

**NORMA MANEJO DE PATOLOGÍA
DE FERTILIDAD**

Requerimiento	: No aplica
Código	: D/GINE/579
N.º Versión	: 01
Vigencia	: septiembre 2025
Página	: 1 de 13

NORMAS MANEJO PATOLOGÍA DE FERTILIDAD

Elaborado Por:
Cargo: Dra. María José Soto
Médico Jefe Infertilidad

Firma:
Dr. Omar Sandoval
Cargo: Médico Infertilidad
Dra. María José Soto M.
16.611.631-7
Ginecología y Obstetricia

Fecha: Mayo 2025

Revisado por:
Dra. María Paz Cubillos Celis
Cargo:
Médico Jefe Centro Responsabilidad
de la Mujer y Recién Nacido

Firma:
Dr. Manuel Orellana R.
Dr. Cristián Merino H.

Timbre:
Fecha: Septiembre 2025

Aprobado por:
Dr. Ignacio García- Huidobro H.
Cargo: Director CASR

Firma:
Timbre:
Fecha: Septiembre 2025

NORMA MANEJO DE PATOLOGÍA DE FERTILIDAD

Requerimiento	: No aplica
Código	: D/GINE/579
N.º Versión	: 01
Vigencia	: septiembre 2025
Página	: 2 de 13

CONTENIDO:

	Página
1. Visión de la Unidad.....	1
2. Misión de la Unidad.....	1
3. Objetivos de la Unidad	
a. Generales.....	2
b. Específicos.....	2
4. Criterios de derivación.....	4
5. Situaciones que deben ser resueltas antes de derivar al paciente.....	4
6. Situaciones frecuentes que no son criterios de derivación.....	4
7. Estudio con que deben ser derivadas.....	5
8. Ingreso a Estudio.....	5
9. Estudio Básico.....	5
10. Estudio Hormonal.....	5
11. Estimulación de la Ovulación.....	5
12. Criterios para realizar:	
a. Histerosalpingografía.....	6
b. Histeroscopia con H ₂ O	6
c. Laparoscopia.....	6
d. Histeroscopia.....	6
13. Diagnóstico de embarazo.....	7
14. Seguimiento del primer trimestre.....	7
15. Apoyo de Fase Lútea y otros.....	7
16. Factor Masculino.....	8
17. Estudio de Aborto Habitual.....	8
18. Control del peso y seguimiento.....	9
19. Hiperprolactinemias	10
20. Criterios de Ingreso a programa de Inseminación Intrauterina	10
21. Criterios de Derivación a Hospital San Borja.....	10
22. Cierre de Casos.....	11
23. Apoyo para adopción y derivación al SENAME	11

NORMA MANEJO DE PATOLOGÍA DE FERTILIDAD	Requerimiento	: No aplica
	Código	: D/GINE/579
	N.º Versión	: 01
	Vigencia	: septiembre 2025
	Página	: 3 de 13

1. OBJETIVOS

a. Generales: Estandarizar un modelo de atención que permita el estudio y tratamiento de los problemas de fertilidad de las parejas del área metropolitana sur oriente

b. Específicos:

i. Evaluar los resultados de la unidad a tres años

1. se emitirán evaluaciones estadísticas internas que reporten:

a. Pacientes nuevas

b. Pacientes en control y número de atenciones

c. Tasas de embarazo

i. Globales respecto de las pacientes activas en el sub-programa de fertilidad.

ii. Específicas respecto de:

1. ciclos espontáneos

2. ciclos inducidos

3. Inseminaciones

4. Post procedimientos quirúrgicos

5. Buscar asociaciones con comorbilidad

d. Procedimientos ambulatorios

i. Seguimientos foliculares

ii. Histerosalpingografía

iii. Histeroscopias

iv. Biopsias de endometrio

v. Inseminaciones

vi. Ecografías gineco-obstétricas

vii. Histerosonosalpingografías

e. Procedimientos en Pabellón (cirugías)

i. Laparoscopías Diagnósticas

ii. Laparoscopías Quirúrgicas

iii. Histeroscopias Diagnósticas

iv. Histeroscopias Quirúrgicas

v. Cirugías Abiertas

vi. Conversiones de Laparoscopías a cirugía abierta

vii. Complicaciones post operatorias

3. Informe final a los tres años

ii. Incorporar nuevas tecnologías

1. Implementación de las inseminaciones intrauterinas con uso de gonadotropinas

2. Interactuar con otras unidades similares de la región metropolitana, favoreciendo una fluida derivación de las pacientes.

**NORMA MANEJO DE PATOLOGÍA
DE FERTILIDAD**

Requerimiento	: No aplica
Código	: D/GINE/579
N.º Versión	: 01
Vigencia	: septiembre 2025
Página	: 4 de 13

3. Establecer red de atención multidisciplinaria para pacientes con diagnóstico de onco-fertilidad

iii. Investigar

1. Promover la generación de nuevas guías de estudio para lograr generar publicaciones de impacto nacional
2. Generar base de datos local para caracterizar población y así poder profundizar en investigación
3. Creación de registro de cirugía de la Unidad de Infertilidad

iv. Capacitar

1. Reunión mensual de unidad de fertilidad con temas de revisión bibliográfica.
2. Capacitación continua en técnicas básicas de cirugía endoscópica a miembros del Staff del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Sótero del Río.
3. Se realizará actividad docente asistencial con la becatría de Ginecología y Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica.
4. Presencia en congresos y educación continua

NORMA MANEJO DE PATOLOGÍA DE FERTILIDAD	Requerimiento	: No aplica
	Código	: D/GINE/579
	N.º Versión	: 01
	Vigencia	: septiembre 2025
	Página	: 5 de 13

2. CAMPO DE APLICACIÓN

Unidad de ginecología-endocrinología del Hospital Doctor Sotero del Río para pacientes con problemas de fertilidad que pertenezcan al área metropolitana sur oriente.

3. RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN

Médico jefe Unidad Ginecología-endocrinología: responsable de dar a conocer y velar por el cumplimiento de la normativa institucional

Médicos especialistas en medicina reproductiva y Matrona de la unidad: responsables de cumplir con la normativa institucional

4. CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- a. Tener la mujer como máximo 40 años
- b. Vivir juntos con su pareja actual hace al menos 1 año
- c. Llevar un año de relaciones sexuales sin protección, 3 veces a la semana, salvo los siguientes casos:
 - i. Ausencia de trompas
 - ii. Cirugía reciente que evidencie daño anatómico que necesita reparación.
 - iii. Ecografía transvaginal sugerente de:
 1. pólipo o mioma intracavitario.
 2. lesión anexial sugerente de endometrioma o dermoides
 3. Otras lesiones anexiales persistentes
 - iv. Aborto habitual (2 o más abortos consecutivos de la misma pareja en mayores de 35 años o 3 o más abortos de la misma pareja en menores de 35 años)
 - v. Historia evidente de oligo-amenorreas severas
 - vi. Espermiograma con oligo-astenoespermia moderada a severa.
- d. No consumir drogas por más de un año (certificado en consultorio si hubo antecedentes de consumo).
- e. Si existen dudas respecto de sus capacidades intelectuales, debe acompañarse un informe de la psicóloga.
- f. Parejas que desean adoptar.

5. SITUACIONES QUE DEBEN SER RESUELTAS ANTES DE DERIVAR AL PACIENTE

- a. Obesas con IMC sobre 35: Debe entregarse cartilla de régimen que se adjunta en Anexo 1, solicitarse además según criterio del médico:
 - i. TSH
 - ii. Prolactina
 - iii. HOMA

Si no hay recursos del hospital para los exámenes, se puede solicitar a la matrona de fertilidad, los centros en convenio.
- b. Las pacientes que ingresan a la unidad de fertilidad necesitarán de:
 - i. Tiempo disponible para los seguimientos foliculares y para los exámenes especiales que se solicitarán como HSG, Lpx, Hx, etc. Si por problemas de

NORMA MANEJO DE PATOLOGÍA DE FERTILIDAD

Requerimiento	: No aplica
Código	: D/GINE/579
N.º Versión	: 01
Vigencia	: septiembre 2025
Página	: 6 de 13

disponibilidad no podrán cumplir con este requisito es mejor postergar estudio por un tiempo.

- ii. Algunos fondos propios para comprar insumos que el hospital no tiene como medicamentos para realizar la estimulación ovárica para realizar inseminaciones intrauterinas que eventualmente necesiten.

Si la paciente no puede cumplir con estos requisitos, postergar derivación.

6. SITUACIONES FRECUENTES QUE NO SON CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- a. Paciente con historia de infertilidad previa, que logra embarazarse y aborta o tiene un tubárico, esta paciente debe cumplir los requisitos enunciados en el punto 2. Una excepción son las pacientes mayores de 35 años (36 o más) que sí deben ser derivadas de inmediato.
- b. Anovulación crónica que no desea fertilidad, estas pacientes deben ser manejadas por ginecología general y derivar en caso de presentar un trastorno endocrino evidente.

7. ESTUDIO CON QUE DEBEN SER DERIVADAS

- a. Peso y Talla registrada. No derivar si IMC >35
- b. Tomar Presión arterial y registrar
- c. Estudio de enfermedades de transmisión sexual si está disponible en consultorio
- d. Ecografía transvaginal
- e. Solicitar cartilla menstrual
- f. Que adjunten todo estudio previo de las pacientes incluyendo exámenes, PAP y protocolos o carnet de alta.

8. INGRESO A ESTUDIO

- a. Se hace ficha de Ingreso, consignando impresión diagnóstica y con qué estudio se comenzará con la paciente.

9. ESTUDIO BÁSICO

- a. Examen Físico, a todas
- b. Cultivos Vaginales en caso de antecedentes de flujo patológico o examen físico sugerente. Se solicita:
 - i. Cultivo corriente
 - ii. Examen directo al fresco
 - iii. Cultivo Gardnerella
 - iv. Cultivo Hongos
 - v. Clamidias y Gonococo con flujo cervical y/o orina
- c. Seguimiento folicular
 - i. Basal, si no existe historia de oligomenorreas
 - ii. Estimulado de un principio si hay historia de anovulación crónica con prerrequisito de tomarse inicialmente el estudio hormonal

NORMA MANEJO DE PATOLOGÍA DE FERTILIDAD

Requerimiento	: No aplica
Código	: D/GINE/579
N.º Versión	: 01
Vigencia	: septiembre 2025
Página	: 7 de 13

- d. Espermiograma
- e. Estudio de enfermedades de transmisión sexual: VIH, Virus Hepatitis B, Virus hepatitis C y VDRL

10. ESTUDIO HORMONAL

- a. TSH, Prolactina FSH y Estradiol para evaluar reserva ovárica y estudio de amenorrea de ser necesario
- b. Evaluación de comorbilidades de ser necesario: PTGO, Perfil lipídico, creatinina
- c. Hormona Antimulleriana con convenio a Laboratorio UC según caso a caso

11. ESTIMULACIÓN DE LA OVULACIÓN

- a. Primera Línea
 - i. Indicación
 - 1. Casos de anovulación evidente por ciclos de oligomenorrea
 - 2. Casos de anovulación documentados ecográficamente
 - 3. Casos de crecimiento y atresia folicular
 - ii. Esquemas
 - 1. De inicio
 - a. Letrozol 2,5mg - 5mg del 3er al 7mo día por 3 ciclos
 - 2. Si no responde
 - a. Agregar Metformina a dosis de 850mg. día solo si resistencia a la insulina
 - b. Si no responde evaluar paso a segunda línea.
- b. De segunda línea
 - i. FSH recombinante o Folitropina alfa + lutropina alfa comenzando del día 3, con dosis calculada según edad, IMC y recuento de folículos antrales (25 UI/día - 75 UI/día hasta el día 8-10 del ciclo en que según respuesta se ajustará las dosis al ciclo.
 - ii. En pacientes con endometriosis demostradas.
 - 1. En pacientes con antecedentes de folículos luteinizados no roto (LUF).
 - 2. En usuarias de Gonadotrofinas.

12. CRITERIOS PARA REALIZAR

- a. Histerosalpingografía:
 - i. Paciente con antecedentes de una cirugía tubaria previa y que no logra embarazarse después de un año de la cirugía.
 - ii. 6 meses luego de una Neostomía tubaria o de un Reversal
 - iii. Pacientes que van a inseminación intrauterina
 - iv. Pacientes que lleva más de tres ciclos "perfectos" y que no logra embarazarse y que no tiene esperanza de realizarse una laparoscopia diagnóstica antes de tres meses.

NORMA MANEJO DE PATOLOGÍA DE FERTILIDAD

Requerimiento	: No aplica
Código	: D/GINE/579
N.º Versión	: 01
Vigencia	: septiembre 2025
Página	: 8 de 13

- v. Paciente con antecedente de absceso tuboovárico resuelto que no logra embarazo espontáneo tras 1 año de intento.
- b. Histerosonosalpingografía:
 - i. En toda paciente con indicación de Histerosalpingografía, es un examen equivalente, pero sin irradiación y con menor dolor reportado por las pacientes.
- c. Laparoscopia
 - i. Toda paciente de fertilidad que presenta examen físico o ecografía compatible con tumor anexial.
 - ii. Procedimiento de regla en paciente sin alteración anatómica evidente y que no tiene causa conocida que explique su infertilidad tras 3 intentos de inseminación intrauterina
 - iii. Paciente con historia de cirugías ginecológicas o condiciones infecciosas como A.T.O., P.I.P., peritonitis apendicular, asociadas al cuadro de infertilidad
 - iv. Paciente con hallazgos de factor tuboperitoneal en alguno de los exámenes solicitados anteriormente
- d. Histeroscopia en Pabellón
 - i. Pacientes que tengan sugerencia de alguna patología endometrial o intracavitaria.
 - ii. Toda paciente de fertilidad con indicación quirúrgica por otro motivo, para poder certificar cavidad endometrial normal

13. DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO

- a. Bioquímico:
 - i. Habitual: A todas las pacientes que están en seguimientos se les solicita que se hagan un test de embarazo en orina luego del segundo día de atraso y consulten al policlínico.
 - ii. Sospecha de embarazo tubárico: Si no hay evidencia clara ecográfica se hace un seguimiento de Beta HCG, cada 48hrs y si hay ascenso adecuado semanal acompañada de seguimiento ecográfico transvaginal.
- b. Clínico: Ecografía transvaginal

14. SEGUIMIENTO DEL PRIMER TRIMESTRE

- a. Sin antecedentes de aborto habitual: Ecografías trans vaginales cada dos semanas, dándolas de alta a las 10 semanas de embarazo.
- b. Con antecedentes de dos o más abortos seguidos: Ecografías trans vaginales semanales dándola de alta a las 12 semanas, idealmente con ecografía 11-14 semanas en PARO

NORMA MANEJO DE PATOLOGÍA DE FERTILIDAD	Requerimiento	: No aplica
	Código	: D/GINE/579
	N.º Versión	: 01
	Vigencia	: septiembre 2025
	Página	: 9 de 13

15. APOYO DE FASE LÚTEA Y OTROS

- a. Ácido Fólico:
 - i. 1 mg.: a todos los embarazos
 - ii. 5 mg.: a los embarazos que tengan antecedentes de defectos de tubo neural o aborto habitual o diabética pregestacional.
- b. Primaquin: pacientes con atrofia endometrial documentada como folículo mayor o igual a 14mm con endometrio menor a 7mm en seguimiento folicular. Dosis recomendada 4-6mg al día según caso a caso.
- c. Progesterona: se utiliza progesterona micronizada en dosis de 200 mg./día, un comprimido en la mañana y uno en la noche. Si hay mala tolerancia oral puede usarse Endo vaginal. Se indica en las siguientes situaciones:
 - i. Antecedentes de aborto habitual
 - ii. Ciclos inducidos con medicamentos orales
 - iii. Ciclos de inseminación intrauterina
 - iv. Ciclos en los cuales se puede documentar progesterona plasmática y tiene menos de 10 ng/dl.
- d. Aspirina 150mg: Pacientes con antecedentes de síndromes hipertensivos previos o restricciones de crecimiento intrauterino o bien aborto habitual que no se ha logrado precisar causa y se utiliza de modo empírico
- e. Corticoides: casos excepcionales
- f. Metformina:
 - i. En insulina resistentes, debe mantenerse su administración durante el embarazo, no suspender.
- g. Bromocriptina: Una vez confirmado el embarazo debe suspenderse su administración.

16. FACTOR MASCULINO

Se evalúa a través del espermiograma, los cuales serán medidos con los criterios de la OMS salvo en la morfología que se implementará el test de Krüger o de morfología estricta.

- a. Oligo espermia: recuento < a 15.000.000 x ml.
 - i. Leve: de 10.000.000 a < de 15.000.000 x ml.
 - ii. Moderada: de 5.000.000 a 10.000.000 x ml.
 - iii. Severa: < a 5.000.000 x ml.
- b. Motilidad:
 - i. Normal: Motilidad lentamente progresiva (tipo II) más motilidad progresiva (tipoi III) > a 32% a la hora de emitida la muestra.
 - ii. Asteno espermia: < a 32% de motilidad tipo II y III.
- c. Morfología OMS:
 - i. Normal: > a 14%
 - ii. Teratoespermia leve a Moderada: Kruger de 4 a 14%
 - iii. Teratoespermia severa: Kruger < a 4%
- d. Morfología Kruger:
 - i. Normal >5%
 - ii. Teratoespermia leve a moderad: 2-4%
 - iii. Teratoespermia severa menor o igual a 1%

**NORMA MANEJO DE PATOLOGÍA
DE FERTILIDAD**

Requerimiento	: No aplica
Código	: D/GINE/579
N.º Versión	: 01
Vigencia	: septiembre 2025
Página	: 10 de 13

e. Células redondas

- i. Normal: bajo 1.000.000
- ii. Alterado: sobre 1.000.000, en que se indica la administración de doxiciclina 200 mg/día por 10 días o bien azitromicina 1gr por una vez. El tratamiento también se administra a la pareja.

El hombre con alteración de su espermiograma debe además ser evaluado idealmente por el urólogo para descartar la presencia de otras alteraciones.

Estudio Hormonal masculino: definido por el Urólogo a cargo

17. ESTUDIO DE ABORTO HABITUAL

- a. Definición: Dos o más pérdidas reproductivas seguidas de la misma pareja en las cuales debe al menos haber documentación de embarazo por medio de una ecografía con saco gestacional intrauterino y embrión con latidos cardio fetales.

b. Estudio a la Madre:

i. Exámenes Sangre:

1. Perfil tiroideo
2. Factor reumatoideo
3. Anticuerpos antinucleares
4. Anticuerpos anti-toxoplasmosis
5. Anticuerpos anti fosfolipídicos
6. Perfil de trombofilias
7. Factor V Leiden
8. Homocisteinemia

ii. Imágenes:

1. Ecografía uterina por ginecólogo con evaluación de anatomía uterina y endometrial
2. Según hallazgos de malformación mülleriana eventual Resonancia de Pelvis y/o ecografía 3D

c. Estudio al hombre:

- i. Espermiograma
- ii. Antecedentes familiares de infertilidad
- iii. Antecedentes propios y familiares cardiovasculares

d. Estudio genético

- i. Cariotipo a la madre
- ii. Cariotipo del padre
- iii. Cariotipo del material trofoblástico

NORMA MANEJO DE PATOLOGÍA DE FERTILIDAD	Requerimiento Código N.º Versión Vigencia Página	: No aplica : D/GINE/579 : 01 : septiembre 2025 : 11 de 13
---	---	---

18. CONTROL DEL PESO Y SEGUIMIENTO

a. Ingreso:

- Mediciones: Se realizan medidas de peso y talla, con la paciente descalza con camisa y pantalones (sin chaleco ni parka).
- Si la relación peso talla es superior al 30 (obesidad), se le exige disminución idealmente lograr índice masa corporal menor a 30 o al menos una disminución de un 10% de su peso de ingreso para poder comenzar con el programa
- En caso de no tener estudio tiroideo se solicita además de realizar el examen físico pertinente.
- Si existen signos clínicos de hiperinsulinismo (acantosis, distribución del pelo facial, obesidad centrípeta) se solicitará testosterona total y SHBG para cálculo de índice de andrógenos libres e insulinemia post carga de 75 grs. de glucosa aislada o test de HOMA.
- Se instruye el régimen y se entrega cartilla alimentaria (Anexo 1).

b. Controles:

- Control mensual de peso por matrona
- Si la paciente viene con exámenes se pasa al médico para su evaluación.
 - Insulina: si la insulinemia post carga es mayor a 60 UI/ml, se comienza con metformina 850 mg./día previo al almuerzo. Se va monitoreando con relación cintura/cadera y con disminución de peso. Si no hay respuesta de un mes a otro, se aumenta la dosis a Metformina 850 mg. c /12 (desayuno y antes de comida).
 - H. Tiroideas: si se documenta un hipotiroidismo se solicita ac. Antitiroideos según el nivel del hipotiroidismo se van titulando las dosis
 - Hipotiroidismo subclínico se trata con dosis de 25 a 50mg de levotiroxina y se controla a los dos o tres meses.
 - Hipotiroidismo clínico, según la severidad se comienza con 75 o 100 o bien se derivan a endocrinología además de solicitar una ecografía tiroidea.
 - Paciente refractaria a la disminución de peso por mala adherencia al tratamiento tras 3 controles consecutivos será dada de alta del programa.

19. HIPERPROLACTINEMIAS

a. valores entre 50 a 100:

- Repetir prolactina en 1 mes o pool de prolactina y según eso evaluar necesidad de iniciar tratamiento farmacológico.

b. Mayores a 100

- Se solicita Scanner de silla turca y evaluación por neurólogo

c. No se suspende la bromocriptina hasta que la paciente se embaraza, fecha en la cual se suspende

NORMA MANEJO DE PATOLOGÍA DE FERTILIDAD	Requerimiento	: No aplica
	Código	: D/GINE/579
	N.º Versión	: 01
	Vigencia	: septiembre 2025
	Página	: 12 de 13

- d. Cabergolina: es una alternativa en los cuadros de resistencia o intolerancia a la bromocriptina, se usa medio comprimido los lunes y jueves por dos meses y evaluar.

20. CRITERIOS DE INGRESO A PROGRAMA DE INSEMINACIÓN INTRAUTERINA (IIU)

- Edad materna mayor a 35 años con todos los exámenes normales y falla de 3 intentos de actividad sexual dirigida
- Factor masculino con separación de espermios progresivos a inseminar superior a 1.000.000.
- Test de Kruger con más de 4% de formas normales en un ambiente de espermiograma alterado.
- Infertilidades de causa desconocida con falla de 3 intentos de actividad sexual dirigida
- Endometriosis severas tratadas quirúrgicamente que logran buena relación anatómica postoperatoria.
- Deben tener documentada permeabilidad tubaria, bien sea por Histerosalpingografía o por Laparoscopia o Histerosonosalpingografía

21. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A HOSPITAL SAN BORJA

- Mujeres hasta 40 años
- Niveles de Hormona antimulleriana mayor o igual a 0,6 y/o recuento de folículos antrales mayor o igual a 7. Si hay discordancia entre AMH y recuento folículos antrales se debe solicitar en día 2 a 5 del ciclo niveles de FSH y estradiol, si estos están en rangos normales puede ser derivada a IDIMI.
- Ausencia de trompas
- Factores masculinos severos
 - Espermios progresivos a inseminar < a 1.000.000
 - Test de Kruger < a 5%
 - Astenoespermia absoluta
- Infertilidades de causa desconocida que hayan pasado por tres ciclos de IIU negativos.
- Pacientes con estudio completo y resultados negativos que incluyan 2 años de seguimiento incluyendo al menos tres ciclos de IIU.
- Las derivaciones al Hospital son según el formato entregado en el Anexo 3.

Actualmente el Hospital Sotero del Río cuenta con 15 cupos al año los cuales se renuevan cada año. Al ser derivadas no se compromete la realización del tratamiento ya que depende de la evaluación en el Centro de Derivación.

22. CIERRE DE CASOS

- Mayores de 41 años
- Rechazos del hospital San Borja
- Pérdida de seguimiento por segunda vez



**NORMA MANEJO DE PATOLOGÍA
DE FERTILIDAD**

Requerimiento	: No aplica
Código	: D/GINE/579
N.º Versión	: 01
Vigencia	: septiembre 2025
Página	: 13 de 13

- d. No bajar de peso debido a mala adherencia al tratamiento en al menos 3 controles consecutivos

23. APOYO PARA ADOPCIÓN Y DERIVACIÓN AL SENAME

- a. Se confecciona el informe de esterilidad y cierre del caso

24. CREACIÓN Y MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO

COD	Fecha de vigencia	Fecha vigencia anterior	Puntos a modificar	Descripción breve
D/GINE/579	Septiembre 2025			Creación documento

25. ANEXOS