para la edad gestacional) PEG (pequeño para la edad gestacional) GEG (grande para la edad gestacional)
3 Patologías concomitantes	Hiperbilirrubinemia
4 Condición materna relevante	Hijo de madre Rh (-) Hijo de madre diabética Hijo de madre portadora de streptococo Grupo B
5 Adicciones de la madre	Hijo de madre TUS (trastorno uso de sustancia)

NO OLVIDAR

- La hipótesis diagnóstica neonatal siempre debe cumplir con este orden.
- Si el recién nacido no cumple con algunos de los puntos del cuadro, estos deben omitirse, sin embargo, siempre debe consignarse la edad gestacional y pediátrica además de la adecuación de la edad gestacional por peso del neonato.

Para establecer un diagnóstico neonatal adecuado, tanto en recién nacidos sanos como en aquellos con patologías, es fundamental realizar una anamnesis exhaustiva, considerando los siguientes aspectos:

- **Antecedentes del nacimiento** como, por ejemplo: necesidad de reanimación neonatal, al nacer puntuación de APGAR y adaptación en las primeras horas.
- **Datos maternos** como, por ejemplo: edad, nacionalidad, condiciones socioeconómicas.
- **Controles prenatales** como, por ejemplo: número de controles y ecografías, fecha de última regla por anamnesis y ecografía, idealmente precoz, hasta las 12 semanas.
- **Antecedentes médicos maternos** como, por ejemplo: grupo sanguíneo y patologías de la madre, tanto gestacionales como pregestacionales.
- **Estudios serológicos e infecciones** como, por ejemplo: serología VIH, VDRL, estudio básico de TORCH (serología chagas, toxoplasmosis, virus hepatitis B). Consignar estado de colonización por *Streptococo agalactiae* (SGB) por cultivo recto-vaginal, urocultivo o hijo previo con sepsis por SGB.
- **Uso de medicamentos** como, por ejemplo: fármacos con indicación médica y auto medicados.
- **Consumo de sustancias** como, por ejemplo: antecedentes de uso de drogas lícitas e ilícitas y factores de riesgo psicosociales.
- **Antecedentes del parto** como, por ejemplo: duración y vía del parto, alteraciones en la monitorización fetal, tipo de anestesia, momento de rotura de membranas y características del líquido amniótico.

2. Determinación de la edad gestacional y pediátrica

Para la atención de un recién nacido, es indispensable conocer con exactitud la forma y los métodos utilizados para determinar la edad gestacional, ya que esto nos permite evaluar sus patrones de crecimiento e identificar los riesgos

específicos de morbilidad, eventuales secuelas neonatales y muerte. Como así también diseñar planes de cuidados de matronería adecuados a sus diferentes clasificaciones (Osses, 2021).

Para calcular la edad gestacional con mayor precisión, se deben considerar antecedentes obstétricos clave, tales como:

- Fecha de última regla (FUR)
- Ecografía precoz (idealmente antes de las 12 semanas)
- Correlación clínica con la edad pediátrica

* La evaluación y el diagnóstico certero de la edad gestacional resulta fundamental para brindar una atención orientada a prevenir los problemas asociadas a ella, especialmente en los prematuros.

2.1 Clasificación según edad gestacional

- a) **Recién nacido término:** neonato cuyo nacimiento se produce entre las 37 y 41 +6 semanas de gestación, según la OMS.
- b) **Recién nacido pretérmino:** Nacimiento antes de las 37 semanas de gestación. Según la OMS se subclasifica de la siguiente manera, lo cual resulta útil para la justificación del diagnóstico:
 - **Prematuro extremo:** nacimiento antes de las 28 semanas de gestación.
 - **Prematuro muy prematuro:** nacimiento que se produce entre las 28 y 31+ 6 semanas de gestación.
 - **Prematuro moderado:** nacimiento que se produce entre las 32 y 33 + 6 semanas.
 - **Prematuro tardío (PT):** nacimiento que se produce entre las 34 y 36 + 6 semanas de edad gestacional. (SENEO. Protocolos 2023).
- c) **Recién nacido posttérmino:** nacimiento después de las 42 semanas de gestación.

Dado que los niños y las niñas prematuros tienen una inmadurez en diferentes aspectos de su desarrollo, es necesario corregir su edad cronológica de modo de realizar una evaluación que se ajuste a las condiciones presentes al momento de nacer. La técnica para corregir edad en prematuros es muy sencilla y consiste en restar a la edad cronológica al número de semanas de diferencia entre el nacimiento y la fecha probable de parto (40 semanas).

Para corregir la edad de un niño o niña prematuro es necesario tener un calendario, para contar los días precisos que el niño o la niña ha cumplido. Los cálculos se realizan en días, pero su interpretación se formula en semanas cumplidas.

Consideraciones

Edad gestacional corregida: se entiende como la que tendría el RN prematuro si hubiera nacido a término, es decir a las 40 semanas de edad gestacional, y se considera para evaluar el crecimiento, el neurodesarrollo, desarrollo motor, el comportamiento y el lenguaje.

- En prematuros extremos, se corrige la edad hasta los dos años de vida.
- En prematuros moderados y tardíos, la corrección se realiza hasta los 12 meses.

La técnica para corregir edad en prematuros consiste en restar a la edad cronológica al número de semanas de diferencia entre el nacimiento y la fecha probable de parto (40 semanas), los cálculos se realizan en días, pero su interpretación se formula en semanas cumplidas.

Fórmula

$(\text{Edad cronológica} - \text{real en semanas}) - (40 \text{ semanas} - \text{N.º de semanas de gestación al nacimiento}) = \text{edad corregida}$

Ejemplo: una niña nacida el 30 de octubre de 2025 con 32 semanas de gestación ¿Qué edad tienen si es evaluada el 6 de enero de 2026?

- Edad cronológica: (un día de octubre + 30 días de noviembre + 31 días de diciembre + 6 días de enero) = 68 días
- $(40 \text{ semanas} - 32 \text{ semanas}) = 8 \text{ semanas} * 7 = 56 \text{ días}$ faltaban para que naciera de término.
- Edad corregida: 68 días de edad cronológica – 56 días faltaban para nacer de término = 12 días

Interpretación: la niña tiene una semana edad corregida (cumplida)

Nota. Tomado de Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en atención primaria de salud (APS), por Ministerio de Salud, 2014.).

Métodos para determinar la EG y la edad neonatal o pediátrico

a) Métodos obstétricos

Fecha última regla (FUR), forma más básica de determinación; evaluación clínica materno-fetal incluye medición de altura uterina en la madre, aparición de los primeros LCF, aparición de los primeros movimientos fetales (Son datos variables y subjetivos). Ecografía fetal idealmente precoz (permite también diagnóstico de otras patologías del neonato en su etapa fetal).

b) Métodos pediátricos

Al nacer, el examen físico del recién nacido aporta elementos que permiten estimar su EG, tanto por sus características somáticas como neurológicas. Existen distintos métodos para evaluar la EG, pero todos usan como criterio el crecimiento y la madurez indicados por los signos físicos y neuromusculares, asignando una calificación a cada una de ellas. Estas pruebas pueden ser:

- **Test de USHER:** el método da seguridad de ± 1 o 2 semanas y es fácil de realizar porque son parámetros objetivos y no varían con el trabajo de parto o con el parto y no cambian mucho en las primeras 24 horas de vida. Analiza cinco parámetros que son: pliegues plantares, pabellón auricular, cabello, nódulo mamario y genitales.

- **Test de Parkin:** evalúa cuatro parámetros, nódulo mamario, pabellón auricular, color de piel y textura de la piel. A cada una de estas características se le asigna un puntaje de 0 a 3 puntos, con un puntaje total que va de 0 a 12 puntos, es decir de 27 a 42 semanas de EG.

* Es un método poco fidedigno en RN muy inmaduros, de menos de 33 semanas de EG; tampoco es útil para diagnosticar los RN postérminos y es susceptible de ser alterado por la hipoxia y el frío.

- **Método de Dubowitz:** método utilizado en general en los recién nacidos de pretérmino, en especial los de edad gestacional dudosa.

Sus características son:

- Valora signos somáticos y neurológicos
- Mayor precisión en recién nacidos de menos de 36 semanas
- Requiere mayor tiempo y experiencia clínica
- Aproximación de más o menos dos semanas
- Se necesita la participación de dos profesionales y se realiza idealmente a partir de las 24 horas de vida para evitar interferencias del parto.
- Una vez realizado se suman los puntajes y se extrapolan a la tabla para determinar su edad gestacional.
- **Test de Ballard (New Ballard Score, NBS):** este método, considerado una versión abreviada del Test de Dubowitz, evalúa seis criterios físicos y seis criterios neurológicos para estimar la edad gestacional del recién nacido.

A diferencia de otros métodos, el NBS se basa en la percepción del evaluador, por lo que es subjetivo. Esto implica que distintos profesionales pueden obtener resultados diferentes al aplicar el test al mismo neonato.

Es recomendable reevaluar a los prematuros de extremo bajo peso, especialmente aquellos entre 23 y 27 semanas de gestación, debido a la alta variabilidad en la estimación.

Diversos estudios han demostrado que el método tiende a sobreestimar la edad gestacional entre 1,3 y 3,3 semanas en recién nacidos prematuros entre 22 y 28 semanas, por lo que su uso debe ser cuidadoso en este grupo etario (Osses, 2021).

3. Adecuación de la edad gestacional por peso del neonato

De acuerdo con la recomendación de la Sociedad Chilena de Pediatría, a través de su rama de neonatología, otra clasificación clave de los recién nacidos es la adecuación de edad gestacional y peso, para ello se recomienda utilizar la Curva de Crecimiento Intrauterino desarrollada por los doctores Alarcón y Pittaluga (2010).

Tabla 1. Curva de Crecimiento Intrauterino

EG. Som	n	Promodio (g)	DS	p 3	p 10	p 25	p 50	p 75	p 90
24	85	766,3	102,8	601,0	640,6	691,0	749,1	835,0	897,9
25	70	816,1	119,5	613,5	666,0	733,8	808,7	894,1	963,3
26	106	904,0	138,5	660,9	728,2	812,4	903,5	992,6	1.070,6
27	99	1.025,3	159,3	739,4	822,9	922,6	1.029,2	1.125,9	1.214,6
28	136	1.175,4	181,6	845,0	945,7	1.060,0	1.181,4	1.288,9	1.390,1
29	136	1.349,6	204,9	973,8	1.092,2	1.220,3	1.355,8	1.476,9	1.592,0
30	180	1.543,3	228,8	1.122,0	1.258,2	1.399,1	1.548,2	1.685,0	1.815,0
31	219	1.751,9	253,0	1.285,6	1.439,2	1.592,0	1.754,3	1.908,3	2.053,8

EG. Som	n	Promodio (g)	DS	p 3	p 10	p 25	p 50	p 75	p 90
32	317	1.970,7	276,9	1.460,8	1.630,8	1.794,8	1.909,7	2.141,9	2.303,4
33	352	2.195,1	300,3	1.643,6	1.828,7	2.003,0	2.190,2	2.380,9	2.558,5
34	656	2.420,4	322,6	1.830,2	2.028,6	2.212,3	2.411,4	2.620,5	2.813,9
35	1.116	2.642,0	343,6	2.016,6	2.226,0	2.418,4	2.629,1	2.855,9	3.064,4
36	3.079	2.855,2	362,7	2.198,9	2.416,7	2.617,0	2.839,0	3.082,1	3.304,7
37	6.738	3.055,4	379,6	2.373,4	2.596,2	2.803,6	3.036,7	3.294,2	3.529,8
38	17.974	3.238,0	393,8	2.536,0	2.760,2	2.973,9	3.218,0	3.437,5	3.734,4
39	26.752	3.398,3	405,0	2.682,8	2.904,2	3.123,7	3.378,5	3.657,0	3.913,2
40	22.339	3.531,6	412,8	2.810,0	3.024,1	3.248,4	3.514,1	3.797,9	4.061,2
41	10.237	3.633,4	416,7	2.913,7	3.115,3	3.343,9	3.620,2	3.905,3	4.173,0
42	921	3.698,9	416,4	2.989,9	3.173,5	3.405,7	3.692,8	3.974,3	4.243,5
Total	91.562								

Nota. Tomado de Curva de crecimiento intrauterina, por Milad, Alarcón y Pittaluga, 2010.

El peso de nacimiento se obtiene de una manera muy precisa luego del parto, sin embargo, la edad gestacional es menos clara en algunas situaciones.

Según el peso para la madurez estimada, los recién nacidos se clasifican en:

- Adecuados para la edad gestacional (AEG): entre los percentiles 10 – 90
- Grandes para la edad gestacional (GEG): mayor al percentil 90
- Pequeños para la edad gestacional (PEG): menor al percentil 10
- PEG severo: menor al percentil 3

A su vez, los recién nacidos PEG pueden subdividirse en:

- **PEG simétrico o armónico:** está disminuido el peso, longitud y perímetro cefálico. Pueden estar asociados a alteraciones genéticas o infecciones congénitas.
- **PEG asimétrico o disarmónico:** se altera el peso o peso y longitud, pero con perímetro cefálico conservado. Suele producirse por factores que afectan al flujo placentario comenzando habitualmente a partir del segundo o tercer trimestre (López et al., 2024).

Tabla 2. Importancia de identificar correctamente a neonatos PEG y GEG

Qué hacer	Por qué
Medir y pesar bien	Condiciona el diagnóstico
Utilizar tablas referenciadas	Definidas por la evidencia científica y sociedades
Definir, señalar al niño como PEG al alta	Evita perdida de seguimiento
Seguimiento específico	Evita complicaciones

Nota. Tomado de Recién nacido pequeño para la edad gestacional: concepto, diagnóstico y caracterización neonatal, seguimiento y recomendaciones, por López et al, 2024.

4. Patologías concomitantes

Este apartado debe consignarse siempre que el recién nacido curse con alguna patología. Si el recién nacido no cursa con alguna patología al momento de ser evaluado, esta información se omite.

Ejemplo

Depresión neonatal (leve, moderada, severa), síndrome de dificultad respiratoria neonatal (SDR), asfixia neonatal, encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI), taquipnea transitoria, enfermedad de membrana hialina (EMH), hipoglicemia, hipocalcemia, anemia neonatal, sepsis neonatal, alteraciones congénitas (cardiopatías congénitas, síndrome de Down), traumatismos osteotendinosos del recién nacido (fractura clavícula derecha, displasia de cadera) entre otros.

¿Cómo consignar?

Las patologías neonatales confirmadas deben registrarse debajo de Adecuación de la Edad Gestacional por peso del neonato.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

RNT 38 semanas
AEG
SDR
Taquipnea transitoria

Si aún no se cuenta con un diagnóstico confirmado, pero existen signos clínicos, síntomas o exámenes en curso se pueden consignar como observación (obs) de (nombre de la patología).

Ejemplos

Obs. de EMH (A la espera de radiografía de tórax)

Obs. hipoglicemia (A la espera de resultado de exámenes)

Obs. anemia neonatal (A la espera de resultados de exámenes)

Obs. sepsis neonatal (A la espera de resultados de exámenes)

Obs. onfalitis (A la espera de cultivos)

Lo que se plantea entre paréntesis, no se debe escribir en la hipótesis diagnóstica, esto solo es para clarificar el porqué de la observación de la patología.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

RNT 38 semanas

AEG

Depresión neonatal severa

SDR

Obs. EMH

Es esencial mantener un orden lógico y jerárquico al establecer las patologías en un diagnóstico neonatal. Este orden favorece la claridad diagnóstica, la continuidad del cuidado y la toma de decisiones clínicas de acuerdo con la condición del neonato.

5. Condición determinada por la madre

Las condiciones patológicas o de riesgo de los recién nacidos tiene una alta relación con la condición de la madre (pregestacionales y gestacionales) ya sea por enfermedad o por antecedentes psicosociales, deben ser considerados

en el diagnóstico porque incrementan significativamente la morbilidad y mortalidad neonatal (Núñez et al., 2015).

Ejemplo

Hijo de madre diabética (HMD), hijo de madre Rh (-), hijo de madre con enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana, hijo de madre sífilis reactiva, hijo de madre adolescente, hijo de madre TUS, entre otras.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

RNPT 40 semanas

AEG

Hipoglicemia

Hijo de madre con diabetes insulino dependiente

Consideraciones

En contexto del cuidado neonatal, existen antecedentes que si bien no constituyen diagnósticos médicos en sí mismos, son fundamentales para orientar la planificación de cuidados por parte del equipo de matronería. Entre ellos destacan la edad cronológica (horas o días de vida) y la clasificación del recién nacido por peso al nacer. Estos datos se utilizan frecuentemente en las unidades de atención inmediata y puericultura.

Estos datos se utilizan frecuentemente en las unidades de atención inmediata y puericultura, y forman parte de la ficha clínica del recién nacido, aportando elementos relevantes para:

- Vigilancia clínica
- Monitoreo nutricional y metabólico

- Evaluación del riesgo perinatal
- Análisis epidemiológico y seguimiento poblacional

Clasificación del recién nacido de acuerdo con el peso al nacer:

- Macrosómico: > 4000 g. Esta condición se incluye en el diagnóstico neonatal por la gestión de matronería en este caso toma de HGT. Esta clasificación puede no ir en el diagnóstico, pero orienta las conductas de matronería en el cuidado neonatal. También sirve como parte de información epidemiológica.
- Peso normal: 2500 a 3999 g
- Bajo peso: < 2500 y >1500 g
- Peso muy bajo: <1500 g

6. Referencias bibliográficas

- Ararat Navas, F., Arriagada, J. P., Bravo Urzúa, T., Carvajal Encina, F., Fuentes Villar, D., et al. (2020). *Guías de práctica clínica: Unidad de Paciente Crítico Neonatal, Hospital San Juan de Dios de La Serena (5.ª ed.)*. Hospital San Juan de Dios de La Serena. <http://www.manuelosses.cl/Guias/Guias%20La%20Serena%202020.pdf>
- Hospital La Serena. (2020). Guías de neonatología <http://manuelosses.cl/.cl/BNN/gpc/Guias%20Neonatal%20Hospital%20%20La%20Serena%202020.pdf>
- López, I. D., Cernada, M., Galán, L., Boix, H., Ibañez, L., & Couce, M. L. (2024). Recién nacido pequeño para la edad gestacional: concepto, diagnóstico y caracterización neonatal, seguimiento y recomendaciones. *Anales de Pediatría*, 101(2), 124-131. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.06.004>
- Milad, M., Novoa, J. M., Fabres, J., Samamé, M. M., y Aspillaga, C. (2010). Recomendación sobre curvas de crecimiento intrauterino. *Revista Chilena de Pediatría*, 81(3), 264–274. <https://doi.org/10.4067/S0370-4106201000030001>

Ministerio de Salud de Chile. (2014). *Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en atención primaria de salud (APS)*. 2014_Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS_web(1).pdf

Osses, M. (2021). *Guías BUPA Reñaca*. [<http://www.man.manuellosses.cl.cl/Guias/Guias%20BUPA%20Renaca.pdf>]

World Health Organization(s-f) *Preterm birth*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>



CAPÍTULO III.

Hipótesis diagnóstica ginecológica

**Marcela Zavala V., Carolina Poblete R., María
Fernanda Martínez S., Mg., Ana María Arriagada M.**

*Carrera de Obstetricia y Puericultura, Facultad Ciencias de la Salud,
Universidad Autónoma de Chile, sede Talca.*

1. Introducción

La formulación coherente y precisa de hipótesis diagnósticas es fundamental para una atención de alta calidad en el área de la ginecología y oncoginecología. Sin embargo, las variaciones en la terminología y los enfoques pueden generar barreras de comunicación e inconsistencias en el manejo de los usuarios (Paladines et al., 2019).

Este ofrece un marco estructurado y basado en evidencia para generar hipótesis diagnósticas dentro de este campo especializado, diseñado para unificar el lenguaje utilizado, tanto por estudiantes como por profesionales de la salud de nuestra casa de estudios y aquellos que reciben estudiantes en pasantías clínicas.

Con instrucciones claras, paso a paso, basadas en prácticas actuales, este recurso tiene como objetivo mejorar la precisión, la eficiencia y la estandarización del proceso de hipótesis diagnóstica.

La metodología presentada se basa en las recomendaciones encontradas, luego de una revisión realizada por el área de ginecología de la carrera de Obstetricia y Puericultura, de la Universidad Autónoma de Chile, sede Talca, que enfatiza un proceso multifacético, desde la interacción inicial con el usuario, hasta la interpretación de los hallazgos del examen físico.

La comunicación eficaz y la escucha activa son fundamentales en esta fase inicial, alineándose con los principios de la atención centrada en el usuario/a (Kurtz et al., 2005) y estableciendo una base sólida para el razonamiento clínico. Posteriormente, la integración de los hallazgos del examen físico proporciona datos objetivos, cruciales para corroborar o cuestionar las impresiones iniciales y guiar las investigaciones posteriores.

Finalmente, esta publicación proporciona un formato estructurado para documentar hipótesis diagnósticas, asegurando claridad, coherencia y una comunicación fluida entre los profesionales de la salud. Este enfoque unificado

agilizará el proceso de diagnóstico, mejorará la precisión y, en última instancia, la atención al usuario.

Tabla 1. Componentes de la hipótesis diagnóstica ginecológica

Parámetro	Ejemplo
1 Paridez	G2P2A0
2 Ciclo vital	Adolescente Climatérica
3 N° de cesáreas	Cicatriz de cesárea anterior (CCA)
4 Método de regulación de la fertilidad	Usuaria de anticonceptivos combinados orales (ACO)
5 Patologías ginecológicas, onco-ginecológicas y/o de salud sexual	Miomatosis uterina
6 Morbilidad y/o comorbilidad	Hipotiroidismo Ceguera
7 Alergias y /o consideraciones actuales importantes	Alergia al látex Alergia al gluten RH (-) Víctima de agresión sexual

Parámetro	Ejemplo
8 Adicciones	Consumo de tabaco
9 Estado nutricional	Enflaquecida obesidad

La hipótesis diagnóstica ginecológica siempre debe construirse respetando este orden de parámetros.

Si la usuaria no cumple con algunos de los puntos, este debe omitirse en el registro.

2. Paridez

Para plantear el componente de paridez en la hipótesis diagnóstica ginecológica, se consignará según la tabla sobre diferentes escenarios respecto a la paridez en el capítulo I sobre Hipótesis Diagnóstica Obstétrica.

3. Ciclo vital

Se refiere a las diferentes etapas de la vida que experimenta un individuo desde su concepción hasta su muerte. Esta perspectiva considera que el desarrollo humano es un proceso continuo y dinámico que se ve influenciado por factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

En la hipótesis diagnóstica ginecológica, se debe consignar el ciclo vital cuando la usuaria se encuentre en la adolescencia o en el climaterio, ya que ambas constituyen etapas de mayor vulnerabilidad y riesgo en comparación con la edad fértil.

Adolescencia

Esta etapa se caracteriza por cambios hormonales rápidos, la maduración de los órganos sexuales y la adquisición de la capacidad reproductiva. La OMS (2018) define la adolescencia como el periodo entre los 10 y los 19 años.

Ejemplo

Camila (14 años) acude por primera vez a control de planificación familiar en su CESFAM, manifestando el deseo de iniciar actividad sexual vaginal penetrativa con su pareja de la misma edad. Se encuentra menstruando en el día de la consulta y no refiere antecedentes mórbidos personales ni familiares.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Nuligesta
Adolescente

Climaterio

Según la OMS (2018), el climaterio se define como un periodo de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva, caracterizado por cambios hormonales y síntomas asociados. En la mujer, este periodo se manifiesta aproximadamente un año antes y después de la menopausia.

Ejemplo

María Eugenia (53 años) consulta con matrona/ón por presentar bochornos, sudoraciones nocturnas y trastornos del sueño que generan irritabilidad diurna. Como antecedente obstétrico, relata dos hijos nacidos por cesárea. Se encuentra en buenas condiciones generales en el examen físico. Se aplica

Escala MRS, obteniendo 15 puntos. Se le explica que se encuentra en la etapa del climaterio y se discuten alternativas terapéuticas, incluyendo terapia hormonal y estrategias no hormonales.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Múltipara de dos
Doble cicatriz de cesárea anterior
Climaterio

El climaterio suele dividirse en tres fases (Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica, 2020). Esta terminología debe consignarse en la hipótesis diagnóstica únicamente cuando la usuaria aporte, durante la anamnesis, antecedentes claros y verificables sobre la etapa específica en la que se encuentra. Un dato clave para esta clasificación es la fecha de última menstruación (FUM), que permite precisar la fase y reemplazar el término general «climaterio».

- **Perimenopausia o transición menopaúsica:** periodo que comienza con irregularidad de los ciclos menstruales y síntomas vasomotores. Esta fase que puede extenderse hasta un año después de la interrupción permanente de las menstruaciones y por lo general dura de cuatro a siete años (American College of Obstetricians and Gynecologists, [OCOG], 2022).

Ejemplo

Sara de 49 años, con antecedentes de tres partos vaginales y esterilización quirúrgica realizada hace 13 años, sin patologías crónicas conocidas, acude a control ginecológico por irregularidades menstruales. Refiere que desde hace aproximadamente ocho meses sus menstruaciones no ocurren todos los meses y se han ido espaciando progresivamente. Además, presenta episodios de sudoración en cara y cuello durante el día.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Múltipara de tres
Perimenopausia
Usaria de esterilización quirúrgica

- **Menopausia:** se define retrospectivamente como el cese de menstruaciones espontáneas por un periodo de 12 meses consecutivos (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2022).
- **Posmenopausia:** corresponde a la fase que sigue a la menopausia, caracterizada por niveles consistentemente bajos de estrógenos y la ausencia de menstruación durante al menos 12 meses consecutivos (The Menopause Society, 2023).

Ejemplo

Magaly con antecedentes de cuatro partos vaginales, acude a control ginecológico anual con matrona/ón para la toma de papanicolau. Refiere no usar métodos anticonceptivos en los últimos cinco años. Su fecha de última menstruación fue hace aproximadamente tres años.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Múltipara de cuatro
Postmenopáusica

Otras condiciones médicas del ciclo vital femenino que deben ser consignados en una hipótesis diagnóstica:

- **Insuficiencia ovárica primaria (IOP):** es una condición médica caracterizada por la disminución significativa o pérdida de la función ovárica en mujeres menores de 40 años, lo que lleva a una disminución en la producción de hormonas sexuales, como el estrógeno y la progesterona.

De acuerdo con la sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM), la IOP se define como la presencia de los siguientes criterios:

- Edad menor a 40 años
- Amenorrea por al menos cuatro meses
- Niveles elevados de hormona foliculoestimulante (FSH)
- Niveles bajos de estrógenos en sangre

Ejemplo

Catalina, de 37 años, consulta con matrona/ón para mostrar resultados de exámenes de laboratorio solicitados en una atención previa debido a amenorrea de seis meses de evolución, sin uso de anticonceptivos y con deseo de gestación. La usuaria no presenta antecedentes obstétricos previos.

Resultados de exámenes de laboratorio:

- FSH 75 mUI/mL
- Estrógeno 5 pg/mL

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Nuligesta
Insuficiencia ovárica primaria

- **Menopausia quirúrgica o iatrogénica:** la menopausia quirúrgica o iatrogénica se refiere a la pérdida prematura de la función ovárica y al cese de la menstruación como consecuencia de una intervención médica o quirúrgica, tales como la extirpación de los ovarios o la radioterapia pélvica (Sociedad Americana de Medicina Reproductiva [ASRM]).

Las causas más comunes de la menopausia quirúrgica o iatrogénica incluyen:

- Ooforectomía bilateral

- Radioterapia pélvica en cáncer de útero, cervix u ovario
- Quimioterapia en el cáncer

Ejemplo

María Isabel (45 años) con antecedente de cuatro partos por cesárea electiva, presenta historia de ooforectomía bilateral realizada hace cinco años por diagnóstico de endometriosis.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Múltipara de cuatro
Menopausia iatrogénica

Consideraciones

- Nunca consignar como diagnóstico el término «menopausia», ya que este corresponde únicamente al último periodo menstrual y se define retrospectivamente.
- El término climaterio debe consignarse en la hipótesis diagnóstica a las mujeres que manifiestan sintomatología característica de esta etapa de la vida.
- El término «añosa o tardía» no debe utilizarse en la hipótesis diagnóstica ginecológica, dado que solo tiene aplicación en el ámbito obstétrico.

4. Cicatriz cesárea anterior (CCA)

La consignación de las cicatrices de cesárea es fundamental dentro de una hipótesis diagnóstica, ya que tiene implicaciones significativas en el manejo ginecológico y la salud sexual de la mujer. Una de las principales razones es la posibilidad de formación de adherencias pélvicas, un fenómeno después de intervenciones quirúrgicas como la cesárea.

Las adherencias pélvicas son bandas de tejido cicatricial que se desarrollan entre los órganos de la pelvis, tales como los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, la vejiga y el intestino. Estas pueden provocar que los órganos se adhieran entre sí, alterando anatomía y su funcionalidad normal, lo que a su vez puede causar dolor pélvico crónico, infertilidad, entre otros.

Si tiene dos o más cesárea(s) anterior(es), «doble cicatriz de cesárea anterior», o 2 CCA., etc.

Ejemplo

Marisol con antecedentes obstétricos de dos partos, el primero fue hace cinco años (parto de vértice espontáneo) y la segunda vía cesárea electiva hace dos años.

Ejemplo de hipótesis diagnóstica

G2P1A0

1 cicatriz de cesárea anterior

5. Método de regulación de la fertilidad

La documentación precisa de los métodos anticonceptivos del/la usuario/a es crucial para formular una hipótesis diagnóstica integral en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Esta información proporciona un contexto valioso para interpretar otros hallazgos clínicos y ayuda a identificar posibles factores de riesgo.

La elección del método anticonceptivo refleja, en gran medida, los objetivos reproductivos y el estado de salud, sobre su estilo de vida. Por ejemplo, el uso de un anticonceptivo reversible de acción prolongada (LARC) como un dispositivo intrauterino (DIU) puede ser una estrategia de planificación familiar a más largo plazo. Por el contrario, la ausencia de métodos anticonceptivos, en mujeres en edad reproductiva, puede desencadenar en una gestación no deseada u otros problemas de salud reproductiva.

Incluir el método anticonceptivo (MAC) en la hipótesis diagnóstica es esencial para un diagnóstico diferencial preciso. La elección y la eficacia del método elegido influyen significativamente, por ejemplo, el uso de solo progestágeno puede hacer presentar irregularidades menstruales con mayor frecuencia. Así también, el uso de DIU puede estar asociado con un mayor riesgo de Proceso Inflamatorio Pélvico (PIP), mientras que otros métodos como los métodos de barrera (preservativos) pueden brindar cierta protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Comprender el historial anticonceptivo es fundamental para interpretar adecuadamente los síntomas y signos clínicos.

Las irregularidades menstruales pueden ser un efecto secundario normal de un método en particular o un síntoma de una patología subyacente más grave.

Consideraciones

Las mujeres posmenopáusicas, por definición, han experimentado el cese permanente de la función ovárica y de la menstruación. Este cambio fisiológico hace innecesarios los métodos anticonceptivos para prevenir la gestación, por lo tanto, no se debe consignar método anticonceptivo en la hipótesis diagnóstica en estas mujeres.

¿Cómo consignar?

- Se debe señalar el tipo de método de regulación de la fertilidad que utiliza actualmente la usuaria o la pareja.
- Se debe especificar el tipo de método anticonceptivo, de acuerdo con su clasificación en relación con su función, composición, mecanismo de acción y/o vía de administración. No su nombre comercial.
- Si no utiliza ningún MAC, no se debe consignar.
- No se debe consignar en la hipótesis diagnóstica el tiempo de uso del MAC.

Ejemplo 1

Julia, de 17 años, asiste hoy al CESFAM a control de regulación de la fertilidad.

Antecedentes obstétricos: no presenta.

Antecedentes ginecológicos: menarquia a los 12 años, sexarquia a los 16 años, una pareja sexual, usuaria de Anulette CD hace seis meses, asintomática. Fecha de última menstruación (FUM) hace 15 días.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Nuligesta

Adolescente

Usuaría anticonceptivos combinados orales

Ejemplo 2

María José de 39 años asiste al CESFAM a control ginecológico con su matrona/ón

Antecedentes obstétricos: tres partos vía cesárea, con el nacimiento de su último hijo, se le practicó una esterilización quirúrgica a solicitud de la usuaria.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Múltipara de tres

3CCA

Usuaría de esterilización quirúrgica

6. Patologías ginecológicas, onco-ginecológicas y/o de salud sexual

Patologías ginecológicas

Cuando la usuaria presente alguna patología ginecológica, oncoginecológica y/o de salud sexual, estas deben registrarse en la hipótesis diagnóstica de manera completa y precisa de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª edición (CIE-11) de la OMS (2019).

Consideraciones

En todos los casos se debe consignar:

- Nombre de la patología
- Clasificación clínica CIE -11. (cuando corresponda)
- Ubicación anatómica: explicitar «derecha» o «izquierda», según corresponda.
- Estadío o fase de la enfermedad (cuando corresponda)

Cuando No existe la certeza del diagnóstico, pero sospecha clínica por sintomatología y/o sospecha clínica. Se puede consignar como observación.

Sagrado uterino anormal (SUA)

Una variación aguda o crónica del ciclo menstrual normal, incluidos cambios en el volumen, regularidad, duración y/o frecuencia del sangrado (Pontificia Universidad Católica de Chile [PUC], 2025).

- **Eumenorrea:** menstruación normal, ciclo menstrual en frecuencia: 21 a 35 días con una media de 28 días (Ministerio de Salud [MINSAL], 2022).
- **Metrorragia:** sangrado fuera de la fecha que corresponde a una menstruación normal. Puede ser de escasa cuantía, lo que se llama goteo o spotting o de cuantía semejante a una menstruación normal o abundante (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [FIGO], 2021).
- **Hipermenorrea:** es una alteración en la cantidad de sangre durante el periodo menstrual. Sangrado > 80 ml por ciclo (MINSAL, 2014).
- **Meno- metrorragia:** sangrado anormal en el cual hay distintos patrones, menstruación abundante y sangrado fuera de la fecha (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [FIGO], 2021).
- **Hipernictomenorrea:** menstruación abundante de noche (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [FIGO], 2021).

- **Hipomenorrea:** llamada también Criptomenorrea, es una disminución del flujo menstrual (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).
- **Oligomenorrea:** sangrado de poca cuantía y de duración menor de tres días, generalmente acompañado de ciclos más largos (mayor a 35 días y menor a 90 días) (OMS, 2020).
- **Amenorrea secundaria:** ausencia de menstruaciones durante tres meses en pacientes con ciclos menstruales regulares o durante >6 meses en pacientes con menstruaciones irregulares (OMS, 2015).
- **Sinusorragia:** sangrado que ocurre durante las relaciones sexuales (OMS, 2021).

Consideraciones

Sangrado uterino anormal: solo se utilizará esta terminología cuando la patología causante del signo sea incierta y se encuentre en estudio.

Ejemplo

Carmen (43 años), nulípara, consulta por sangrados intermenstruales hace aproximadamente tres meses, con una duración de cinco a siete días entre ciclos menstruales, de moderada a abundante cuantía, con presencia de coágulos y dolor leve en zona pélvica, sinusorragia (-), PAP normal vigente, hemograma normal.

Ejemplo hipótesis diagnóstica:

Nulípara
Sangrado uterino anormal

Malformaciones del aparato genital femenino

Se refiere a anomalías estructurales en los órganos reproductivos de la mujer, las cuales pueden afectar la función reproductiva y la salud en general de la mujer. Según normativa MINSAL se pueden clasificar en:

Malformaciones congénitas: son anomalías que se presentan desde el nacimiento y pueden afectar diferentes partes del aparato genital como vagina, útero y ovarios, algunos son:

- Agenesia müleriana: ausencia de útero y parte superior de la vagina.
- Útero didelfo: duplicación del útero formando dos cavidades uterinas.
- Absorción del útero: desarrollo anómalo de la cavidad uterina.

Malformaciones adquiridas: pueden surgir debido a condiciones médicas durante la vida de la mujer, por ejemplo, infecciones, tumores o post cirugías.

Ejemplo

Acude a consulta con matrona/ón Julia, 17 años, refiere dolor pélvico, periodos menstruales irregulares y no haberse realizado nunca una ecografía, no posee antecedentes mórbidos personales ni familiares. A la especuloscopia se logra observar dos cuellos uterinos aparentemente sanos.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Nuligesta

Observación de útero didelfo

Síndrome de ovario poliquístico (SOP)

Es un trastorno endocrino-metabólico crónico frecuente en mujeres en edad reproductiva (Pontificia Universidad Católica de Chile [PUC], 2025). que se caracteriza por la presencia de al menos dos de los siguientes tres criterios:

- 1) Disfunción ovulatoria crónica (por ejemplo, anovulación manifestada como ciclos menstruales muy prolongados o ausentes).
- 2) Hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico (por ejemplo, signos de hirsutismo, acné, elevación de andrógenos en sangre).
- 3) Ovarios con morfología poliquística en ecografía. Dicho trastorno debe establecerse tras la exclusión de otras causas que puedan simular estos hallazgos. Además, el SOP está asociado a alteraciones metabólicas (como resistencia a la insulina, dislipidemia), alteraciones ginecológicas (como infertilidad por anovulación, hiperplasia endometrial) y presenta impacto más allá de la fertilidad.

Ejemplo

Bernardita (21 años), acude a consulta de matrona/ón, nuligesta, antecedentes mórbidos personales *diabetes mellitus* tipo 2 no insulinoquiriente, antecedentes mórbidos familiares padre HTA crónica, madre *diabetes mellitus* tipo 2 insulinoquiriente, consulta porque se ha dado cuenta que su rostro tiene cada vez más vello y el acné ha ido en aumento, además de presentar ciclos menstruales irregulares.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Nuligesta
Diabetes Mellitus 2 no insulinoquiriente
Observación SOP

Patologías del cuerpo uterino

- **Miomas uterinos:** también denominados leiomiomas, son tumores benignos derivados del músculo liso del miometrio (la capa media de la pared del útero) que contienen elementos fibrosos y tejido conectivo (Pontificia Universidad Católica de Chile [PUC], 2025).
- **Adenomiosis:** es una enfermedad benigna del útero en la cual tejido endometrial, es decir, glándulas y estroma del endometrio, crecen dentro del espesor del miometrio (la capa muscular del útero) más allá de la zona normal de unión endometriometrial (Pontificia Universidad Católica de Chile [PUC], 2025).

Ejemplo

Acude a la consulta por matrona/ón la señora María Ester (44 años), multípara de tres partos vaginales, refiere dolor pélvico tipo cólico de moderada a severa intensidad previos a la menstruación y el sangrado menstrual ha ido aumentando progresivamente desde hace ocho meses.

Antecedentes mórbidos personales no refiere. Antecedentes mórbidos familiares, no refiere. Antecedentes ginecológicos: menarquia a los 13 años, cirugía solo la esterilización quirúrgica voluntaria. Tiene su PAP vigente y normal. Trae ecografía transvaginal realizada que muestra hallazgos compatibles con adenomiosis uterina. Se observa un útero con un contorno irregular y heterogéneo, con áreas de ecogenicidad mixta y heterogeneidad en la zona de unión entre el endometrio y el miometrio.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Multípara de tres
Usuaría de esterilización quirúrgica
Observación de adenomiosis uterina

- **Endometriosis:** es una enfermedad crónica, dependiente de estrógenos, caracterizada por la presencia de tejido similar al endometrio (glándulas y estroma endometriales) que se localiza fuera de la cavidad uterina. (Pontificia Universidad Católica de Chile [PUC], 2025).
- **Pólipos endometriales:** son formaciones intrauterinas, constituidas por una proliferación focal del endometrio (glándulas y estroma) organizadas sobre un eje vascular, que se proyectan hacia la cavidad uterina como lesiones sésiles o pediculadas (PUC, 2025).
- **Pólipos cervicales:** son crecimientos benignos del canal endocervical o del ectocérvix, generalmente pediculados o sésiles, que sobresalen por el orificio externo del cuello uterino (PUC, 2025).

Proceso inflamatorio pélvico (PIP)

El proceso inflamatorio pélvico o enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es un estado infeccioso-inflamatorio que afecta el tracto genital superior femenino incluyendo el endometrio del útero, las tubas uterinas, los ovarios y el tejido adyacente del espacio pélvico, originado generalmente por la ascensión de microorganismos desde la vagina o el cuello uterino hacia estas estructuras. Puede acompañar o extenderse hacia órganos pélvicos vecinos o el peritoneo pélvico (Pontificia Universidad Católica de Chile [PUC], 2025).

Ejemplo

Filomena (41 años) acude de forma urgente a matrona/ón, multipara de dos partos vaginales, sin antecedentes mórbidos personales ni familiares, refiere sentir un fuerte dolor en hipogastrio desde hace tres días que no cede al uso de antiinflamatorios, al control de signos vitales se encuentra normotensa, levemente taquicárdica, eupneica y febril. La especuloscopia se observa dentro de parámetros normales, al tacto vaginal se encuentra dolor a la movilización del cuello uterino.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Múltipara de dos
Observación de PIP

Síndrome disfórico premenstrual

El trastorno disfórico premenstrual es una patología cíclica del estado de ánimo relacionada con el ciclo menstrual, que se manifiesta en la fase lútea (los días previos a la menstruación) y se resuelve o mejora de manera significativa al inicio de la menstruación. Se caracteriza por la aparición recurrente de síntomas emocionales, cognitivos, del comportamiento y físicos que:

- Ocurren en la mayoría de los ciclos menstruales durante al menos el año (o periodo suficiente para establecer patrón).
- Aparecen poco tiempo antes del inicio de la menstruación (usualmente de una a dos semanas) y disminuyen o desaparecen dentro de los primeros días del flujo menstrual.
- Incluyen al menos cinco síntomas según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association [APA], 2013), entre los cuales debe figurar al menos uno de los siguientes: **estado de ánimo deprimido, irritabilidad o enojo marcado, ansiedad o tensión, labilidad afectiva** (cambios rápidos del humor).
- Causan un malestar clínicamente significativo y/o deterioro en el funcionamiento social, laboral o educativo.

Pérdidas reproductivas

Aborto

El aborto se considera una entidad patológica debido a su etiología multifactorial, que incluye causas genéticas, endocrinas, anatómicas, infecciosas y otras

aún no completamente esclarecidas. Según las orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas (MINSAL, 2011), debe consignarse en la hipótesis diagnóstica el tipo de aborto de acuerdo con el curso clínico observado.

Clasificación de abortos (MINSAL, 2011)

- **Amenaza de aborto:** hemorragia vaginal dentro de las primeras 20-22 semanas de gestación, con cuello uterino cerrado y sin expulsión del feto, sugiere riesgo de aborto espontáneo.
- **Síntoma de aborto:** igual que amenaza de aborto, pero con sangrado de cuantía variable, aunque menor o igual a una menstruación
- **Aborto con dispositivo intra uterino (DIU):** gestación no viable en presencia de un dispositivo intrauterino DIU en la cavidad uterina.
- **Aborto inevitable:** sangrado vaginal o rotura de membranas, con dilatación cervical antes de la viabilidad gestacional, lo que indica que la interrupción de la gestación es inminente e irreversible.
- **Aborto en evolución:** gestación no viable con contracciones uterinas dolorosas frecuentes, y modificaciones cervicales (cuello uterino borrado y dilatado) antes de la expulsión del feto.
- **Aborto incompleto:** presencia de restos ovulares o partes fetales o embrionarias en la cavidad uterina, sin que se haya producido la expulsión completa del contenido gestacional.
- **Aborto retenido:** muerte del embrión o feto antes de la viabilidad, sin que se produzca la expulsión espontánea de este, con cuello uterino cerrado.
- **Aborto completo:** expulsión total del embrión/feto y membranas antes de las 22 semanas de gestación, con cavidad uterina vacía y cuello uterino cerrado.
- **Aborto séptico:** complicación infecciosa grave de un aborto, espontáneo o inducido, que se manifiesta con infección uterina y/o de anexos tras la pérdida gestacional.
- **Aborto inducido** (*a utilizar para casos de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo [IVE]*): interrupción del embarazo por intervención deliberada médica, farmacológica o quirúrgica antes de la viabilidad fetal.

Ley IVE

La ley N.º 21.030, conocida como Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Chile fue promulgada en el año 2017. Esta ley despenaliza la interrupción de la gestación en tres causales específicas.

- 1) Riesgo para la vida de la mujer: cuando la continuación de la gestación representa una amenaza para la vida de la mujer.
- 2) Inviabilidad del feto: en caso de malformaciones fetales graves incompatibles con la vida extrauterina.
- 3) Gestación por violación: cuando el embarazo es resultado de una violación.

Esta ley ha representado un cambio significativo en la normativa sanitaria de Chile, buscando garantizar el derecho a salud y la autonomía de las mujeres en decisiones respecto a su salud sexual y reproductiva.

Ejemplo 1

María primigesta de 30 años, gestación de ocho semanas por ECO, embrión sin latidos, sin patologías asociadas.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

G1P0A0

Observación de aborto retenido

Ejemplo 2

María primigesta de 30 años, que había sido atendida hace 15 días con hallazgo por ECO de embrión sin latidos, se realiza una nueva ECO hoy, donde se mantiene el diagnóstico.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Nulípara
Aborto retenido

Embarazo ectópico

El embarazo ectópico es una gestación en la que el óvulo fecundado se implanta fuera de la cavidad endometrial del útero. Habitualmente ocurre en la tuba uterina, aunque también puede localizarse en el ovario, en el cuello uterino, en una cicatriz de cesárea, o en la cavidad abdominal/pélvica. Esta localización anómala impide el desarrollo normal de la gestación y conlleva riesgo de rotura, hemorragia interna y compromiso vital materno si no se diagnostica y trata adecuadamente (Pontificia Universidad Católica de Chile [PUC], 2025).

Ejemplo

Abigail (24 años) acude a matrona/ón para realización de ecografía, primigesta, gestación de 6⁺⁶ semanas, trae resultado de B-HCG (subunidad beta) de 2585 mIU/cc.

En la ecografía no se observa embrión intrauterino, matrona indica repetir B-HCG en 48 hrs. y repetir ecografía en una semana.

Resultado B-HCG en 48 hrs 2615 mIU/cc.

Nueva ecografía a las 7⁺⁶ semanas; no se observa embrión intrauterino.

Paciente refiere dolor intenso en fosa iliaca derecha que no cede a medicamentos vía oral.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Primigesta
Gestación 7+6 semanas
Observación de embarazo ectópico

Enfermedad trofoblástica gestacional (ETG): es un grupo de trastornos que resultan de un crecimiento anormal de las células del trofoblasto. Esta enfermedad incluye condiciones como mola hidatiforme que puede ser completa o parcial y el cáncer de trofoblasto gestacional que puede ocurrir tras una mola. Su sintomatología puede variar, pero los más comunes suelen ser sangrado vaginal, aumento del tamaño del útero y niveles elevados de B-HCG.

Puerperio postaborto: se define como el periodo que sigue a la interrupción de la gestación, ya sea por aborto espontáneo o inducido. Este periodo abarca desde el momento de la expulsión o evacuación del contenido gestacional y sus anexos, hasta que el cuerpo de la mujer retorna a su estado pregestacional (35 días)

Ejemplo

Flor, 31 años, nulípara, puérpera de aborto de segundo día.

Ejemplo hipótesis diagnóstica**G1POA1**

Puérpera de aborto de segundo día

Patologías del piso pélvico

Prolapso de órganos pélvicos (POP)

El prolapso ginecológico se define como el descenso o desplazamiento de los órganos pélvicos, como el útero, la vejiga o el recto, hacia la vagina o fuera de ella, debido al debilitamiento de los músculos y tejidos que los sostienen. Esto puede causar síntomas como sensación de peso o presión en la pelvis, dolor o molestias en la vagina, dificultad para orinar o defecar, e incontinencia urinaria o fecal.

Tabla 2. Tipos de prolapso ginecológico

Terminología
Prolapso anterior (cistocele): prolapso de vejiga a través de la vagina.
Uretrocele: prolapso de la uretra a través de la vagina.
Prolapso Apical (histerocele): prolapso del recto a través de la vagina (distinto del prolapso rectal que es cuando se exterioriza el recto a través del ano).
Enterocel: saco herniario de peritoneo con epiplón y/o vísceras a través de la vagina.
Colpocel: prolapso de la cúpula vaginal en histerectomizadas.
Prolapso completo o procidencia genital: incluye POP anterior, apical y posterior.

Nota. Tomada de “Prevención del cáncer cervicouterino: una oportunidad real de salvar vidas”, por Pontificia Universidad Católica de Chile, 2025.

Los prolapsos ginecológicos se clasifican en diferentes grados según la gravedad del descenso de los órganos pélvicos. A continuación se presentan los grados de prolapsos ginecológicos según la normativa actualizada según escala de Baden y Walker.

Tabla 3. Clasificación clásica Baden y Walker

Estadíos del prolapso	
Estadio	Descripción
Estadio I	Órganos pélvicos descienden hasta 1 cm sobre el introito
Estadio II	Órganos pélvicos descienden entre 1 cm sobre y bajo el introito
Estadio III	Prolapso >1 cm por fuera del introito sin eversión completa de la mucosa vaginal
Estadio IV	Eversión vaginal completa o procidencia genital

Nota. Tomada de "Prevención del cáncer cervicouterino: una oportunidad real de salvar vidas", por Pontificia Universidad Católica de Chile, 2025.

¿Cómo consignar?

Acompañarlo con la parte anatómica descendida y grado del descenso de los órganos pélvicos según escala.

Ejemplo

Orieta, de 70 años, consulta porque desde hace aproximadamente dos años presenta una sensación de pesadez y «bulto» en la vagina, especialmente al final del día. También refiere dificultad para vaciar la vejiga y ocasional incontinencia urinaria. Ha notado que, en ocasiones, durante la defecación o al toser, puede ver una protrusión vaginal. Niega dolor pélvico, pero sí una sensación de presión constante. Antecedentes obstétricos: cuatro partos vaginales, todos con un peso mayor a 4 kilos, sin complicaciones durante los partos. Antecedentes ginecológicos: menopausia a los 52 años, sin antecedentes de enfermedades ginecológicas previas. Al examen ginecológico presenta una protrusión del cérvix evidente y se extiende por fuera del orificio de la vagina.

Ejemplo hipótesis diagnóstica:

Múltipara de cuatro
Postmenopáusica
Prolapso uterino de tercer grado

Incontinencia de orina

- **Incontinencia de orina de esfuerzo (IOE):** es cuando ocurre pérdida involuntaria de orina al realizar actividades que aumentan la presión intraabdominal como por ejemplo toser, estornudar, reír, correr, levantar peso o realizar ejercicio sin que exista una contracción del músculo detrusor.
- **Incontinencia urinaria de urgencia (IUU):** es la pérdida involuntaria de orina que se acompaña o es inmediatamente precedida por un deseo miccional intenso e imperioso difícil de posponer, se acompaña de una hiperactividad del músculo detrusor.
- **Incontinencia de orina mixta:** incluye componentes de incontinencia de orina de esfuerzo y de urgencia.

Ejemplo

Acude a matrona/ón Celia de 68 años, multípara de cuatro partos vaginales, no presenta antecedentes mórbidos personales ni familiares. Consulta porque desde hace unos meses se percató que tiene leves pérdidas de orina al estornudar, toser e incluso al levantar algún peso, que no le impiden realizar sus quehaceres diarios.

A la especuloscopia no se observa protrusión de algún órgano pélvico, maniobra de Valsalva positiva con salida de orina.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Multípara de cuatro
Postmenopáusica
Incontinencia de orina de esfuerzo

Patologías onco ginecológicas

Patología mamaria

La *Guía de práctica clínica auge cáncer de mama* (MINSAL, 2015), establece estas dos formas de plantear la hipótesis diagnóstica en el caso de tratarse de patología benigna o maligna, respectivamente:

- Probable patología benigna de la mama
- Probable patología maligna de la mama

Ejemplo

Amanda (28 años), nuligesta, acude a la consulta por presentar «un bulto en la mama derecha» desde hace dos meses. Lo sintió realizándose el autoexamen de mamas. Refiere menarquia a los 13 años, ciclos regulares, no usa

anticonceptivos hormonales, antecedentes mórbidos personales y familiares (-). En el examen físico de mamas realizado por la matrona se encuentra una masa palpable en el cuadrante superior externo de la mama derecha (CSE) de 2 cm de diámetro, móvil, liso, bien delimitado, no doloroso al tacto, mama izquierda de aspecto normal.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Nuligesta

Probable patología benigna de mama derecha

Cáncer cervicouterino (CaCu)

El cáncer cervicouterino (CaCu) es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello uterino, caracterizada por una lenta y progresiva evolución. Esta enfermedad se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras que pueden progresar a cáncer invasor si no se tratan oportunamente. Según la División de Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud de Chile, el CaCu es una de las principales causas de muerte por cáncer en mujeres chilenas.

Clasificación de las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino

- Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LSIL): corresponden a neoplasia intraepitelial cervical grado 1 (NIE1). Se caracterizan por cambios celulares leves asociados a infección por VPH.
- Lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HSIL): corresponden a neoplasia intraepitelial cervical grado 2 y 3 (NIE 2 y NIE 3). Se caracterizan por cambios celulares más severos que pueden progresar a cáncer.

¿Cómo consignar?

- En caso de resultado de PAP (+), en los casos de PAP atípicos, estos NO se deben consignar en la hipótesis diagnóstica.
- Sí se consigna: NIE I, NIE II, NIE III, infección por HPV y carcinoma in situ.

Ejemplo

Sandra (28 años) acude a control con matrona/ón, nuligesta, refiere que desea realización papanicolaou (PAP), ya que, no se lo ha realizado nunca y en los últimos años ha tenido varias parejas sexuales y no ha utilizado preservativo con todos.

El resultado de su PAP es positivo para lesión escamosa de alto grado.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Nuligesta
NIE III

Cáncer de ovario

Neoplasia maligna que se origina en el tejido ovárico. Es una de las patologías oncoginecológicas más letales debido a que en muchos casos se diagnostica en etapas avanzadas, lo que dificulta el tratamiento y empeora el pronóstico. Los síntomas suelen ser vagos en las primeras semanas e incluyen dolor abdominal, distensión y cambios en los hábitos intestinales (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [FIGO], 2021).

Ejemplo

Hortensia (47 años) acude a matrona/ón, multípara de un parto vaginal, refiere que desde hace tres meses se siente hinchada, ha subido 10 kilos en poco tiempo, acompañado de estitiquez.

Al examen físico se palpa abdomen globuloso, ascítico, una masa de consistencia sólida e irregular en la pelvis que se confirma a la realización de ecografía transvaginal, con fondo de saco de Douglas ocupado. Como examen complementario posee un CA125 de 400 U/ml.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Primípara
Postmenopáusica
Obs. Cáncer de ovario

Cáncer de endometrio

Neoplasia maligna que se origina en el endometrio. Este tipo de cáncer es el más común del tracto reproductivo femenino y es predominante en mujeres en etapa postmenopáusica, los síntomas pueden incluir sangrado vaginal anormal, dolor abdominal y cambios en el ciclo menstrual (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [FIGO], 2021).

Hiperplasia endometrial

Se refiere a un aumento anormal del grosor del endometrio. Generalmente es causada por un exceso de estrógenos en el organismo y puede o no ser sintomática. Es importante diagnosticar y tratar adecuadamente la hiperplasia endometrial, ya que tiene alta posibilidad de progresar a cáncer endometrial (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [FIGO], 2021).

¿Cómo consignar?

- Si usuaria presenta solo ecografía ginecológica que concluya con engrosamiento endometrial, en una etapa que no coincide con su ciclo menstrual (edad fértil) o en periodo postmenopáusico, debe consignarse en la hipótesis diagnóstico engrosamiento endometrial.
- Si usuaria presenta resultado de biopsia endometrial, debe consignarse en la hipótesis diagnóstica. Posibilidades de resultado más comunes: pólipo endometrial, hiperplasia con atipia, hiperplasia sin atipia.

Ejemplo

Aurora (71 años) acude a matrona/ón, multípara de dos partos vaginales, refiere que hace una semana comenzó con sangrado genital similar a una menstruación, a la especuloscopia se observa salida de sangre fresca por OCE (orificio cervical externo).

Se indica ecografía ginecológica, la que da por resultado engrosamiento endometrial, posterior toma de biopsia que indica hiperplasia sin atipia.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Multípara de dos
Postmenopáusica
Hiperplasia endometrial sin atipias

Cáncer de vulva y vagina

Cánceres poco frecuentes y representan solo el 4% de las neoplasias ginecológicas. Se considera tradicionalmente una enfermedad en mujeres mayores y postmenopáusicas. Se observan cada vez con mayor frecuencia en mujeres jóvenes debido al aumento de las infecciones persistentes por VPH de alto riesgo, especialmente con alta prevalencia de VIH. Los síntomas

pueden incluir prurito, cambio en la piel de la vulva y sangrado (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [FIGO], 2021).

Ejemplo

Leonor (64 años) acude a consulta porque presenta una úlcera en la vulva desde hace dos meses, con crecimiento progresivo. Ha experimentado picazón, sangrado ocasional y dolor al contacto. La lesión en un principio era indolora, pero ha comenzado a ser dolorosa en las últimas semanas. Es multípara de 2 y su menopausia fue a los 50 años; no presenta antecedentes familiares de cáncer ginecológico. A la inspección genital se encontró una lesión ulcerada, de bordes irregulares de 3 cm de diámetro en el labio mayor izquierdo, indurada en la base y que sangra fácilmente al tacto, no presenta adenopatías inguinales. Fue derivada a especialista, quien le solicita biopsia con diagnóstico de carcinoma espinocelular de la vulva y ecografía pélvica que no evidencia ganglios inguinales aumentados de tamaño, sin signos de metástasis.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

M2

Postmenopáusica

Carcinoma espinocelular de la vulva en estadio inicial

Patologías de la salud sexual

Infertilidad conyugal

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo que se caracteriza por la incapacidad

de lograr una gestación después de 12 meses o más de relaciones sexuales regulares sin protección.

- **Infertilidad conyugal primaria:** se refiere a la incapacidad de concebir en parejas que nunca han logrado una gestación luego de un año de intentos regulares, sin utilización de métodos anticonceptivos. En este caso, ningún miembro de la pareja ha tenido una gestación previa.
- **Infertilidad conyugal secundaria:** se refiere a la incapacidad de concebir en parejas que han logrado al menos una gestación previa, independientemente de su resultado (por ejemplo, nacimiento vivo, aborto espontáneo, etc.). En este caso la pareja ha tenido éxito en concebir en el pasado, pero enfrenta dificultades para hacerlo nuevamente (MINSAL, 2015).

Ejemplo

Acude a consulta Aracely (32 años), casada hace tres años con Carlos de 34 años, refiere que desean embarazarse hace 2 años, con relaciones sexuales regulares, sin método anticonceptivo. Menarquia a los 12 años, ciclos regulares, sin antecedentes de enfermedad ginecológica. Antecedentes mórbidos personales (-). Ninguno de los dos tiene hijos.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Nuligesta
Infertilidad conyugal primaria

Disfunciones sexuales en la mujer

Se refieren a alteraciones en el ciclo de la respuesta sexual o trastornos relacionados con el dolor que afectan el bienestar emocional, físico y relacional de las mujeres (La Calle Marcos, 2019).

- **Vaginismo:** es una contracción involuntaria, recurrente o persistente, de la musculatura del piso pélvico y del tercio externo de la vagina frente al intento

de penetración (sea pene, dedo, espéculo u otro instrumento), a pesar del deseo de la mujer de realizarla, lo que dificulta o impide la penetración vaginal y puede causar ansiedad u otros síntomas.

- **Anorgasmia:** es la incapacidad persistente o recurrente de experimentar orgasmo, o un marcado retraso o disminución de su intensidad, tras una adecuada fase de excitación y estimulación sexual, en ausencia de factores externos o que hayan sido evaluados (estimulación adecuada entendida como la que clínicamente se considera suficiente).
- **Deseo sexual hipoactivo:** se define como la deficiencia o ausencia persistente o recurrente de fantasías sexuales y/o de deseo de actividad sexual, que produce angustia marcada y/o dificultades en las relaciones interpersonales.
- **Dispareunia:** se define como dolor genital persistente o recurrente que ocurre justo antes, durante o después de las relaciones sexuales. Puede deberse a causas orgánicas o psicológicas, y que interfiere con la salud sexual y calidad de vida de la persona.

Ejemplo

En la consulta Sandra (38 años) refiere pérdida de interés en las relaciones sexuales desde hace seis meses. No experimenta dolor durante el acto sexual, pero ha notado que su deseo ha disminuido de forma progresiva, lo que ha generado preocupaciones en su relación de pareja. Niega problemas de ansiedad, depresión o estrés significativos, aunque menciona una rutina laboral demandante y fatiga generalizada. Menarquia a los 12 años, multipara de dos (partos vaginales), usa DIU de cobre, no presenta antecedentes de enfermedades ginecológicas ni de salud mental, si menciona que su trabajo es demandante, ya que es cajera de un supermercado.

Ejemplo hipótesis diagnóstica:

Multipara de dos
Usaria de DIU de cobre
Deseo sexual hipoactivo

Postoperatorio

¿Cómo consignar?

- El periodo postoperatorio en el que se encuentra
- El procedimiento quirúrgico
- La técnica quirúrgica
- El diagnóstico ginecológico causante del procedimiento

Tabla 4. Periodos postoperatorios

Periodos postoperatorios	Definición	Ejemplo	Ejemplo hipótesis diagnóstica
Postoperatorio inmediato	Corresponde a las 24 horas inmediatas después de realizada la cirugía. En la hipótesis diagnóstica debe consignarse en número de horas.	Se evalúa a la señora Ingrid en recuperación de anestesia donde lleva dos horas, post histerectomía radical, por cáncer de ovario.	Post quirúrgica de dos horas de histerectomía radical abdominal por cáncer de ovario.

Periodos postoperatorios	Definición	Ejemplo	Ejemplo hipótesis diagnóstica
Postoperatorio mediano	Comprende desde las 24 horas de la intervención hasta los siete días, es decir, la primera semana. En la hipótesis diagnóstica debe consignarse en número de días.	Se evalúa a la señora Ingrid en su habitación en la unidad de ginecología al día siguiente de la intervención.	Post quirúrgica primer día de histerectomía radical abdominal por cáncer de ovario.
Postoperatorio tardío	Va desde los siete días hasta el primer mes post operatorio. En la hipótesis diagnóstica debe consignarse en número de días.	Se evalúa a la señora Ingrid en su control en CDT a los 10 días.	Post quirúrgica de 10 días e de histerectomía radical abdominal por cáncer de ovario.

Tabla 5. Componentes del diagnóstico posoperatorio ginecológico

Periodo posoperatorio	Procedimiento quirúrgico	Técnica quirúrgica	Causa de la cirugía
Posoperatorio inmediato: Post quirúrgica de «x» horas	• Histeroscopia • Vulvectomy parcial • Vulvectomy total • Colpocleisis parcial • Colpocleisis total • Colporragia • Sacrocolpopexia	Histeroscopia	• Mioma uterino • Cáncer de vulva • Cáncer cérvico uterino • Prolapso genital • Incontinencia de orina de esfuerzo
Posoperatorio mediano: Post quirúrgica de «x» días	• Cono LEEP • TOT • TVT • Legrado uterino • Miomectomy • Traquelectomy	Laparoscopia	• Aborto retenido • Cáncer de endometrio • Cáncer de ovario • Quiste ovario derecho
Posoperatorio tardío: Post quirúrgica de «x» días	• Hysterectomy total abdominal • Hysterectomy transvaginal • Hysterectomy radical • Salpingectomy derecha • Salpingectomy bilateral • Oophorectomy derecha • Oophorectomy bilateral • Mastectomy parcial • Mastectomy total	Laparotomy	• Embarazo ectópico • Cáncer de mama • Quiste mama derecha

7. Morbilidad y/o comorbilidad

Si corresponde, se deben incluir todas las patologías que este cursando la usuaria, de acuerdo con la clasificación de enfermedades, incluidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 2019) y/o el DSM-5 (APA, 2013).

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Asma bronquial
Insuficiencia venosa
Depresión
Trastorno bipolar

¿Cómo consignar?

- Se debe consignar el estado de la patología que cursa actualmente la usuaria, es decir si se encuentra en tratamiento, no tratada o descompensada. En caso de estar en tratamiento, no se debe mencionar los medicamentos utilizados.
- Las enfermedades que ya fueron tratadas y los antecedentes quirúrgicos no deben incluirse.
- En caso de usuaria RH Negativo, debe incluirse en este punto, debido a sus implicaciones clínicas significativas, especialmente en el contexto de gestaciones y transfusiones sanguíneas. Para usuarias que estén cursando una gestación, debe obligatoriamente señalarse si está sensibilizada o no sensibilizada.

Ejemplo

En la consulta Claudia (27 años) refiere estar en tratamiento por hipertensión con losartan. Menarquia a los 12 años, múltipara de dos (partos vaginales), usa DIU de cobre, no presenta antecedentes de enfermedades ginecológicas.

Ejemplo hipótesis diagnóstica:

Múltipara de dos
Usuaria de DIU
Hipertensión arterial en tratamiento

Otras consideraciones de la hipótesis diagnóstica ginecológica en morbilidad:**a) Normas específicas de codificación del VIH**

La consignación en la hipótesis diagnóstica dependerá de la condición clínica de la persona.

1) **VIH asintomático:** código Z21 «estado de infección asintomática por virus de inmunodeficiencia humana».

Ejemplo

Úrsula, tres hijos, paciente en tratamiento antirretroviral (TARV) hace tres años, sin manifestación de signos infecciosos, acude a control ecográfico por endometriosis.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

M3
Endometriosis
Estado de infección asintomática por virus de la inmunodeficiencia humana

2) **VIH sintomático:** código B20 «enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana».

Ejemplo

Úrsula, tres hijos, paciente en TARV hace tres años, endometriosis, consulta por placas blanquecinas en mucosa bucal desde hace una semana.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

M3

Endometriosis

Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana

Candidiasis oral

3) **Etapa SIDA:** código 1C60-1C62.Z. y las patologías causantes se agregarán como diagnóstico complementario. Este bloque codifica diversas manifestaciones de la enfermedad del SIDA según la CIE-11, y el «Z» indica que falta información específica sobre el estadio clínico o la presencia de otras enfermedades.

Ejemplo

Úrsula, tres hijos, en TARV hace tres años, endometriosis, placas blanquecinas en faringe, ganglios linfáticos inflamados hace seis meses que no cede a tratamiento, opacidad en placas radiográficas torácicas.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Múltipara de tres
Etapa SIDA
Linfadenopatía generalizada persistente.
Endometriosis
Candidiasis esofágica
Neumonía

Se debe incluir si la patología está en tratamiento, no tratada o descompensada, sin incluir el nombre del medicamento (sin embargo, en la ficha clínica, se debe detallar nombre del medicamento, dosis, vía de administración y horarios).

b) Situación de discapacidad

La consideración de la discapacidad en el diagnóstico ginecológico es esencial para garantizar un cuidado integral y respetuoso. En Chile, la ley 20.422 (2010) establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, subrayando la obligación de accesibilidad e inclusión en el sistema de salud.

Documentar la discapacidad en la hipótesis diagnóstica contribuye a la planificación terapéutica, mejora la recopilación de datos en salud pública y refuerza los derechos humanos.

¿Cómo consignar?

- Para plantear el componente de situación de discapacidad en la hipótesis diagnóstica ginecológica, se consignará según ítem 6.1(b) del Capítulo de diagnóstico obstétrico de este libro.

8. Alergias y /o consideraciones actuales importantes

Alergias

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las alergias son un problema de salud pública que afecta a millones de personas en el mundo.

La identificación de alergias es fundamental para evitar el uso de medicamentos, alimentos u otras sustancias que puedan inducir reacciones adversas severas, para promover la toma de decisiones informada, centrada en el usuario, favoreciendo su seguridad.

Se deben consignar siempre las alergias y/o consideraciones actuales importantes de la usuaria.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Alergia a la penicilina
Alergia al látex

Violencia sexual y de género

¿Cómo consignar?

Debe registrarse como diagnóstico principal cuando corresponda (MINSAL, 2021). El registro debe ser clínicamente preciso, confidencial y basado en la información entregada por la víctima, evitando revictimización.

Tabla 6. Conceptos violencia sexual y de género

Concepto	Definición	Fuente
Abuso sexual	Se refiere a un conjunto de delitos que comparten como elemento común la denominada “acción sexual”, definida como aquella distinta al acceso carnal, pero con un significado sexual, y que se caracteriza por causar una afectación corporal, ya sea de forma directa o indirecta.	(Organización Mundial de la Salud (2017). Violencia contra la mujer.
Agresión sexual	Todo acto sexual, ya sea que se realice con o sin violencia, que se impone a una persona sin su consentimiento. Incluye la penetración vaginal, anal u oral, así como otros actos sexuales, como la masturbación forzada o la exposición a material pornográfico sin consentimiento.	(Organización Mundial de la Salud (2013). Violencia Sexual en: Violencia y Salud (p.123-135) Ginebra: OMS).
Violencia de género	Todo acto de violencia que se dirige contra una persona debido a su género, y que se puede tener como resultado, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluyendo la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada.	(Organización Mundial de la Salud (2013). Violencia de género. Ginebra: OMS, incluyendo violencia doméstica, acoso sexual, mutilación genital femenina, entre otros. (United Nations Women, 2023).

Ejemplo

Diana de 33 años, casada hace 13 años, ha sido víctima de violencia física, emocional y psicológica por parte de su pareja en el hogar que comparten. Aislándola de familiares y amigos. Dentro de sus antecedentes obstétricos relata tener dos hijos nacidos por parto vaginal en el 2017 y 2020. Antecedentes ginecológicos: FUM: hace 15 días, con ciclos de 28/IV, usuaria de Dispositivo intrauterino de progestágeno hace tres años, asintomática.

Ejemplo hipótesis diagnóstica

Múltipara de dos

Usuaria de dispositivo intrauterino de progestágeno

Víctima de violencia de género

9. Adicciones

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

¿Cómo consignar?

- Las adicciones deben consignarse como diagnóstico solo cuando existe consumo actual de tabaco, alcohol o drogas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007), consumidora de tabaco, consumidora de alcohol, consumidora de drogas.
- Si la usuaria no tiene adicciones, se omite este punto.

- No se incluye frecuencia ni dosis en la hipótesis diagnóstica, solo el tipo de sustancia.

Ejemplo

Leslie 34 años, dos hijos nacidos por parto normal, acude a control de regulación de fertilidad, usuaria de ACO hace cuatro años, sin patologías, refiere consumo de marihuana recreacional.

Ejemplo hipótesis Diagnóstica

M2

Usuaria de ACO

Consumo de marihuana

10. Estado nutricional

El diagnóstico antropométrico es un proceso fundamental para evaluar el estado nutricional de una persona mediante la toma de medidas corporales específicas, como el Índice de Masa Corporal (IMC), la circunferencia de la cintura, entre otras (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Esta evaluación resulta crucial para identificar diversas condiciones relacionadas con la nutrición, como el bajo peso, la obesidad, la desnutrición, asociadas al riesgo de desarrollar enfermedades metabólicas en un futuro (Lara et al., 2022). Evaluación del estado nutricional en adultos: una revisión sistemática. Nutrición hospitalaria.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), el diagnóstico del cálculo de estado nutricional permite una evaluación integral del estado de salud de las personas, identificando tanto los riesgos como las condiciones asociadas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Clasificación

Internacional de Enfermedades (CIE-11)). Un estado nutricional alterado puede tener un impacto significativo en áreas clave de la salud, como la ginecológica, oncoginecológica y sexual, afectando el equilibrio hormonal, lo que puede llevar a infertilidad, trastornos en el bienestar general y el desarrollo de diversas patologías (Instituto Nacional de Salud, 2020. La salud nutricional y su impacto en la salud general)

¿Cómo consignar?

- Las condiciones nutricionales y/o antropométricas que deben tenerse en cuenta al formular una hipótesis diagnóstica clínica son:
 - Bajo peso: cuando el IMC es menor de 18.5 kg/m^2
 - Obesidad: cuando el IMC del paciente es igual o superior a 30 kg/m^2 .
- Se deben excluir los otros estados nutricionales, como son, el estado nutricional normal o el sobrepeso, los cuales nunca deben ser integrados en una hipótesis diagnóstica clínica.

Ejemplo

Asiste hoy a control ginecológico mujer de 43 años, multipara de tres, usuaria de anticonceptivos combinados orales, con miomatosis uterina y un índice de masa corporal de 34 kg/m^2 .

Ejemplo hipótesis diagnóstica

M3

Usuaría de ACO

Miomatosis uterina

Obesidad

11. Referencias bibliográficas

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). *Manejo de la hiperplasia y el cáncer de endometrio*.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2022). *The menopausal transition: Overview and management*. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2014/01/management-of-menopausal-symptoms>
- Beer, L. Golub, L., y Smith, D. T. (2017). *Razonamiento diagnóstico y toma de decisiones*.
- European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology. (2022). *Adhesiones pélvicas: causas, síntomas y tratamiento*.
- Evaluación y Confirmación Diagnóstica en personas con consumo de alcohol y otras drogas (2021).
- García, A. K., & Pontificia Universidad Católica de Chile. (2025). *Manual Obstetricia y Ginecología* (15.ª ed.).
- Hospital San Pablo de Coquimbo. (2020). *Protocolo sistema de registros clínicos*.
- Instituto Nacional de Salud (2020). *La salud nutricional y su impacto en la salud general*.
- Journal of Women's Health. (2019). *Efectos a largo plazo de las adherencias pélvicas en la salud de la mujer*.
- Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. (2020). *Adhesiones pélvicas después de la cesárea: una revisión sistemática*.
- Kurtz, S. M., Silverman, J, D., & Draper, J. (2005). *El arte y la ciencia de la comunicación con el paciente*. The Johns Hopkins University Press.
- La Calle Marcos, P. (2019). *Manual de asesoramiento sexológico en ginecología*. Editorial Síntesis.
- Lara-Pérez, Erik Michel, Pérez-Mijares, Edelsa Iluminada, & Cuellar-Viera, Yasandy. (2022). Antropometría, su utilidad en la prevención y diagnóstico de la hipertensión arterial. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 26(2), Epub. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942022000200026&lng=es&tlng=es
- McGowan, J., Wojahn, A., & Nicolini, J. R. (2023). *Evaluación y responsabilidades de eventos de gestión de riesgos*. StatPearls-Biblioteca del NCBI. NCBI Bookshelf

- Ministerio de salud. (2011) *Orientaciones Técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y áreas perdidas reproductivas*.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Violencia de género*.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación internacional de enfermedades* (11.ª ed.)
- Paladines Ríos, V. M., Monge Plaza, F. R., Monge Paladines, F. L., & Jumbo Molina, J. M. (2019). *Diagnóstico médico y atención al paciente*. Mawil.
- Pérez, I., Taito-Vicenti, I. Y., González-Xuriguera, C. G., Carvajal, C., Franco, J. V. A., & Loézar, C. (2021). Cómo interpretar las pruebas diagnósticas. *Medwave*.
- Rios, V. M. P., Plaza, F. R. M., Paladines, F. L. M., & Molina, J. M. J. (2020). Diagnóstico médico y atención al paciente. In Mawil Publicaciones de Ecuador, eBooks.
- Servicio de Salud Valparaíso. (2020). *Características de los registros clínicos en el HDS*.
- Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica. (2020). *Manual de climaterio*. <https://www.endogin.org/Manual-Climaterio-SOCHEG-2020.pdf>
- Hospital San Pablo de Coquimbo, Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada y Ambulatoria. (2025). Libro diagnóstico de la carrera de Obstetricia y Puericultura. Coquimbo, Chile: Hospital San Pablo de Coquimbo.
- The Menopause Society. (2023). *Definiciones de menopausia*.

CAPÍTULO IV.

GESTIÓN E HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA EN EL ÁREA DE LA MATRONA Y EL MATRÓN

Mg. Fúrica Poblete G.

1. Origen de la gestión en la salud chilena

Durante el siglo XX, la población chilena tuvo un fuerte incremento respecto al siglo anterior, pasando de 3.231.022 de habitantes en 1907 a 15.116.435 en 2002. Los cambios demográficos influyeron profundamente en la estructura social y de salud chilenas, y fueron acompañados por un acelerado proceso de urbanización y redistribución territorial, el que transformó a una sociedad de marcado carácter rural en una predominantemente urbana.

En este periodo, conocido como «boom demográfico», algunos problemas sociales comenzaron a sentirse cada vez con mayor intensidad, especialmente en lo que respectaba a la salud de la población. La falta de una vivienda y de un entorno urbano adecuado afectó directamente las condiciones de vida y aumentó la mortalidad de la población (Memoria Chilena, 2024) y, específicamente la mortalidad materna, que ha sido considerada por la Organización Mundial de la Salud como un indicador sensible del estado de salud de una población, en esa época era significativamente alta en comparación con los estándares actuales, lo cual refleja las condiciones precarias de salud y la falta de acceso a servicios médicos adecuados (Morales, 1959).

Durante el siglo XX, la enfermedad y la muerte se convirtieron en un grave problema para las elites filantrópicas del sistema de salud y también para quienes eran dirigentes del país. Además de los cuestionamientos morales, la inhabilidad de los trabajadores por enfermedad o fallecimiento implicaba una menor fuerza de trabajo y, por consiguiente, una merma en la producción en términos económicos. No obstante, aunque de forma paulatina, el Estado comenzó a intervenir en estos problemas. La caridad perdió terreno y comenzó a ser desplazada por una nueva visión de salud pública; las necesidades eran muchas y los recursos sub o mal utilizados, por lo cual fue inminente sumar la gestión a la acción clínica, creándose así, entre otras acciones, los ministerios de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social, el aumento de obras de saneamiento urbano, la incorporación del uso de antibióticos (en 1944), la creación de subespecialidades médicas y procedimientos y todo dentro del

Modelo de Salud Biopsicosocial propuesto por Engel (1977). En la actualidad, esto se complementó con la creación de la nueva Reforma de Salud de 2005, que incorporó las Garantías Explícitas en Salud (GES), las cuales no solo tuvieron como objetivo mejorar el acceso, la calidad y la protección financiera en salud, sino que también reorientaron el razonamiento clínico de la matronería. De esta manera, al pasar de un modelo asistencial-biomédico a uno biopsicosocial e integral, en donde la calidad y seguridad del paciente pasó a ser central, la formulación y priorización de la hipótesis diagnóstica correcta contribuye como fortaleza frente a patologías específicas como preeclampsia, diabetes gestacional, depresión perinatal o violencia de pareja, pues integra, en un mismo marco de decisión, datos clínicos junto a determinantes sociales y riesgos psicosociales (Repullo, 2022).

2. Gestión por procesos y su relación con la salud

Diferentes autores han definido gestión. Por una parte, Koontz (1961) ha dicho: «La gestión es el arte de hacer que las cosas se hagan a través de grupos de personas organizados informalmente» (pp. 174-188), Fayol (1917) ha planteado: «Gestionar es prever y planificar, organizar, mandar, coordinar y controlar» (p. 5) y Terry (1971), que lleva el concepto de gestión a un área más amplia, afirma que: «La gestión es un proceso distinto, que consiste en planificar, organizar, ejecutar y controlar, y que se lleva a cabo para determinar y lograr objetivos establecidos mediante el uso de seres humanos y otros recursos» (p. 4).

Estas definiciones nos indican que, al desarrollar gestión en salud, se deben incorporar elementos comunes como organización, prevención, planificación, dirección, ejecución y control, entre otras. A este sistema se le denomina modelo de gestión, demostrando la forma en que se organizan y combinan los recursos (en el contexto más amplio de la palabra) con el propósito de cumplir con el bien mayor que es el «bien – estar» de la usuaria/paciente.

Según Román (2012), este modelo de gestión, en el cual se combinan diferentes elementos, debe cumplir con:

- Propiciar el trabajo cooperativo, la interacción de las experiencias individuales y colectivas, la movilización de los distintos saberes para el logro de una meta en común.
- Fomentar la autonomía y el compromiso de los profesionales con la misión institucional.
- Flexibilizar la planificación con miras a beneficiar el aprendizaje institucional que se hace en el transcurso de las acciones y dar lugar a la visión de los procesos.
- Las normas rígidas deben ceder lugar a directrices flexibles basadas en el flujo constante de informaciones sobre la realidad y sobre las acciones institucionales, sus procesos y sus resultados.
- Propiciar mayor participación de los profesionales en la toma de decisiones; estas no deben quedar solo en manos de los administradores.
- Velar por una visión integral de los procesos con el fin de evitar «tierras de nadie».
- Establecer objetivos coherentes en toda la organización.
- Centrar la organización en las demandas y expectativas del usuario/paciente, actitud que deben compartir todos sus miembros.

En este marco, elaborar una hipótesis diagnóstica en el área de la matronería, con un respaldo en gestión, se configura como un elemento concreto que fortalece a la toma de decisiones, pues integra información clínica, social y contextual con aspectos fundamentales en un entorno multifactorial y de trabajo colaborativo.

3. Fundamento legal en la gestión de la matronería

Las normativas refuerzan el rol gestor de la matronería, respaldando su capacidad para elaborar diagnósticos clínicos y asumir decisiones de alta responsabilidad sanitaria.

La formación profesional de la matrona y el matróon se ha generado a partir del desarrollo académico y continuo necesario para enfrentar diversos desafíos. Ha transitado de una formación empírica, como partera, a una formación profesional con la creación de la primera Escuela de Matronas de la Universidad de Chile en 1834. Así, desde el siglo XVIII comienza a cambiar, con tendencia a la fundamentación científica, la disciplina obstétrica: planes de estudio rediseñados, modificación de requisitos de ingreso y nuevas escuelas en universidades públicas y privadas (Cerde, 2020).

En estos planes de estudio rediseñados, y considerando la evolución de los requerimientos actuales en salud, ha sido imprescindible introducir la asignatura de gestión en la malla curricular pues permite dar una visión más amplia y con mayor sustento al momento de tomar una decisión clínica.

Los conocimientos adquiridos en gestión tienen un respaldo legal en la normativa vigente respecto a esta en el área de la matronería.

Es el caso de la Norma General Administrativa N.º 21 (Ministerio de Salud [MINSAL], 2010) de «Administración del Cuidado de profesionales matronas y matrones», que complementa la Norma General Administrativa N.º 5, aprobada por Resolución Exenta N.º 289 de 1997 del Ministerio de Salud, sobre la estructura orgánica funcional de la matronería en los establecimientos asistenciales de los servicios de salud, que indica que la labor de la matronería se basa en principios éticos y legales que guían el ejercicio profesional, así como el fortalecimiento de la ética social de la administración sanitaria, el cual contribuye a gestionar el modelo de atención por cuidados progresivos en el ámbito de su competencia como parte de un equipo multidisciplinario,

identificando claramente herramientas de gestión en el desempeño de su rol, como lo son el planificar, organizar, dirigir, supervisar y evaluar los procesos asistenciales efectuados en los servicios de ginecología, de obstetricia y de neonatología.

Por otra parte, el artículo 117 del Código Sanitario (2011) indica que «los servicios profesionales de la matrona y el matrócn comprenden la atención de la gestación, parto y puerperio normales y la atención del recién nacido, como, asimismo, actividades relacionadas con la lactancia materna, la planificación familiar, la salud sexual, reproductiva y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente» (DFL N.º 725, 1967/2019, art. 117).

Junto a este artículo, se modifica el Código Sanitario, constituyéndose la ley N.º 20.533 (2021) que «faculta a las matronas y matrones a prescribir métodos anticonceptivos, tanto hormonales, incluyendo anticonceptivos de emergencia, como no hormonales, y a desarrollar procedimientos anticonceptivos que no impliquen uso de técnicas quirúrgicas, todo ello en conformidad a la ley N.º 20.418» (en materias de Regulación de la Fertilidad [2010] ver Ley N.º 20.533, 2011 y Ley N.º 20.418, 2010).

Por lo anterior, en el área de la matronería hay un desarrollo legal y de conocimientos adquiridos respecto a la gestión, lo que sustenta la elaboración de una hipótesis diagnóstica en el ámbito de su desempeño y funciones.

4. Gestión de la hipótesis diagnóstica en el área de la matronería

Definiciones y fundamentos

Según la taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería Internacional (NANDA), la hipótesis diagnóstica es un juicio clínico sobre una respuesta humana a las condiciones de salud/procesos de vida o la susceptibilidad a esa respuesta por parte de un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad (NANDA, 2024-2026).

Su elaboración se sustenta en el razonamiento (Levett-Jones et al., 2010) y en el juicio clínicos entendidos como la interpretación de necesidades y problemas del paciente y la decisión de actuar (Tanner, 2006).

Una hipótesis diagnóstica genera continuidad en la atención, elemento fundamental en la gestión y que permite desarrollar las diferentes acciones clínicas y biopsicosociales de acuerdo con la necesidad identificada en el paciente o su familia.

El razonamiento clínico y juicio crítico

El razonamiento clínico, que implica el uso del juicio clínico y la toma de decisiones clínicas para decidir qué se debe hacer (Levett-Jones et al., 2010) es la base. Por otra parte, el juicio clínico es «una interpretación o conclusión sobre un paciente, sus necesidades, preocupaciones o problemas de salud, y/o la decisión de tomar medidas (o no)» (Tanner 2006, p. 204).

La gestión de matronería, al elaborar una hipótesis diagnóstica, debe considerar el «cuadro clínico», que se conforma por tres elementos que se interrelacionan: el síndrome o conjunto de síntomas y signos que presenta el paciente a raíz de la enfermedad; la enfermedad o estado, tal cual lo leemos en textos de medicina y guías clínicas (por ejemplo, gestación de término); y el

contexto, que es el ambiente social, económico y psicológico en que se sitúa la persona que padece la enfermedad (Capurro, 2007).

El razonamiento clínico basado en la evidencia permite tomar una decisión fundada respecto al usuario/a que entra a la consulta por primera vez, o la que ingresa de urgencia en un turno, o la que se complica estando hospitalizada, generando un diagnóstico confiable para adoptar conductas terapéuticas concordantes a las condiciones y al entorno clínico-médico operante.

Generar una hipótesis diagnóstica en el proceso de gestión de matronería es un elemento fundamental en la cadena de actividades que implica una atención de calidad y cuidado al paciente. Si este es incorrecto, es muy probable que lleve a conductas o decisiones erróneas, no exentas de riesgo, generando *near miss* o casi incidentes, los que, de manera acumulativa, pueden desencadenar un evento adverso o, en la peor situación, un inesperado evento centinela.

Etapas en la elaboración de la hipótesis diagnóstica

Para llegar a un diagnóstico correcto es necesario analizar qué elementos lo componen. A la luz de Capurro (2007), podemos desglosarlo en las siguientes etapas:

a) Generación de hipótesis diagnósticas

Durante el encuentro con una usuaria/paciente, al observar los elementos o partes constituidas por los síntomas o signos, constantemente se genera una o más hipótesis diagnósticas. Esto definirá el espacio en el cual se enmarcarán las acciones que llevarán al diagnóstico definitivo. Por ejemplo, ante un paciente con fiebre, las hipótesis pueden ser amplias, como un «cuadro infeccioso», o más específicas, como una «infección urinaria».

b) Refinamiento de las hipótesis diagnósticas

Tras haber planteado las primeras hipótesis se va recolectando nueva información a partir de la historia, el examen físico y otros exámenes adicionales, los que permiten discriminar entre las distintas suposiciones generadas en la etapa previa. Es importante aclarar que el proceso diagnóstico no es secuencial ni unidireccional, sino que constantemente se están generando nuevas hipótesis y eliminando otras a medida que se van teniendo más datos.

Otra forma de recopilación es la comparación del caso actual con la idea que se tiene del cuadro sospechado. Un elemento clave en esta etapa es la representación mental de las distintas hipótesis diagnósticas. Así, por ejemplo, si se está sospechando un cuadro definido, se indagará acerca de los componentes que dicho cuadro tiene en su representación mental y no otros. Si se da con respuestas positivas al interrogar a la usuaria/paciente respecto a los elementos presentes en su representación mental, la probabilidad de que esa hipótesis sea efectiva aumentará. Lo contrario ocurrirá si las respuestas a esas preguntas son negativas o si aparecen elementos que no concuerdan con la representación mental del cuadro sospechado. De esto se desprende que hay signos, síntomas y valores de laboratorio que aumentan o disminuyen la probabilidad de que se esté frente a una determinada condición, lo que indica que el desarrollo de una buena gestión en la determinación de elementos que contribuyan a definir esta etapa es fundamental.

c) Verificación del diagnóstico

En esta etapa, el razonamiento clínico y la capacidad de decisión deben concordar, aquí la comunicación y el trabajo en equipo se ponen en evidencia.

La gestión de la matronería, al proveer una hipótesis diagnóstica y/o un diagnóstico, se enmarca en la gestión por procesos como tal, cuya salida es una usuaria/paciente atendida con calidad. Asimismo, a partir de ese diagnóstico, se genera un nuevo proceso, que consiste en la planificación del tratamiento,

es decir, organizar y coordinar recursos que, a su vez, requieren una nueva gestión por procesos. De esta forma, una hipótesis diagnóstica mal elaborada puede derivar en decisiones erróneas, incidentes de seguridad (*near miss*) o eventos adversos. Por ello, la gestión de la matronería debe asegurar un proceso diagnóstico riguroso, basado en evidencia y en un enfoque de gestión por procesos certero a través del conocimiento fundado y la experticia. Esto, que representa un compromiso y desafío diario, minimizará o evitará los riesgos por efecto acumulativo de un eventual suceso inesperado en salud (modelo queso suizo de Reason, 1990).

5. Conclusiones

La gestión en salud en Chile y su evolución histórica, junto con los avances normativos y formativos, ha sido un hito significativo para mejorar los indicadores en salud pública, destacando la transición de un modelo asistencial a uno de gestión biopsicosocial.

Así, la incorporación de la gestión en el ámbito de la matronería ha permitido ampliar su campo de acción, lo cual se ha transformado en una fortaleza para responder a los desafíos sanitarios y a las crecientes expectativas de las y los usuarios en salud, consolidándose como una dimensión esencial del ejercicio profesional y constituyendo un nexo entre el conocimiento clínico y la gestión estratégica orientada al liderazgo, la mejora continua, la eficiencia y la seguridad del paciente-usuario de salud. Estas competencias han sido integradas en la formación de matronas y matrones permitiéndoles tomar decisiones clínicas fundadas y con juicio crítico con el objetivo de desempeñar un rol activo en la mejora de los procesos en salud.

En este contexto, la formulación de hipótesis diagnóstica en el área de matronería es un proceso complejo que se transforma en un nexo entre clínica y gestión pues no solo se aplica razonamiento clínico y juicio crítico, sino que también implica planificar, organizar y gestionar acciones en un marco de

seguridad para la usuario/a de salud, en un entorno de trabajo colaborativo y eficiente en coherencia con las políticas de salud pública de nuestro país.

La integración de la gestión de la matronería en el proceso de generar una hipótesis diagnóstica ha fortalecido la capacidad para enfrentar los desafíos de salud actuales y la formación continua y el respaldo legal aseguran que las matronas y matrones estén preparados y en propiedad para brindar una atención de alta calidad, contribuyendo a mejorar los niveles de salud significativamente.

La gestión clínica debe entenderse, no solo como una herramienta técnica, sino como un cambio cultural que incorpora nuevos valores al quehacer profesional y organizacional. Esto exige compromisos claros del equipo de salud: aprender a dirigir y ser dirigidos, participar en las decisiones de gestión y contribuir activamente al fortalecimiento de las instituciones sanitarias desde el lugar de integrantes de un equipo multiprofesional.

El desafío que se plantea es seguir avanzando para dar respuesta a los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales en los cuales están insertas/os las/os pacientes, con una mirada integral en el proceso de salud-atención.

El dominio de la gestión clínica, unido al profundo sentido ético y humanista de la profesión, constituye la base sobre la cual se edificará la matronería del siglo XXI: una disciplina que gestiona con ciencia, cuida con empatía y lidera con visión transformadora.

