



Departamento Promoción de la  
Salud de la Mujer y el Recién Nacido

**FACULTAD DE MEDICINA**  
UNIVERSIDAD DE CHILE



# **MONITORIZACIÓN CARDIO- FETAL**

## **PRIMERA PARTE**



Claudia Cornejo Aravena  
Académico-Matrona

# INTRODUCCIÓN



- La monitorización fetal intraparto se inició en 1833, cuando el médico Evory Kennedy publicó su monografía referente a la auscultación cardíaca fetal, para convencer a sus colegas sobre su importancia en pacientes sin trabajo de parto.
- La monitorización fetal electrónica ha revolucionado la comprensión de la función cardiovascular del feto durante el trabajo de parto.
- Aunque es una técnica sensible para la detección de hipoxia, no es específica para el diagnóstico de acidosis fetal.
- Uno de los principales problemas de la cardiotocografía como prueba inicial en la evaluación del bienestar fetal ante e intraparto es la interpretación de los diferentes patrones de la frecuencia cardíaca fetal, sujeta principalmente al entrenamiento y a la experiencia.

Gallo, D. M. (2015). Monitorización electrónica fetal y medicina basada en las evidencias. Actualización. *Revista Colombiana Salud Libre*, 5(1).



# INSUMOS DE LA MONITORIZACIÓN



# MONITOR CARDIOFETAL.

Flechas  
para  
aumentar o  
disminuir  
volumen de  
LCF

LCF

LCF-

Tono basal del útero

Botón para tono basal del útero

Botón para silenciar alarma de LCF

Encendido

Botones para mover el papel termosensible

Salidas de conectores  
para sensor LCF Y CU

Salida del papel termosensible



# TRANSDUCTOR CARDIOFETAL.



# TOCODINAMÓMETRO.



# GEL TRANSDUCTOR



# CINTAS SUJETADORAS DE TRANSDUCTORES





# PAPEL DE MONITOR



Lo más usado:

Se registra a 1 cm./min. cada uno de los rectángulos pequeños representará en el sentido horizontal un tiempo de 30 segundos y en el sentido vertical una variación de la FCF de 10 latidos.



FHR 240 bpm

210

180

150

120

90

60

30

FHR 240 bpm

210

180

150

120

90

60

30



12

10

8

6

4

2

0 kPa

100

75

50

25

UA 0 mmHg

12

10

8

6

4

2

0 kPa

100

75

50

25

UA 0 mmHg

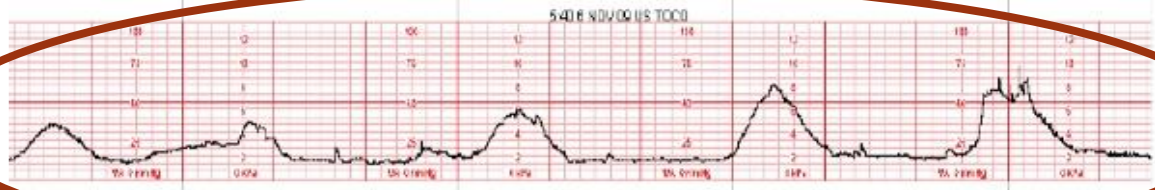
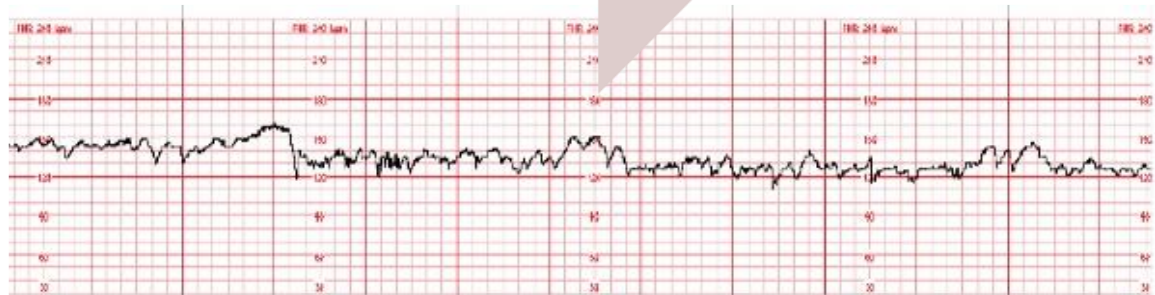
# DEFINICIONES

Contracciones Uterinas: cantidad de contracciones en 10 minutos, cuya terminología a utilizar es:

Debe usarse este concepto ante contracciones espontáneas o inducidas.

**Normal:  $\leq 5$  contracciones en 10 minutos.**

**Taquisistolía:  $> 5$  contracciones en 10 minutos.**



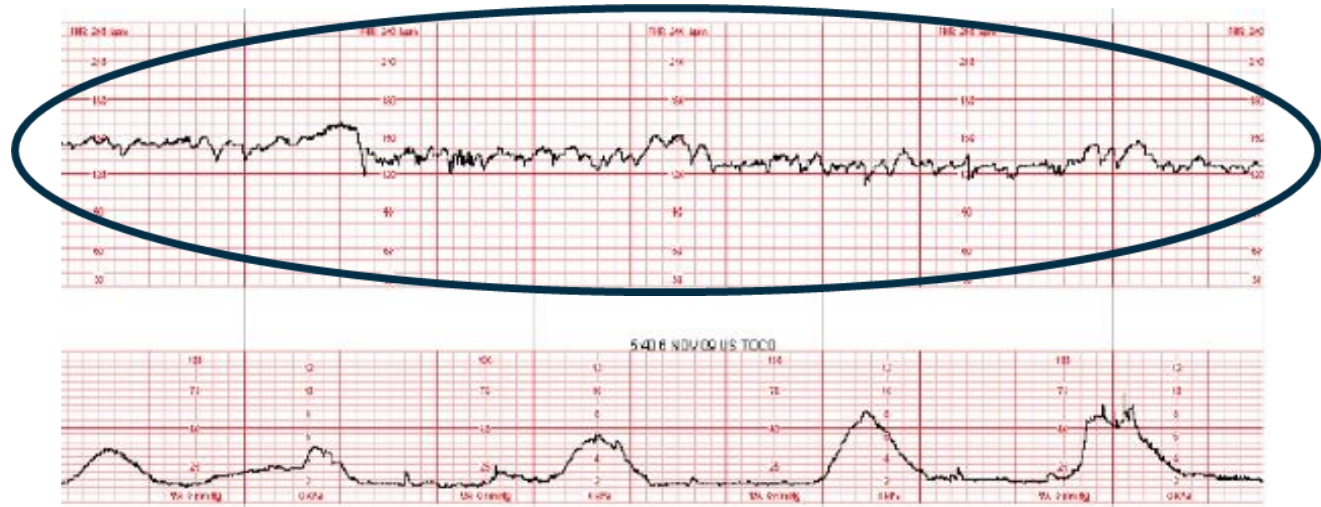
# DEFINICIONES

**Frecuencia cardíaca fetal basal:** identificación de frecuencia cardíaca en un período de 10 minutos.

**Normal:**  
frecuencia  
cardíaca fetal  
entre 110 y 160  
latidos por  
minuto.

**Bradycardia:**  
frecuencia  
cardíaca basal  
< 110 latidos  
por minuto.

**Taquicardia:**  
frecuencia  
cardíaca basal  
> 160 latidos  
por minuto.



# DEFINICIONES

**Variabilidad:** se debe evaluar en una ventana de 10 minutos, sin considerar fenómenos aceleratorios ni desaceleratorios.

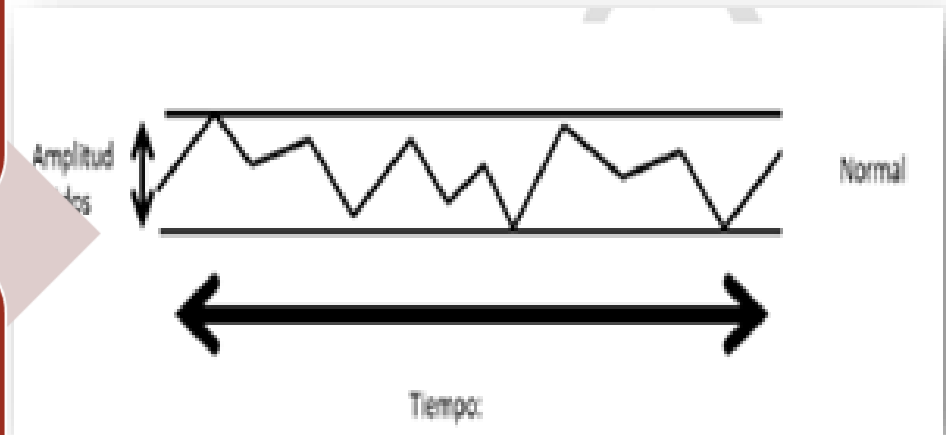
Se clasifica como:

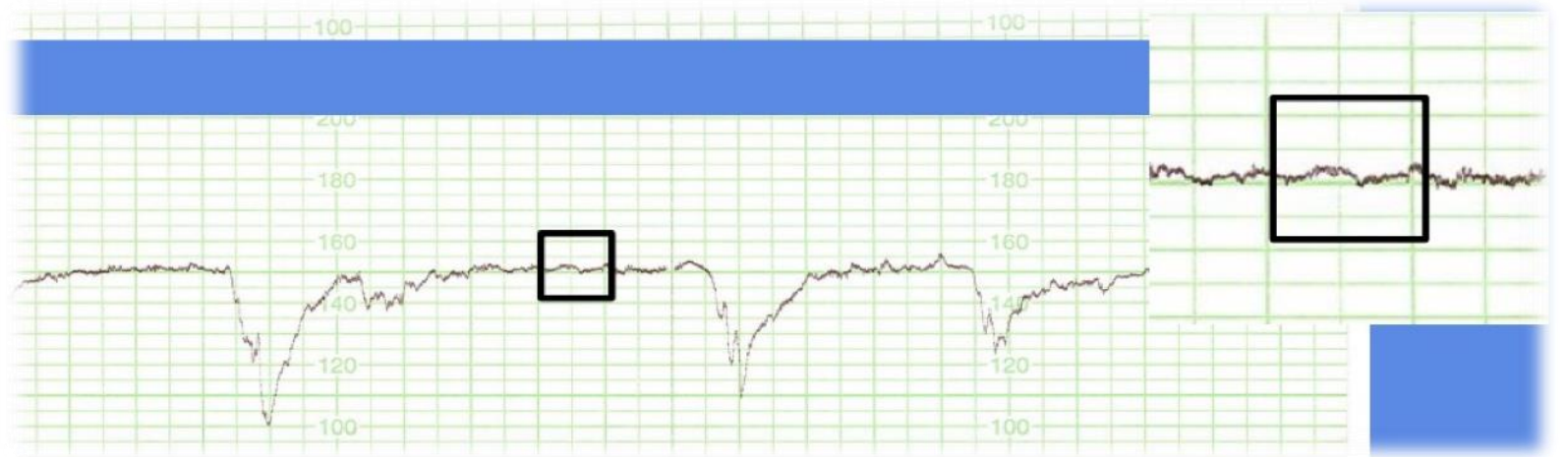
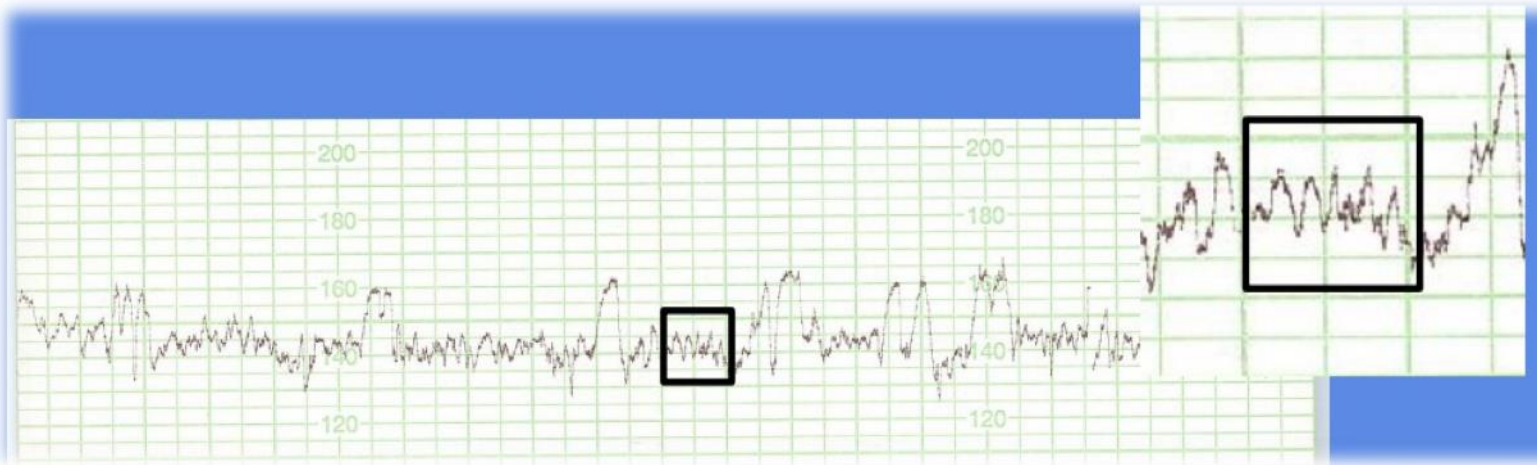
Variabilidad ausente: amplitud indetectable.

Variabilidad mínima: amplitud mayor que indetectable, pero menor a 5 latidos por minuto.

Variabilidad moderada: amplitud en rango de 6 a 25 latidos por minuto.

Variabilidad marcada: amplitud mayor a 25 latidos por minuto.

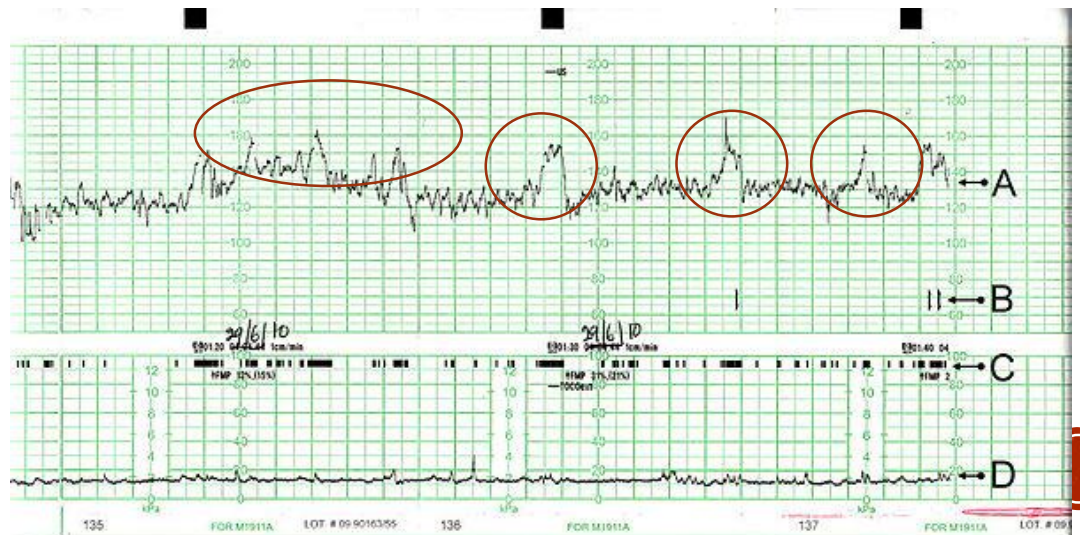




# DEFINICIONES

**Aceleraciones:** incremento abrupto de la frecuencia cardíaca fetal, de al menos 15 latidos por minuto, por al menos 15 segundos desde el inicio hasta el retorno a la frecuencia basal.

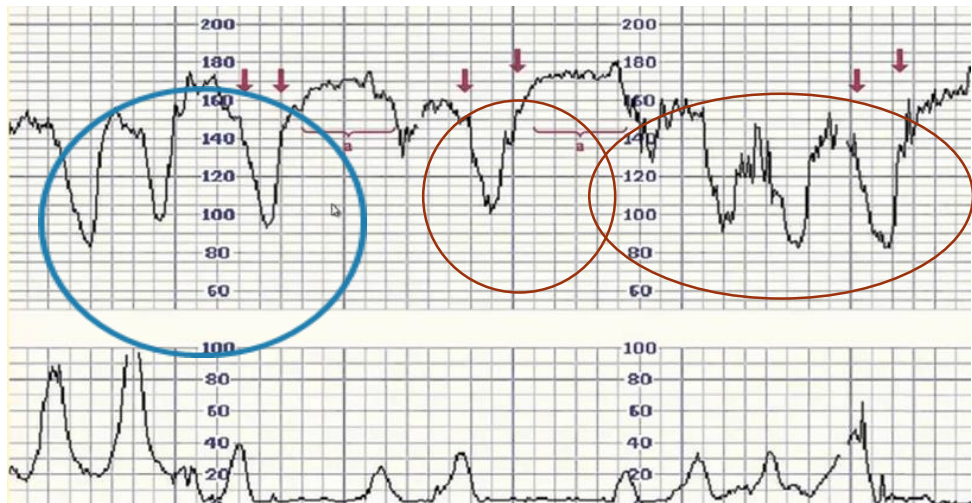
- ▶ En gestaciones de menos de 32 semanas, se considerará un aumento de al menos 10 latidos por minuto, por al menos 10 segundos.
- ▶ Se considera como aceleración prolongada a aquella con una duración entre dos y 10 minutos.
- ▶ Si el fenómeno aceleratorio dura más de 10 minutos, se debe considerar como un cambio de la frecuencia basal.



# DEFINICIONES

**Desaceleraciones:** disminución abrupta de la frecuencia cardiaca fetal.

- ▶ Se clasifican en precoces, tardías y variables.
- ▶ Se considera como desaceleración prolongada a aquella con una duración entre dos y 10 minutos.
- ▶ Si el fenómeno desaceleratorio dura más de 10 minutos, se debe considerar como un cambio de la frecuencia basal.





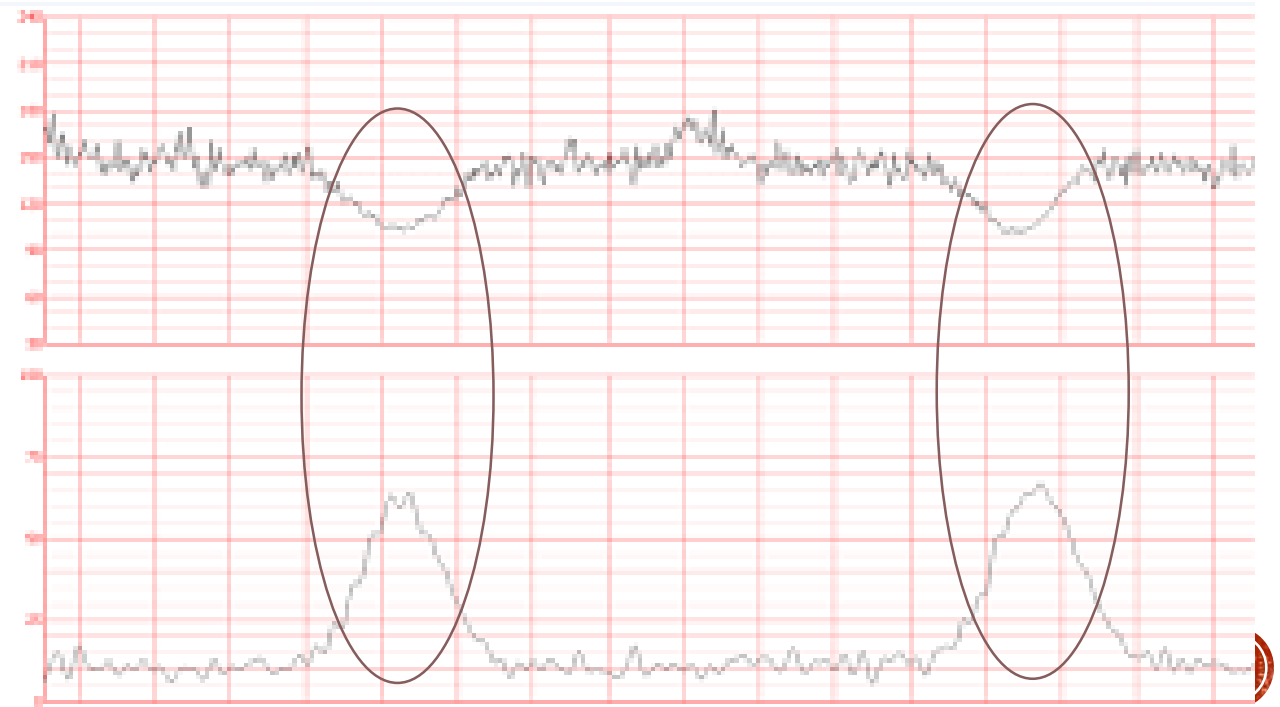
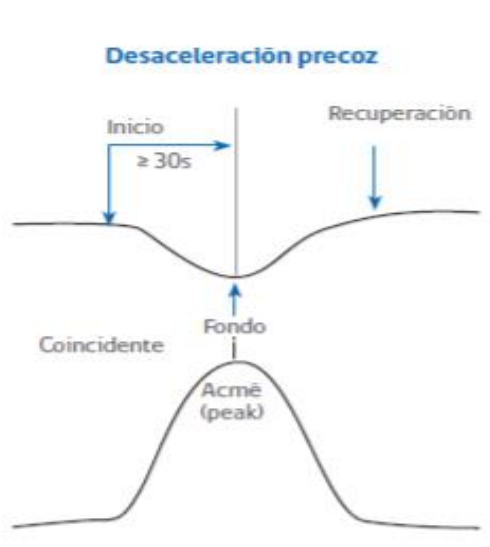
# CLASIFICACIÓN DE LAS DESACELERACIONES:

## **Desaceleración precoz:**

Visualización de una disminución y retorno gradual y simétrico de la frecuencia cardiaca fetal asociado a una contracción uterina.

- La disminución de la frecuencia cardíaca fetal se calcula desde el inicio hasta el fondo de la desaceleración.
- El fondo de la desaceleración precoz ocurre en coincidencia con el peak de la contracción.
- En la mayoría de los casos el inicio, el fondo y el fin de la desaceleración es coincidente con el inicio, el peak y el fin de la contracción respectivamente.
- **Todas las desaceleraciones se deben observar en al menos el 50% o más de las contracciones, en un período de 20 minutos.**
- **No se establece gravedad en relación a la profundidad de la desaceleración precoz.**





# CLASIFICACIÓN DE LAS DESACELERACIONES:

**Desaceleraciones tardías:** Visualización de una disminución y retorno gradual y simétrico de la

- La disminución de la frecuencia cardiaca fetal se calcula desde el inicio, hasta el fondo de

la desaceleración.

- **El fondo de la desaceleración tardía ocurre desfasado con el peak de la contracción.**

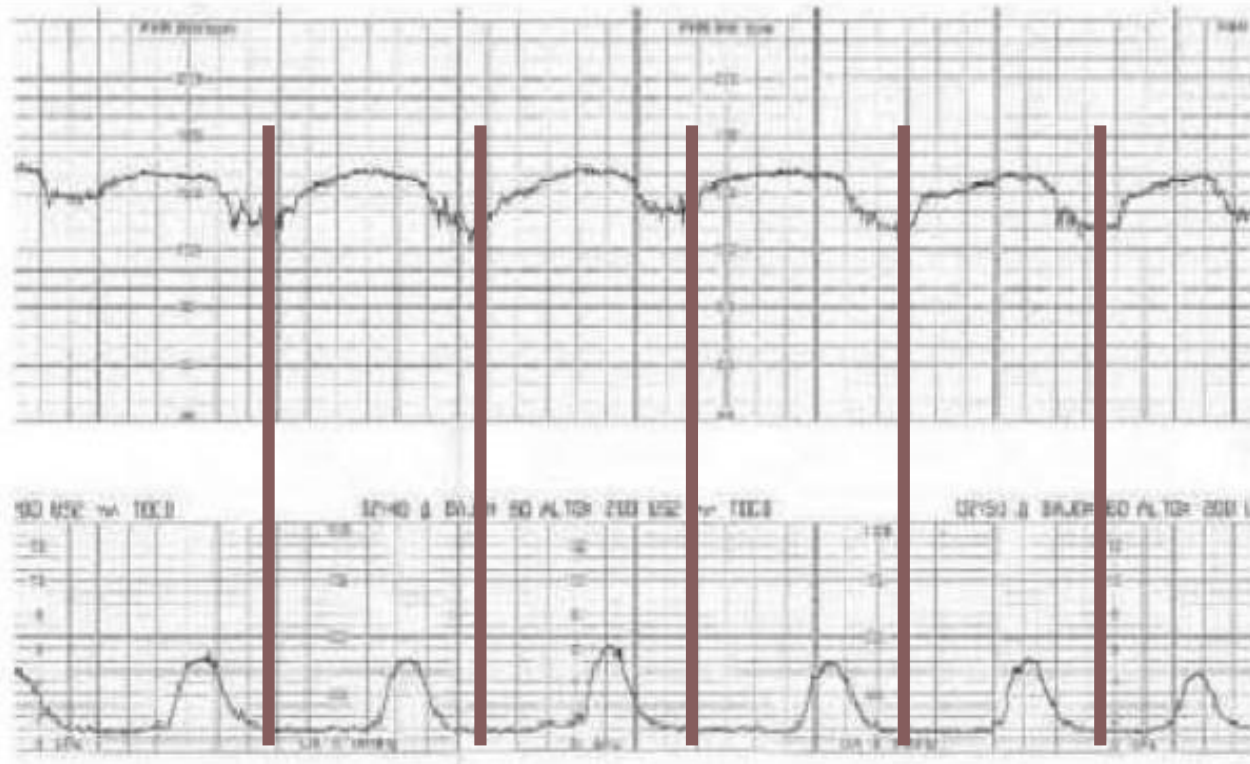
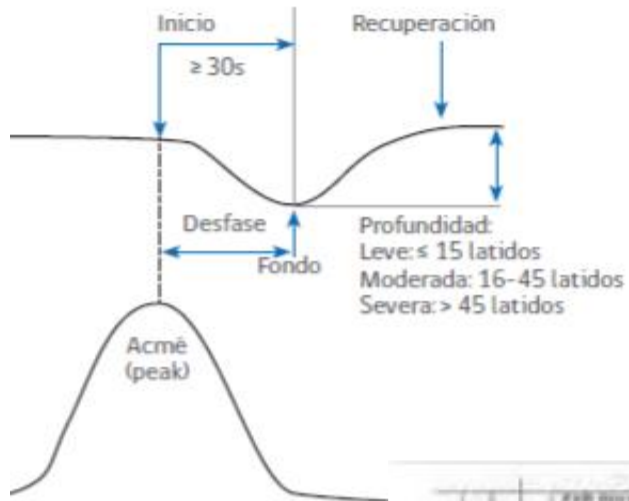
- En la mayoría de los casos el inicio, el fondo y el fin de la desaceleración ocurre después

del inicio, el peak y el fin de la contracción respectivamente.

- **Todas las desaceleraciones se deben observar en al menos el 50% o más de las contracciones en un período de 20 minutos.**



### Desaceleración tardía



# CLASIFICACIÓN DE LAS DESACELERACIONES:

**Desaceleraciones variables:** Visualización de una disminución abrupta de la frecuencia cardíaca fetal.

- La disminución de la frecuencia cardíaca fetal, se calcula desde el inicio hasta el fondo de

la desaceleración.

- **La disminución de la frecuencia cardíaca debe ser  $> 15$  latidos y durar  $> 15$  segundos.**

- En el inicio, el fondo y el fin de la desaceleración, puede ocurrir coincidente o desfasado

con el inicio, el peak y el fin de la contracción.

- **Todas las desaceleraciones se deben observar en al menos el 50% o más de las contracciones en un período de 20 minutos.**



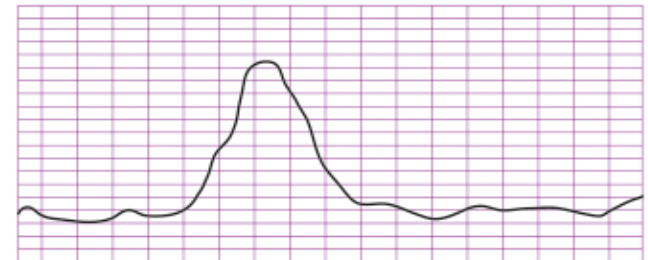
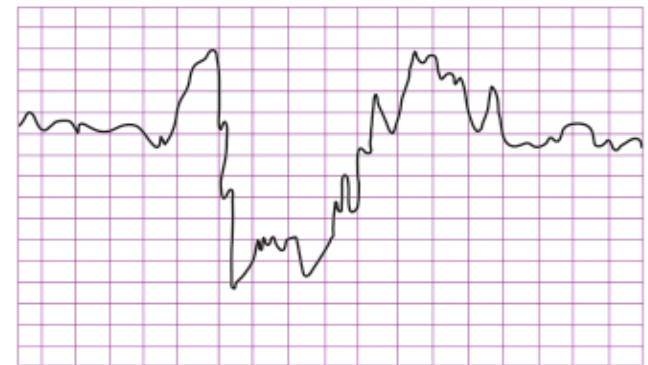
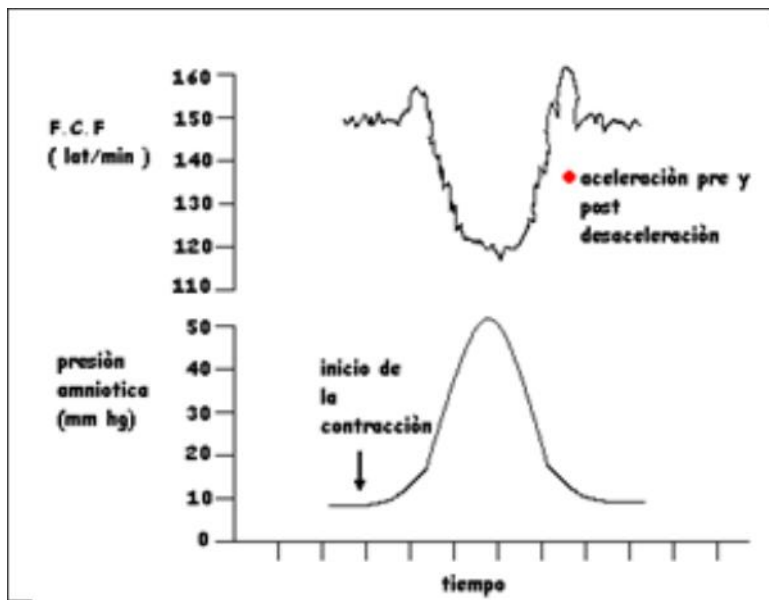
# Desaceleraciones Variables Simples:

- SON ALTERACIONES PERIÓDICAS DE LA FRECUENCIA, LLAMADAS TAMBIÉN **DISTOCIAS FUNICULARES**.
- SE DEFINEN COMO UNA DISMINUCIÓN BRUSCA Y VISIBLE DE LA FRECUENCIA CARDIACA.
- SON VARIABLES EN AMPLITUD Y DURACIÓN, SON VARIABLES EN SU FORMA (V, W, U) Y EN SU INICIO CON RELACIÓN AL ACMÉ DE LA CONTRACCIÓN.

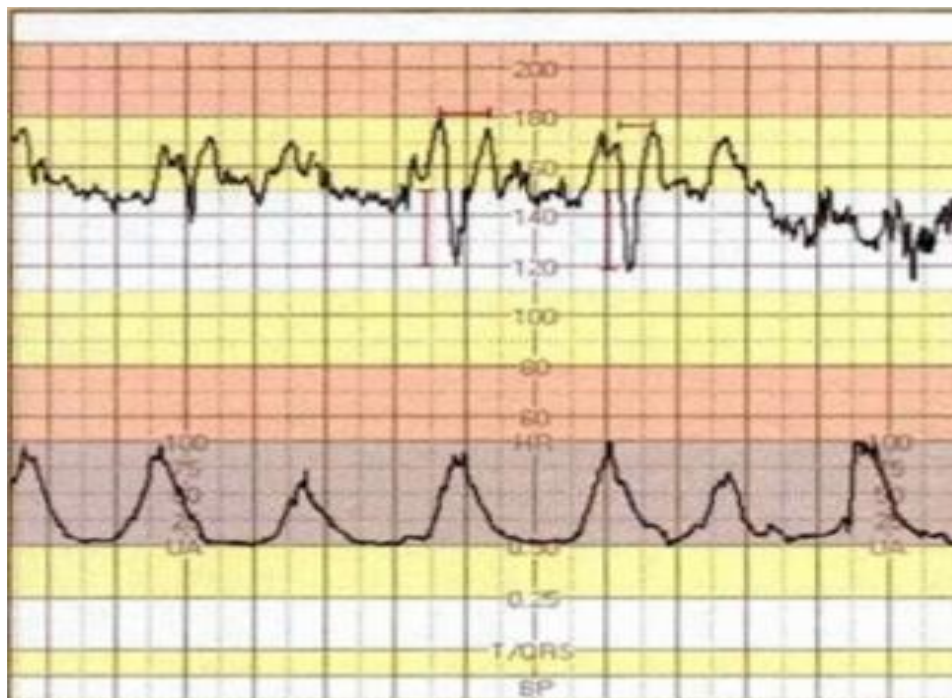
Es característico que con anterioridad y término de esta, se observe una aceleración de la FCF.

Otra característica es la abolición, atenuación o acentuación con los cambios de posición de la madre.





Desaceleración Variable



# DESACELERACIONES VARIABLES COMPLICADAS:

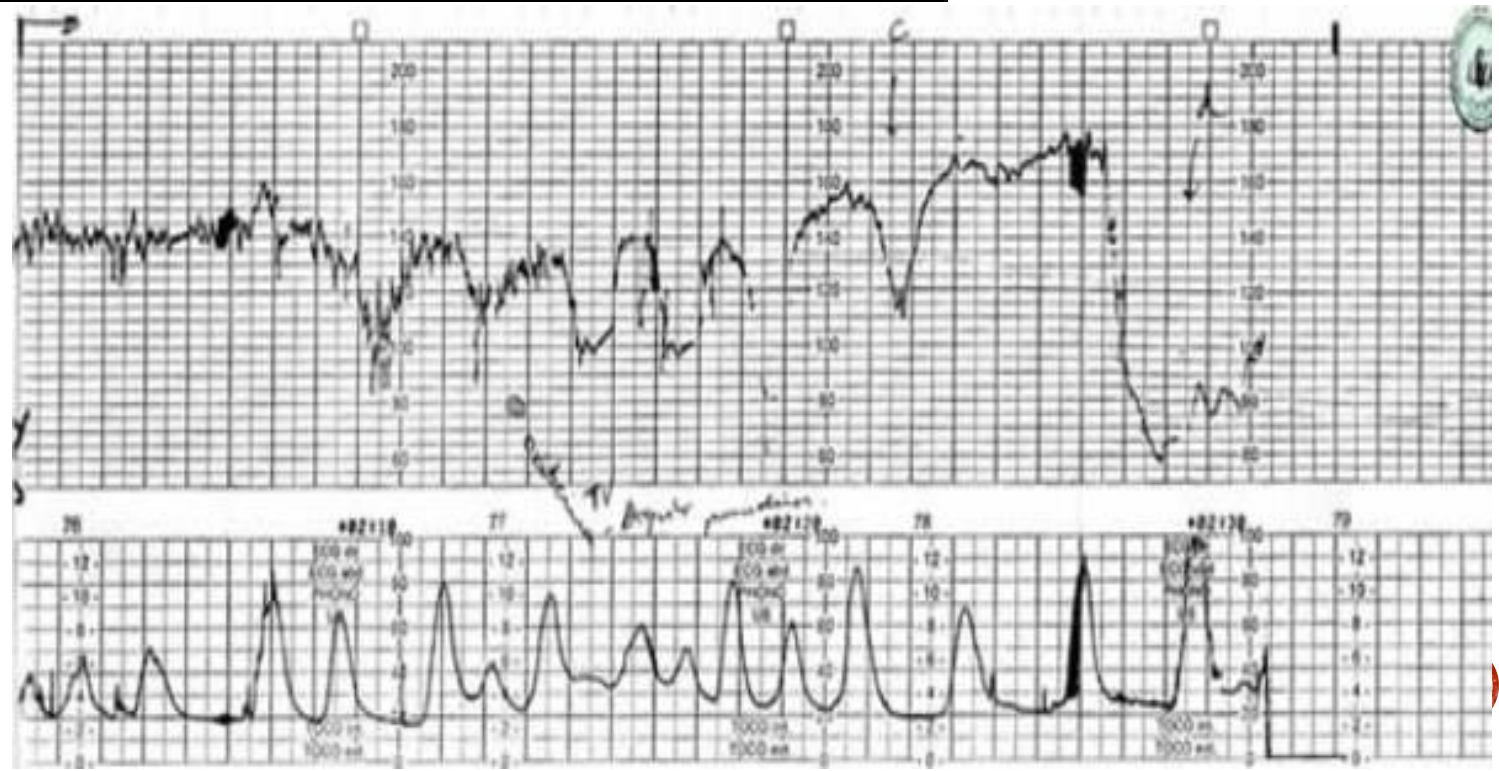
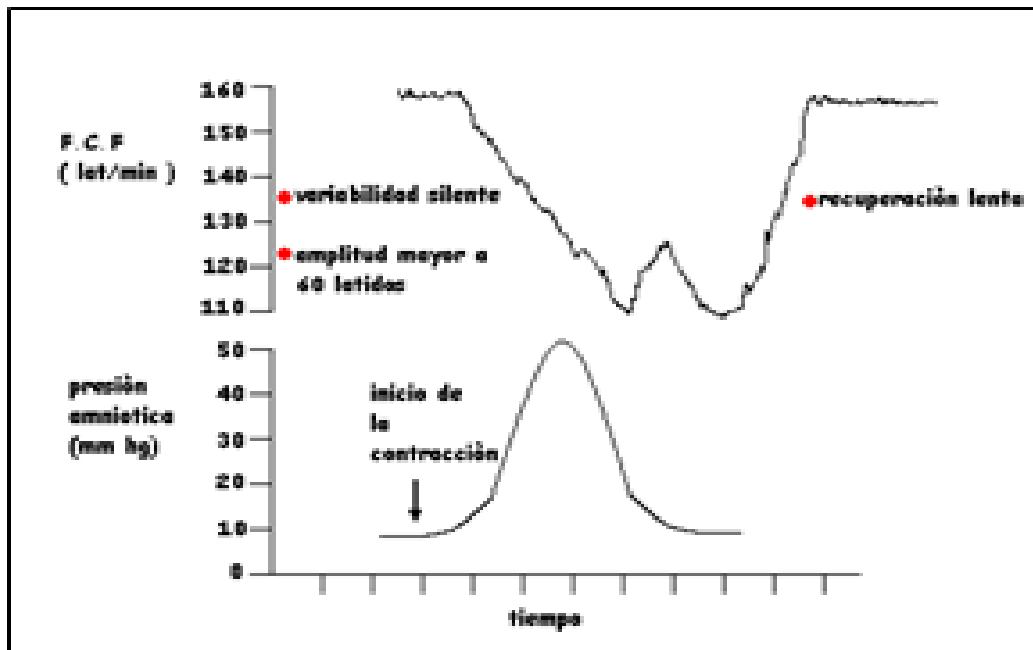
*Se debe sospechar asfixia cuando desaparecen las aceleraciones pre y post desaceleración.*

Tarda más de 60 segundos en recuperarse y/o la disminución de latidos está por debajo de 60 latidos de la línea de base, y/ o bajan a más de 60 latidos (**regla de los 60**) y/o que tiene recuperación lenta y/o que presenta un alza compensatoria después de la desaceleración.

*Su importancia radica en la asociación con puntajes del test de Apgar bajos al nacer.*



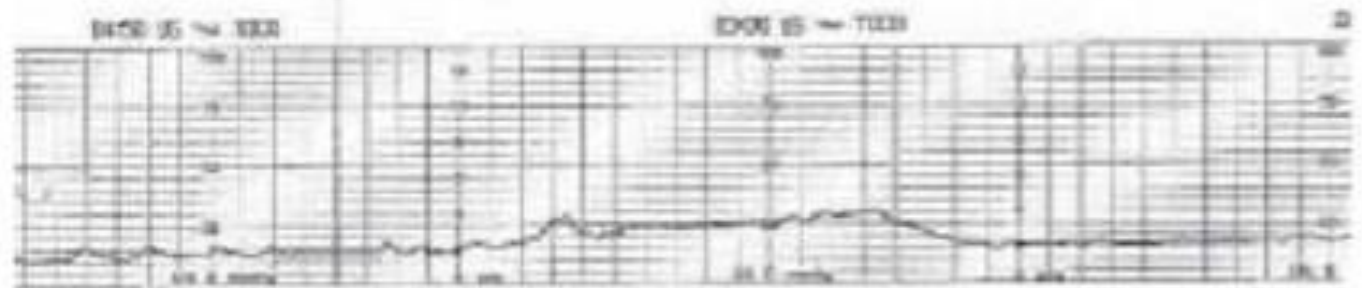
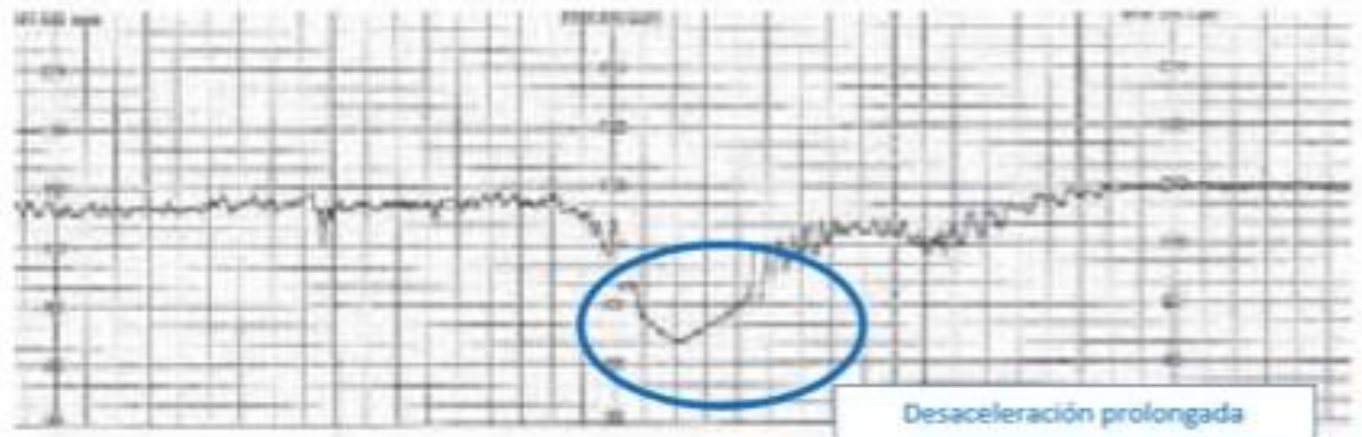
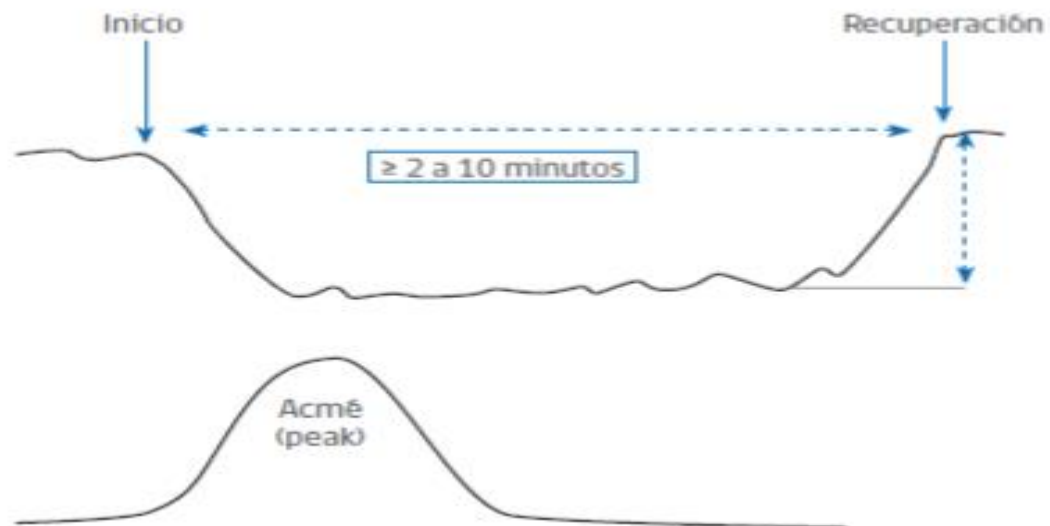




# DESACELERACIONES PROLONGADAS

- Visualización de una disminución de la frecuencia cardíaca fetal bajo la basal.
- La disminución de la frecuencia cardíaca debe ser  $> 15$  latidos y durar más 2 y menos de 10 minutos.
- Si la desaceleración dura más de 10 minutos, se considera un cambio de la línea basal.
- Todas las desaceleraciones se deben observar en al menos el 50% o más de las contracciones en un período de 20 minutos.







Departamento Promoción de la  
Salud de la Mujer y el Recién Nacido

**FACULTAD DE MEDICINA**  
UNIVERSIDAD DE CHILE

# **MONITORIZACIÓN CARDIO- FETAL SEGUNDA PARTE**



Claudia Cornejo Aravena  
Académico-Matrona

# MONITORIZACIÓN CARDIO-FETAL

## **Previo al trabajo de parto**

- ▶ Registro Basal no estresante (RBNS)
- ▶ **Test de Tolerancia a las Contracciones (TTC) o Registro Basal Estresante**

## **Durante el trabajo de parto**

- ▶ **Monitorización Fetal Intraparto (MEFI)**



# TEST DE TOLERANCIA DE LAS CONTRACCIONES

- ▶ Es una prueba diagnóstica y su objetivo es determinar si la placenta y el feto **son capaces de responder adecuadamente al estrés que significan las contracciones de un trabajo de parto.**
- ▶ Su indicación es previo al inicio del trabajo de parto espontáneo o inducido.
- ▶ **Siempre debe realizarse un RBNS antes de iniciar un TTC.**
- ▶ Para su interpretación se analiza un trazado que tenga como mínimo **un total de 20 contracciones regulares, con una frecuencia de 3 contracciones uterinas en 10 minutos, de al menos 40 segundos de duración.**
- ▶ La actividad uterina puede ser espontánea o con uso de oxitocina en dosis bajas, usando Bomba de Infusión Continua (BIC).



# INTERPRETACIÓN

## TTC Negativo:

Sin desaceleraciones.

Es negativo para riesgo de hipoxia fetal.

## TTC Positivo:

Se califica como positivo cuando el trazado presenta desaceleraciones tardías en más del 50% de las contracciones, aún si la frecuencia es menor de 3 contracciones en 10 minutos.

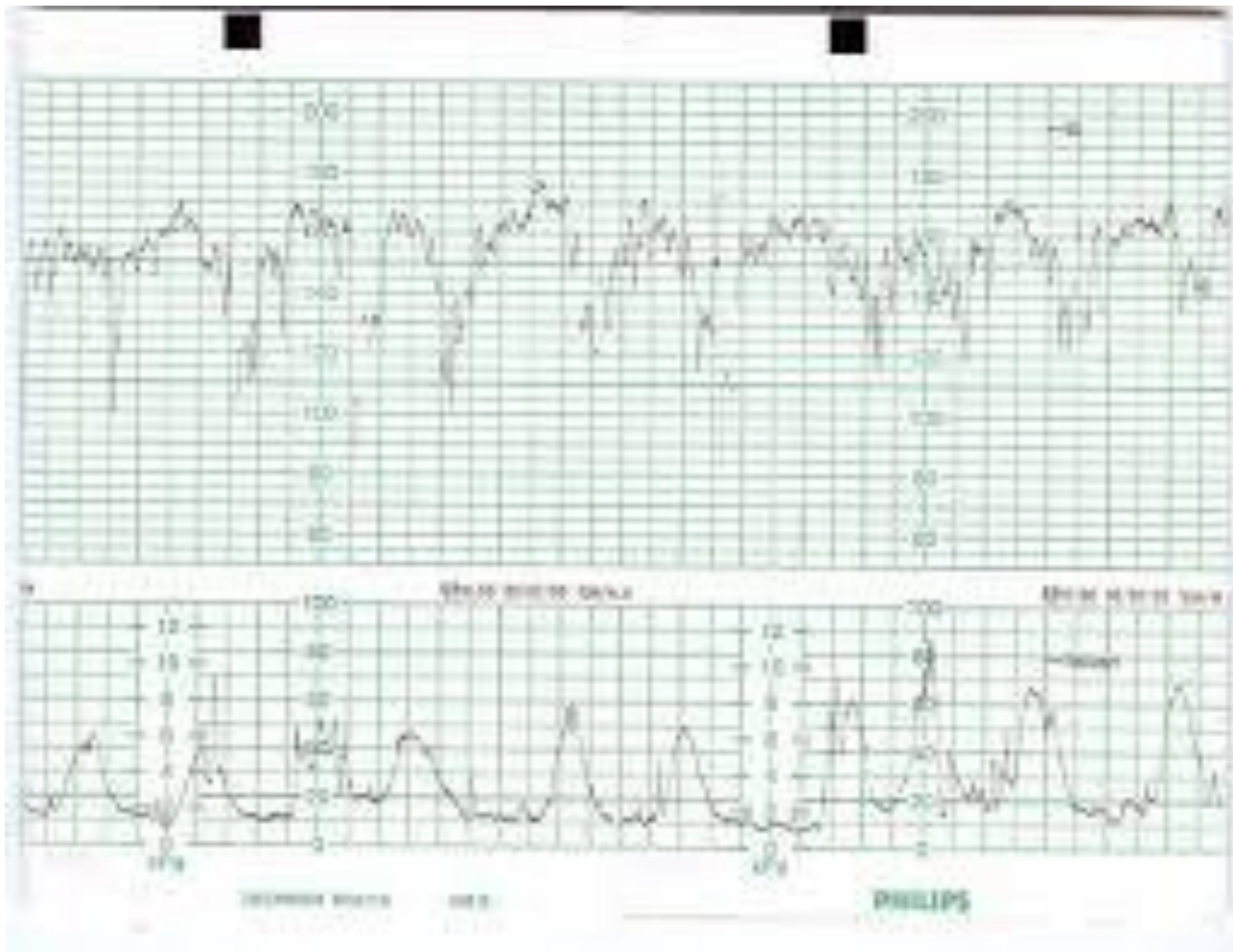
## TTC Sospechoso:

Se observan desaceleraciones tardías ocasionales o desaceleraciones variables.

## TTC Insatisfactorio:

Menos de 3 contracciones en 10 minutos o mala calidad del trazado.



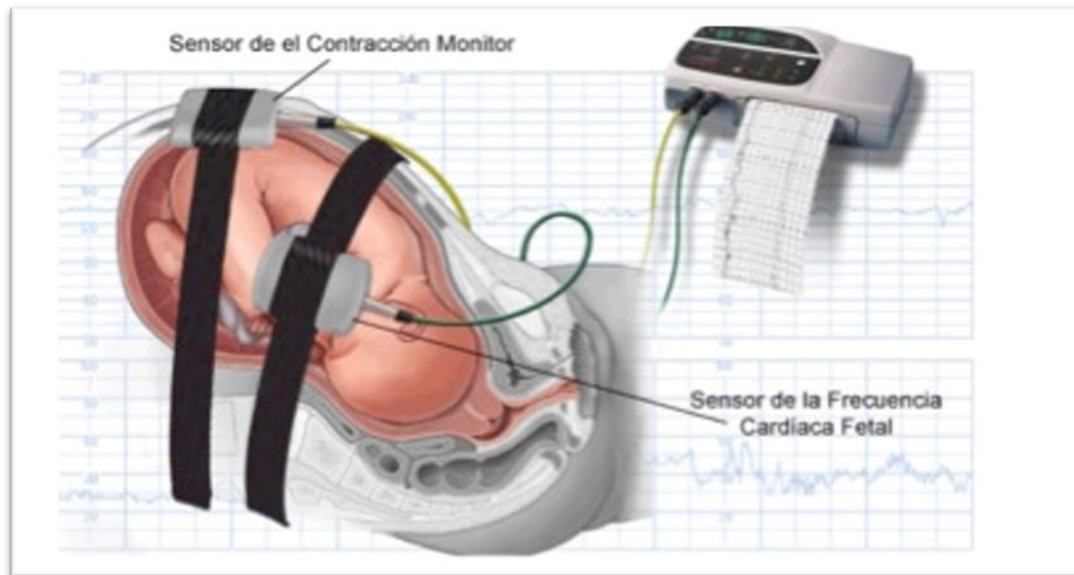




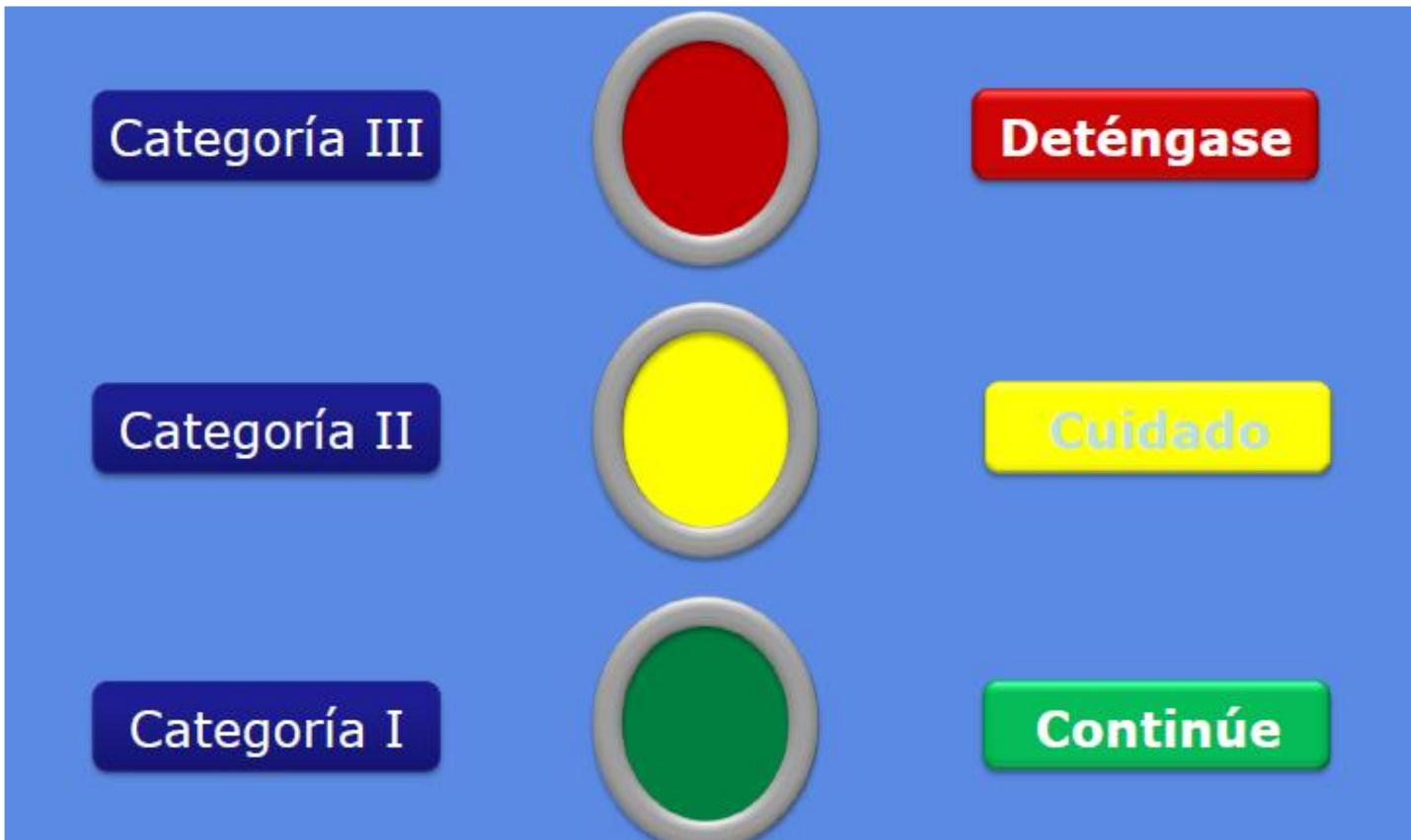
# Monitorización Fetal Intraparto (MEFI)

Es la *vigilancia electrónica fetal anteparto*, así poder evaluar el bienestar fetal para reducir el riesgo de muerte perinatal y lesiones neurológicas.

**Evaluar respuesta cardiaca fetal respecto de la Dinámica Uterina.**



# CLASIFICACIÓN SEGÚN RIESGO



## Categoría I: normal

- Potente predictor de normalidad del estado ácido-base fetal.
- Acción:
  - No requieren ninguna acción en específico

## Categoría II: indeterminado

- Pobres predictores de anormalidad del estado ácido-base fetal
- Asociación irregular con hipoxemia o acidemia.
- Acción:
  - Evaluación clínica, vigilancia continua e intervenciones que permitan asegurar la normalidad ácido-base fetal. En su interpretación se requiere tomar en cuenta todo el contexto clínico

## Categoría III: anormal

- Predictores de anormalidad del estado ácido-base fetal al momento de la observación.
- Acción:
  - Requieren una evaluación rápida y reanimación fetal.
  - Parto expedito: si no se normaliza el MEFI con medidas de reanimación fetal



## Categoría I

- Cuatro variables tranquilizador
- Desaceleraciones precoces

## Categoría II

- Todos los demás

## Categoría III

- Variabilidad ausente más
- Desaceleraciones Tardías
- Desaceleraciones Variables
- Bradicardia
- Patron sinusoidal



# PATRÓN SINUSOIDAL

El registro sinusoidal es definido por una FCF basal estable y dentro de los límites normales con oscilaciones sinusoidales por encima y por debajo de la línea basal, amplitud de 5 a 15 lpm frecuencia de 2 a 5 ciclos por minuto, variabilidad a corto plazo fija o plana y ausencia de aceleraciones.



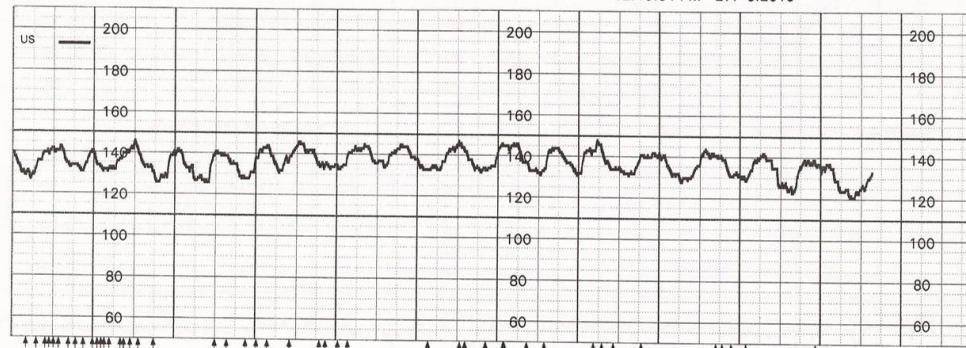
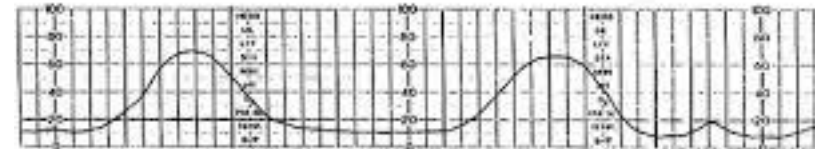
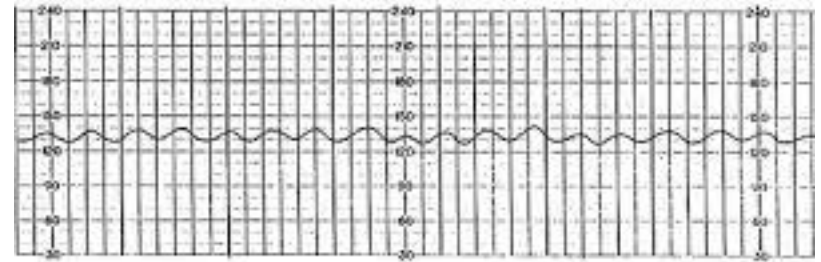
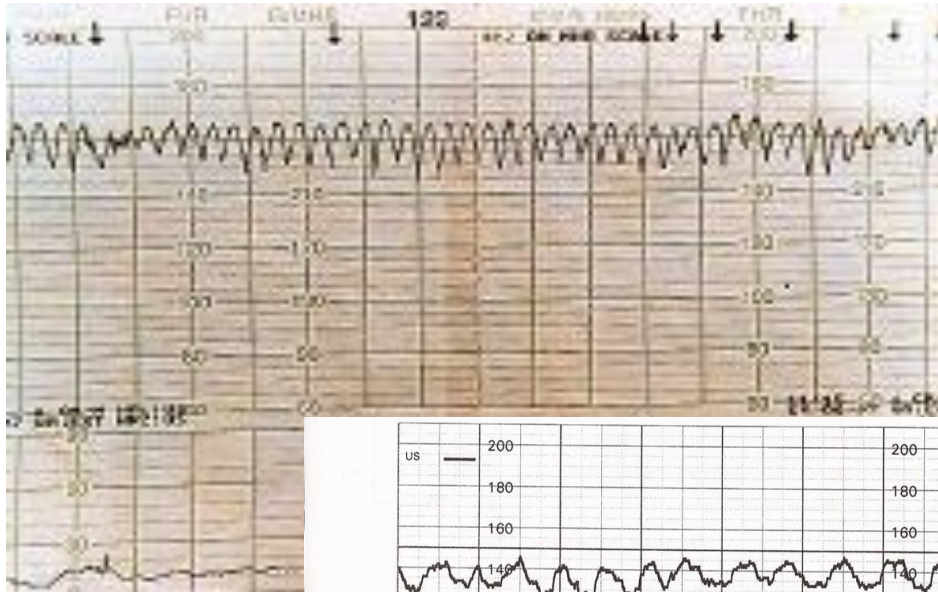
Este patrón ominoso ha generado mucha confusión y publicaciones contradictorias, ya que con frecuencia se le asigna a eventos fisiológicos del feto, con los cuales hay que hacer su diagnóstico diferencial.



En el patrón sinusoidal simiil no se observan ondulaciones regulares, sino que presenta el típico aumento lento de la FCF debido a la actividad simpática, así como el retorno más rápido a la FCF basal propio de la actividad parasimpática, sino que hayan verdaderas ondas sinusoidales.

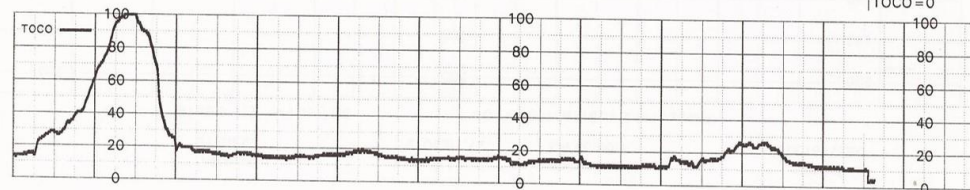


# PATRÓN SINUSOIDAL



|<12:30:00 PM 27. 6.2019 2 cm/min

|<12:37:30 PM 27. 6.2019



| TOCO=0



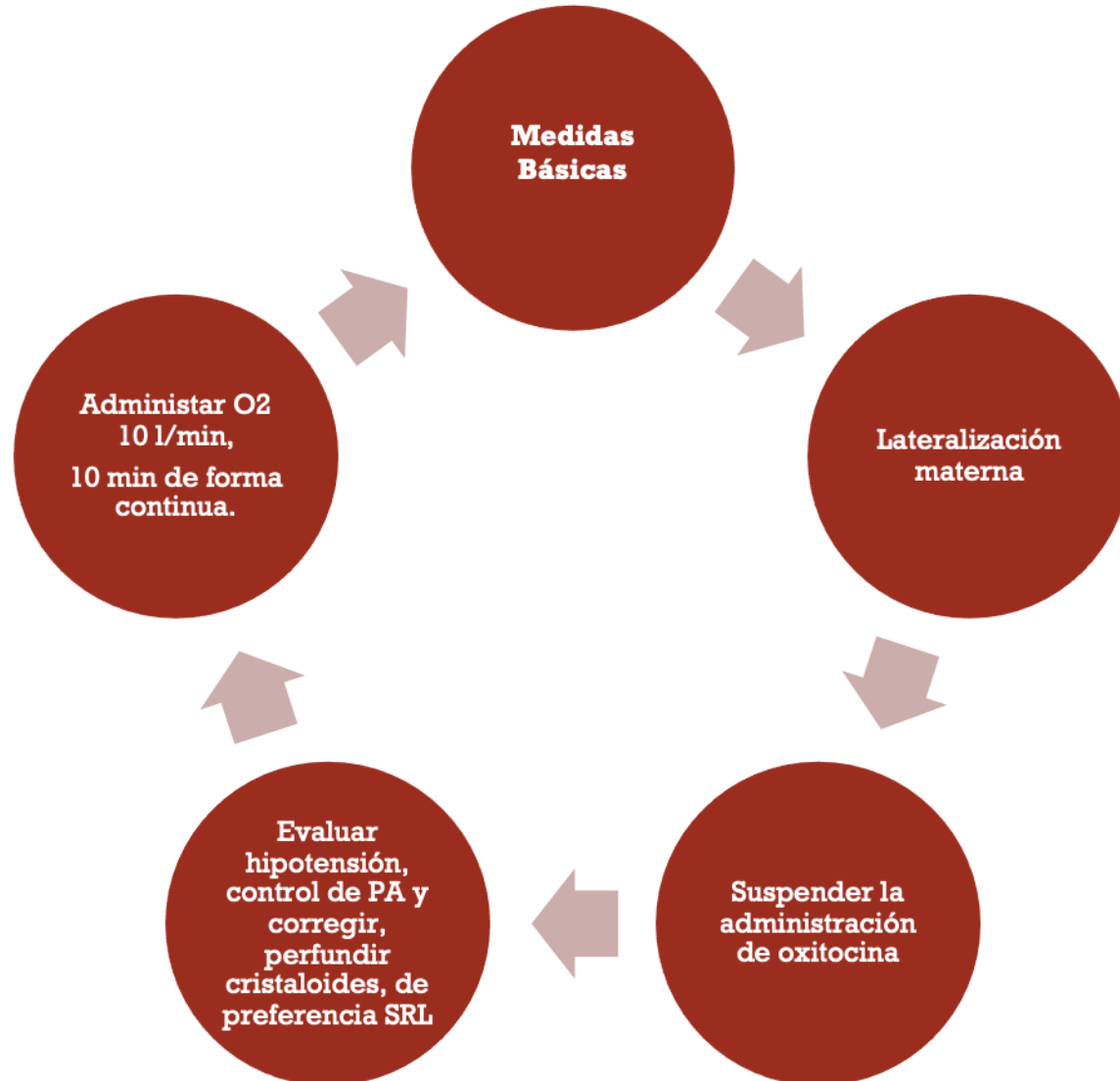
<b>Patrón</b>	<b>Normal (Categoría I)</b>	<b>Indeterminado (Categoría II)</b>	<b>Anormal (Categoría III)</b>
FCFB lpm	110-160	Bradicardia (sin variabilidad ausente) Taquicardia	Sinusoidal Bradicardia
Variabilidad	6-25 lpm (moderada)	Ausente, pero sin desaceleraciones Mínima ( 1 a 5 ) Marcada ( >25 )	Ausente
Aceleraciones	Presentes o ausentes	Ausencia de aceleraciones inducidas luego de estimulación fetal	
Desaceleraciones	Precoces presentes o ausentes	Variables recurrentes (con variabilidad mínima o moderada) Desaceleración prolongada 2-10 min Desaceleraciones tardía (con variabilidad mínima o moderada) Desaceleraciones variables "con otras características"	Variables o Tardías recurrentes
ACCIÓN	Continuar monitoreo	Evaluación e intervención	Evaluación, intervención y Parto expedito

# CONDUCTAS DE MATRONA/ÓN





# REANIMACIÓN FETAL



# REANIMACIÓN FETAL

Estrategias que deben implementarse, ante la sospecha de compromiso del bienestar fetal intraparto.

**Ante un patrón del MEFI sospechoso (Categoría II) se debe evaluar a la gestante para descartar y corregir:**

Hipotensión postural  
o post anestesia  
epidural.

Hiperestimulación  
secundaria a  
episodios de  
taquisistolia.

Compresión de  
cordón.

Ante algunos de estos hallazgos, se  
deberá tomar alguna o varias de estas  
medidas:

Cambio de posición  
(decúbito lateral  
izquierdo) para  
descompresión de  
vena cava, mejorando  
el retorno venoso.

Hidratación IV para  
corrección de  
hipotensión.

Oxígeno por  
mascarilla.

Suspensión de  
conducción oxitócica.

Amniotomía en  
caso de  
desaceleraciones  
variables recurrentes  
(excepto si es en  
contexto de MEFI  
categoría III).

Tocolisis de urgencia  
(bolo de fenoterol 5 a  
25mg o nitroglicerina  
100ug) en caso de  
taquisistolia.



# REANIMACIÓN FETAL

De persistir monitoreo alterado, en un plazo no mayor a una hora, se deberá definir la vía del parto según paridad, dilatación cervical y descenso de la presentación.

**Ante un patrón del MEFI patológico (Categoría III), se deben tomar medidas destinadas a recuperar la condición fetal, mientras se prepara la interrupción del embarazo en un plazo no mayor a 20-30 minutos.**

**Las medidas a tomar son las siguientes:**

- Oxígeno por mascarilla.
- Cambios de posición (decúbito lateral izquierdo).
- Hidratación IV para corrección de hipotensión.
- Suspensión de conducción oxicítica.
- Tocolisis de urgencia (bolo de fenoterol 5 a 25mg o nitroglicerina 100ug).



# CUANDO SE PRESENTA DESACELERACIÓN TARDÍA SE DEBEN EFECTUAR LAS SIGUIENTES ACCIONES:



Lateralización materna a la izquierda

Suspensión de la infusión ocitócica si procede y/o disminución de la actividad uterina espontánea o provocada.

Administración de oxígeno por Mascarilla, una vez que ha cesado la dinámica uterina en forma espontánea o artificialmente

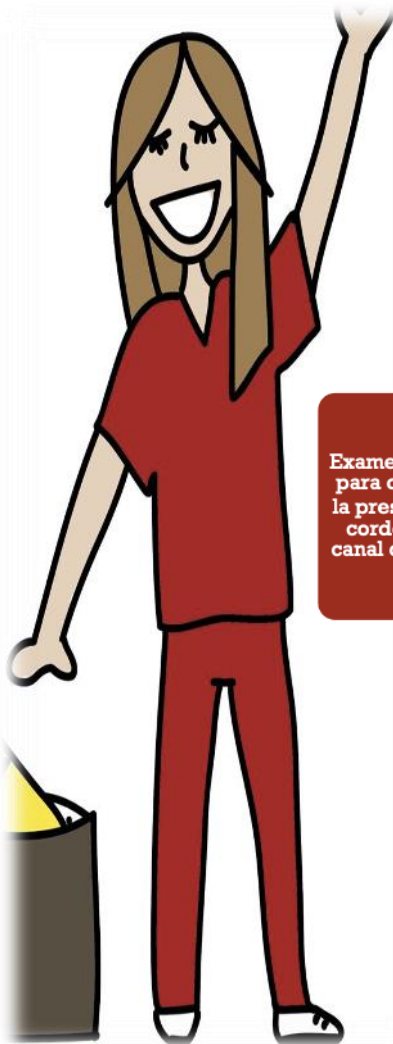
Corrección de la presión arterial materna si procede

Evaluación de la progresión del trabajo de parto (descenso, dilatación)

• Evaluación del equilibrio ácido – base del feto.



# CUANDO SE PRESENTAN DESACELERACIONES VARIABLES COMPLEJAS



Examen vaginal para descartar la presencia de cordón en el canal del parto.

Cambio de posición de la madre, lateralizándola

Evaluación de la frecuencia contráctil del útero ( debe existir 60 segundos o más de intervalo entre cada contracción)

Administración de oxígeno por mascarilla una vez cesada las contracciones en forma espontánea o artificialmente.

Evaluación del equilibrio ácido - base

Resolución del parto por la vía más expedita.



## 1. Diagnóstico de la causa de alteración del MEFI

- o Tacto vaginal.
- o Vigilancia de la dinámica uterina
- o Vigilancia de la hemodinamia materna

## 2. Reanimación Intrauterina:

- o Corregir hipotensión:
  - SRL o Fisiológico.
- o Lateralización materna
- o Oxigenación:
  - O<sub>2</sub> 10 L/min
  - 10-30 minutos.
- o Suspender ocitocina
- o Tocolisis de emergencia:
  - Nitroglicerina 50-100  $\mu$ g

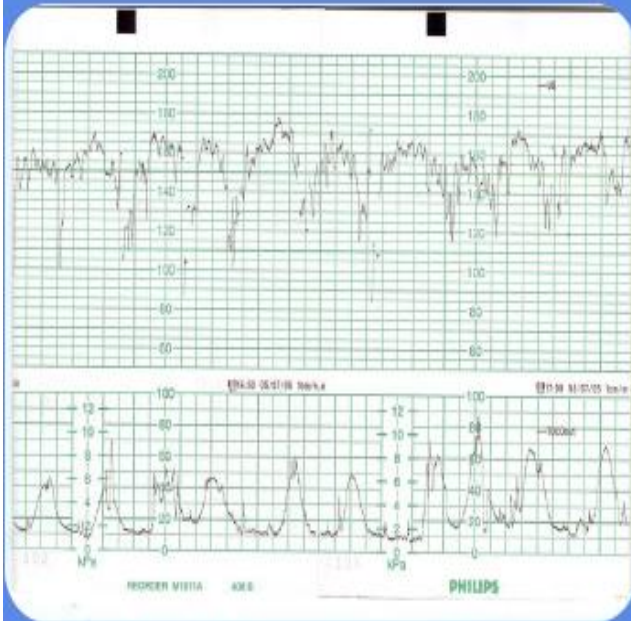


Categoría II



Categoría III





### 3. Vigilar evolución del MEFI: 30 min

- o Normalización MEFI (Categoría I)
  - Continuar el trabajo de parto.
  - Reiniciar la aceleración ocitócica.
- o MEFI persiste Categoría II - III
  - Interrupción del embarazo
  - Diagnóstico: estado fetal no tranquilizador



Categoría I



Categoría II



Categoría III

- 4. En el caso de una bradicardia mantenida, no es posible una espera prolongada, y debe procederse a la interrupción del embarazo antes de 10 minutos de bradicardia.



# RECOMENDACIONES OMS



## Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva

Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar

Cardiotocografía continua durante el trabajo de parto	17.	No se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo.	No recomendado
Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto	18.	Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto.	Recomendado







Departamento Promoción de la  
Salud de la Mujer y el Recién Nacido

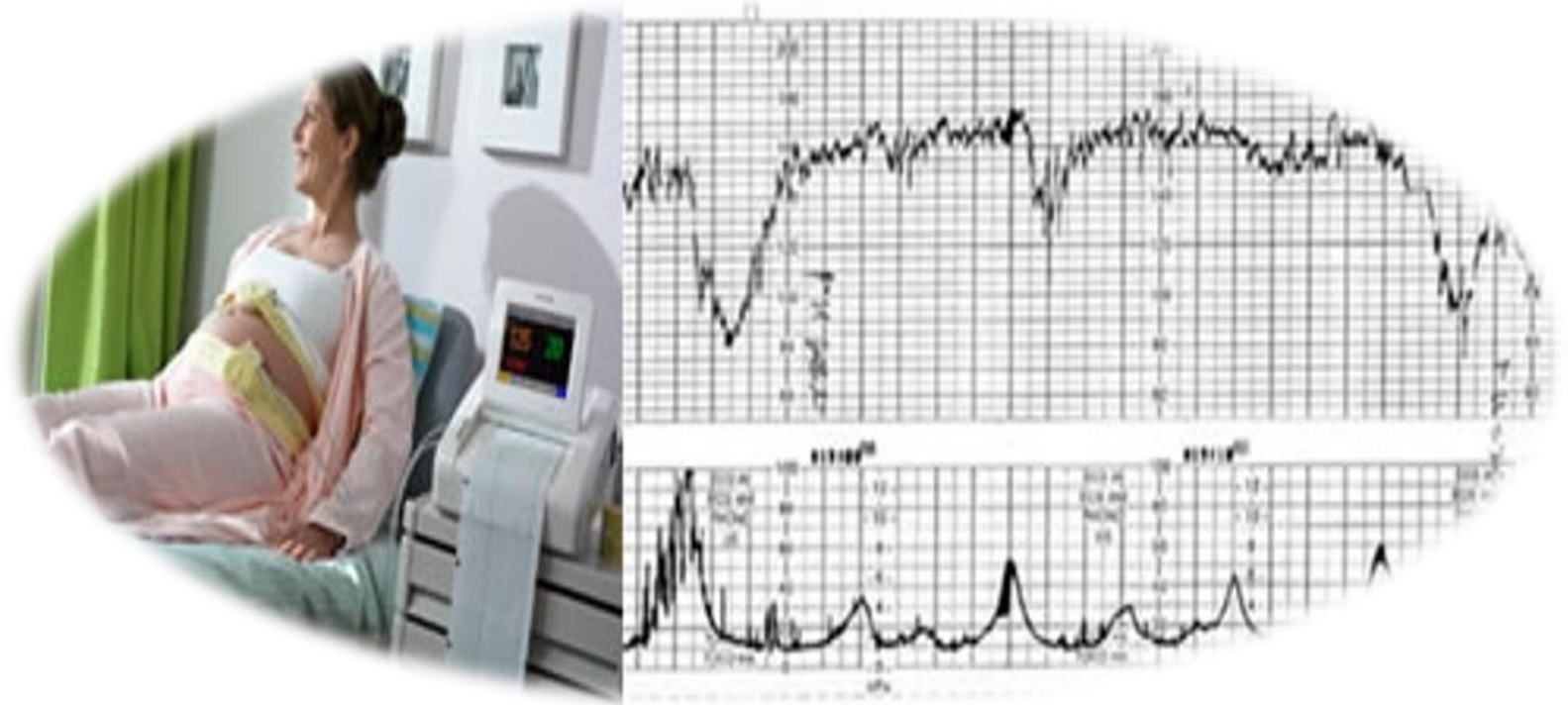
**FACULTAD DE MEDICINA**  
UNIVERSIDAD DE CHILE

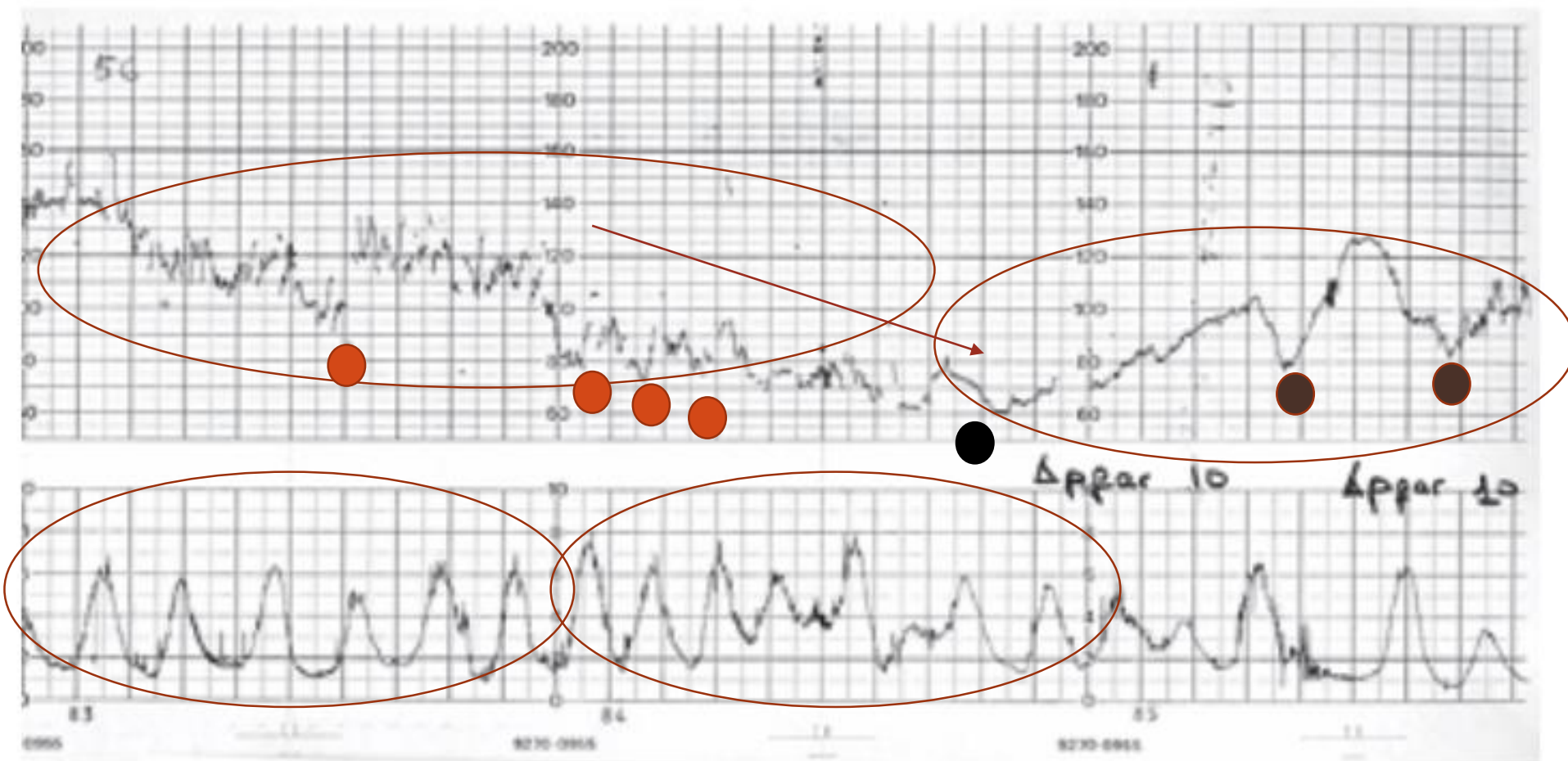
# **MONITORIZACIÓN CARDIO- FETAL TERCERA PARTE**



Claudia Cornejo Aravena  
Académico-Matrona

# ANALICE LOS SIGUIENTES REGISTROS





FCFB: 100-110 primera parte, 70-80 y luego recupera a 100-110/ latidos por minuto BRADICARDIA

Variabilidad: primera parte moderada y segunda parte silente.

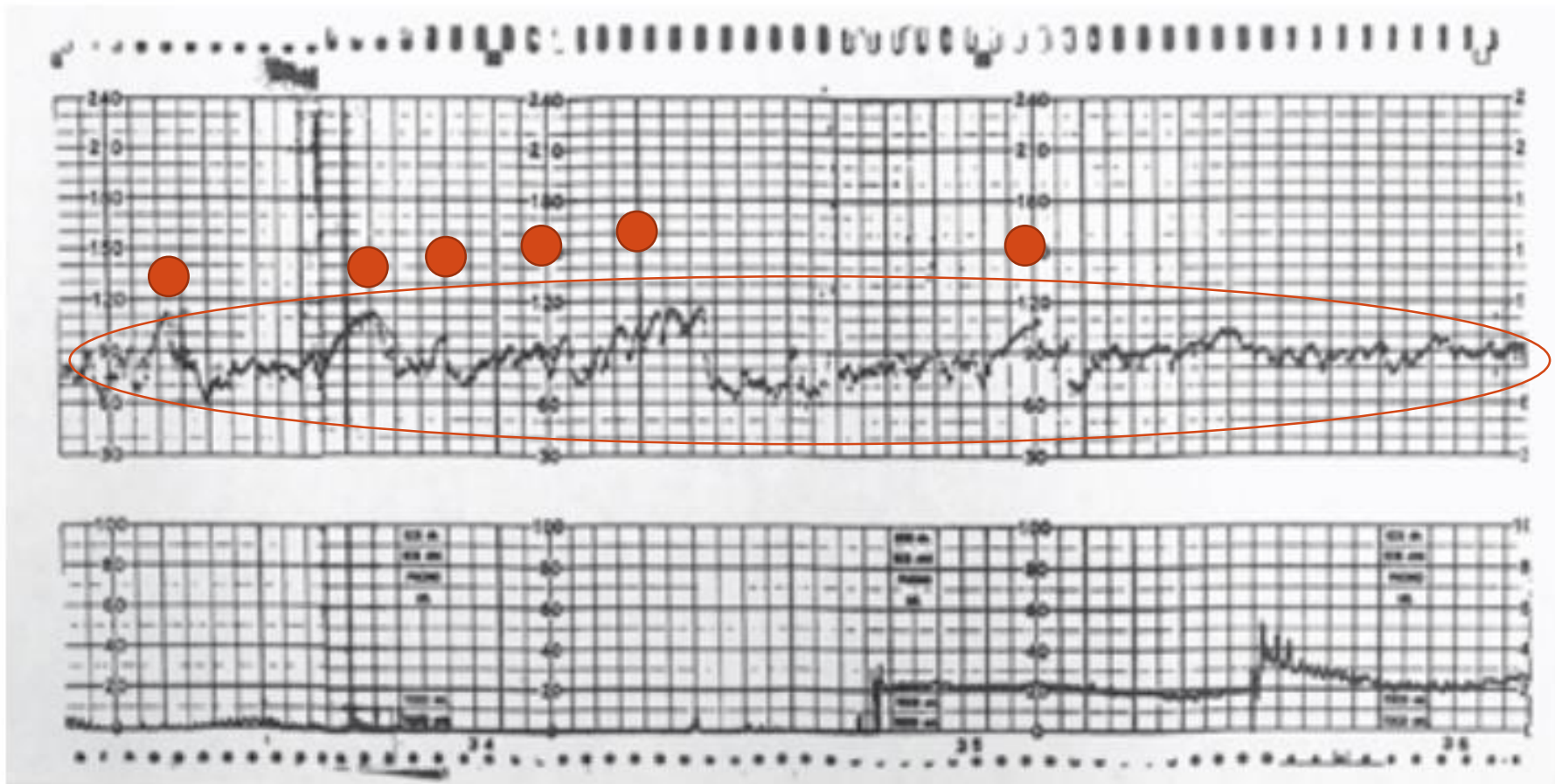
Aceleraciones: presentes en la primera parte.

Desaceleraciones: precoces en la primera parte, bradicardia, desaceleración prolongada, desaceleraciones tardías.

DU: taquisistolía

MEFI: II





FCFB: 90 latidos por minuto

Variabilidad: moderada

Aceleraciones: presentes en  $\frac{3}{4}$  partes del trazado

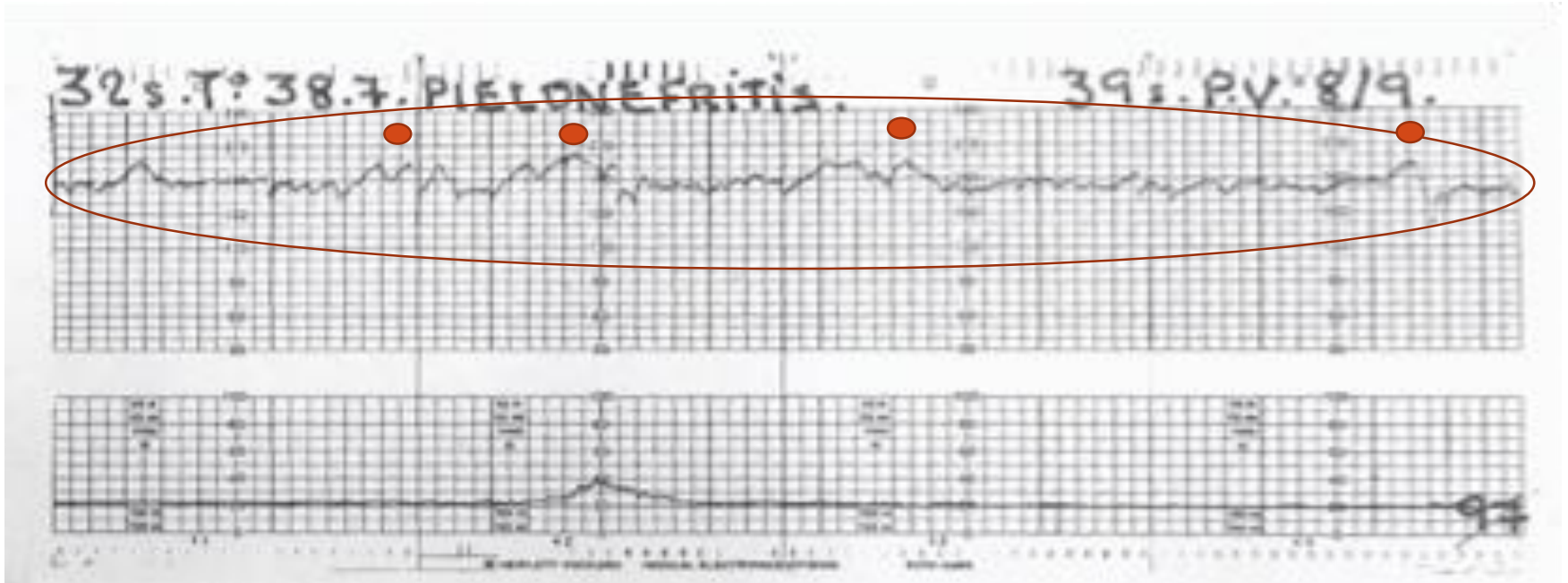
Desaceleraciones: ausentes

DU: ausente

MEFI: MEFI III

Historia clínica: DCP, cesárea.





**FCFB: 180 latidos por minuto, TAQUICARDIA PROLONGADA**

**Variabilidad: de moderada a minima**

**Aceleraciones: presentes difusas**

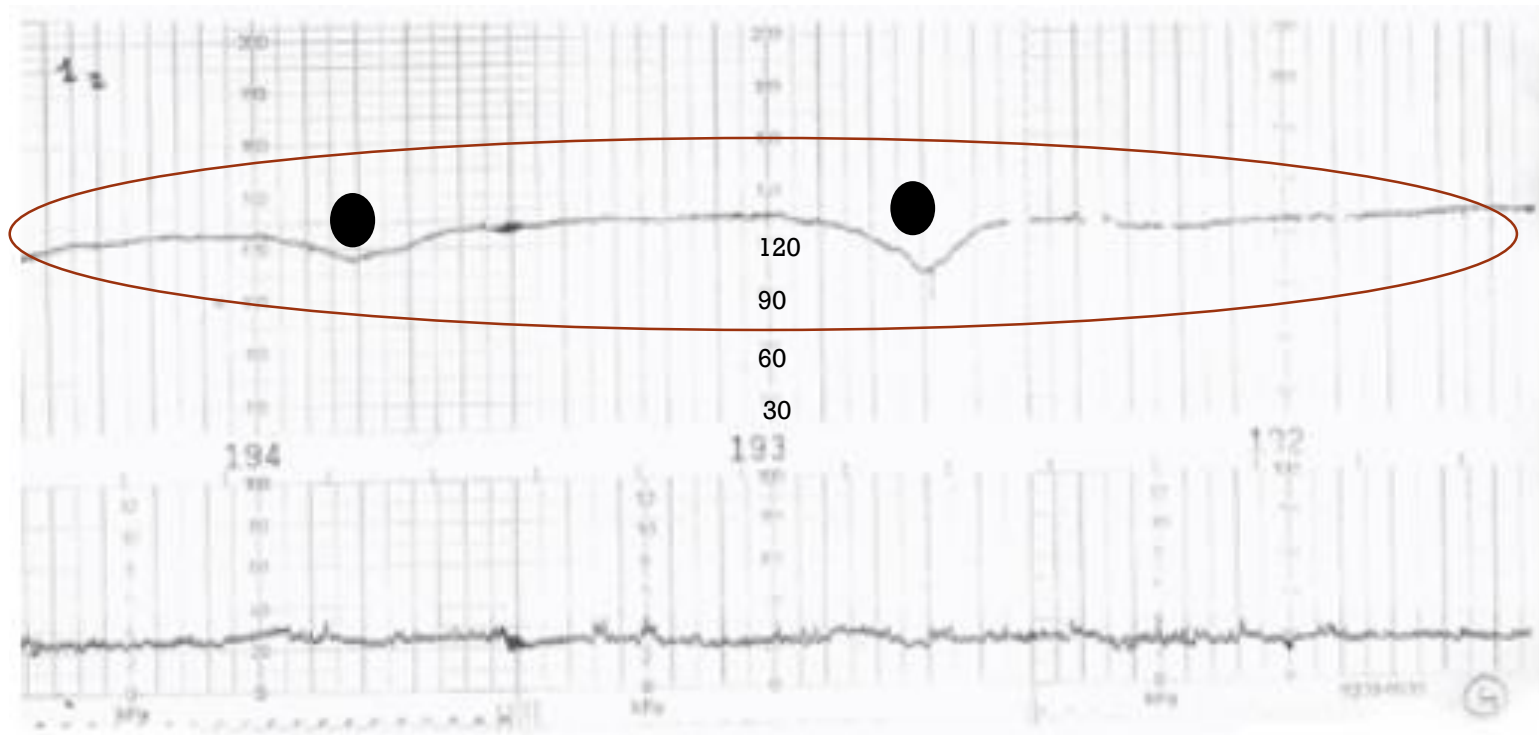
**Desaceleraciones: ausentes**

**DU: ausente**

**MEFI: II**

**Historia Clínica: registro con 32 semanas de gestación, PNA tratada y parto vaginal a término.**





**FCFB: 130 latidos por minuto**

**Variabilidad: ausente**

**Aceleraciones: ausentes**

**Desaceleraciones: presentes, probablemente tardías**

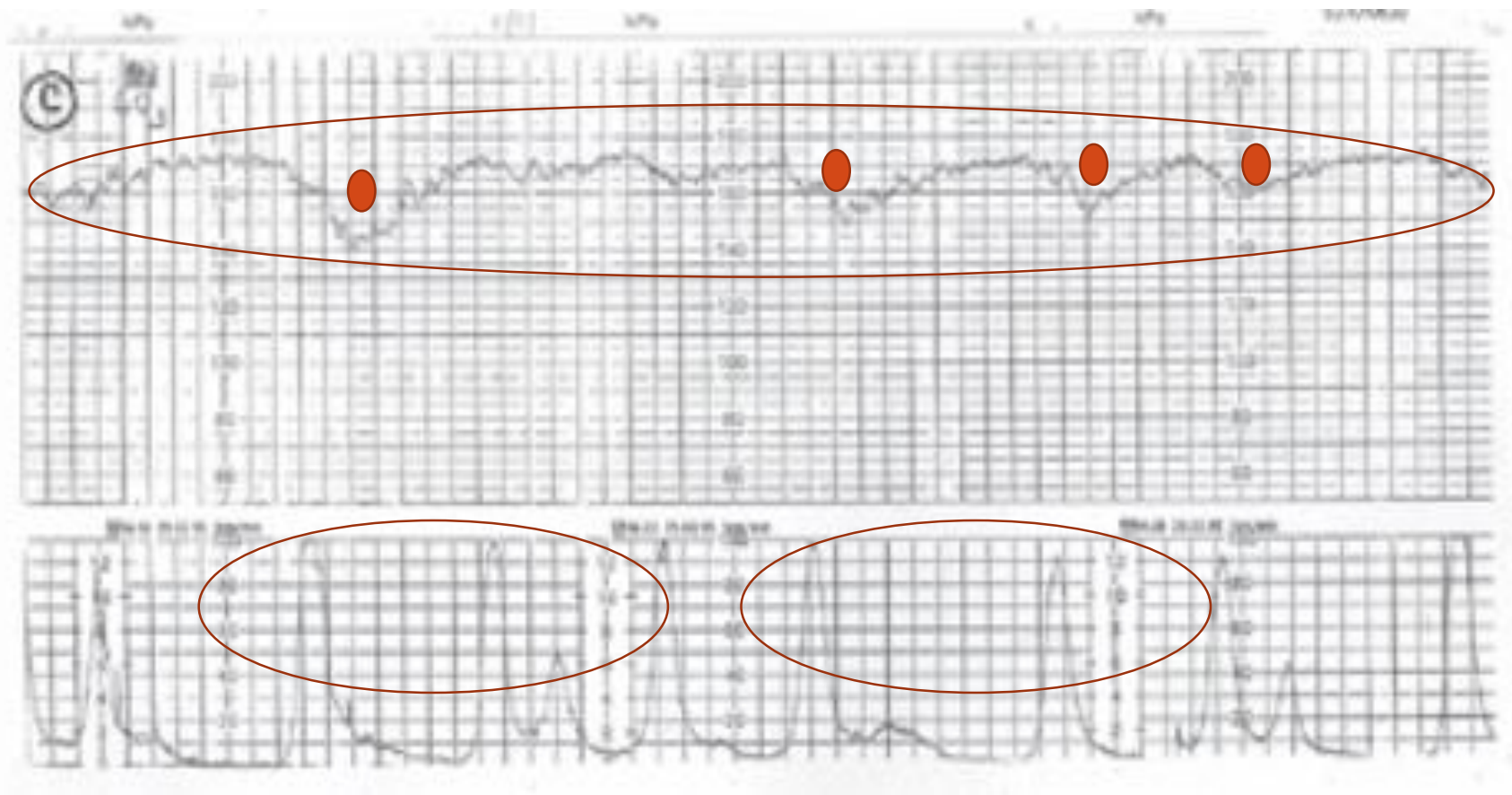
**DU: ausente**

**MEFI: II**

**Historia Clínica: Cesárea por sospecha de pérdida de bienestar fetal.**

**Varón de 2.180 gr. Apgar 1/3. pH de cordón 7.05. Muerte a las 48 horas de vida.**





**FCFB: 170 latidos por minuto. TAQUICARDIA**

**Variabilidad: mínima**

**Aceleraciones: ausentes**

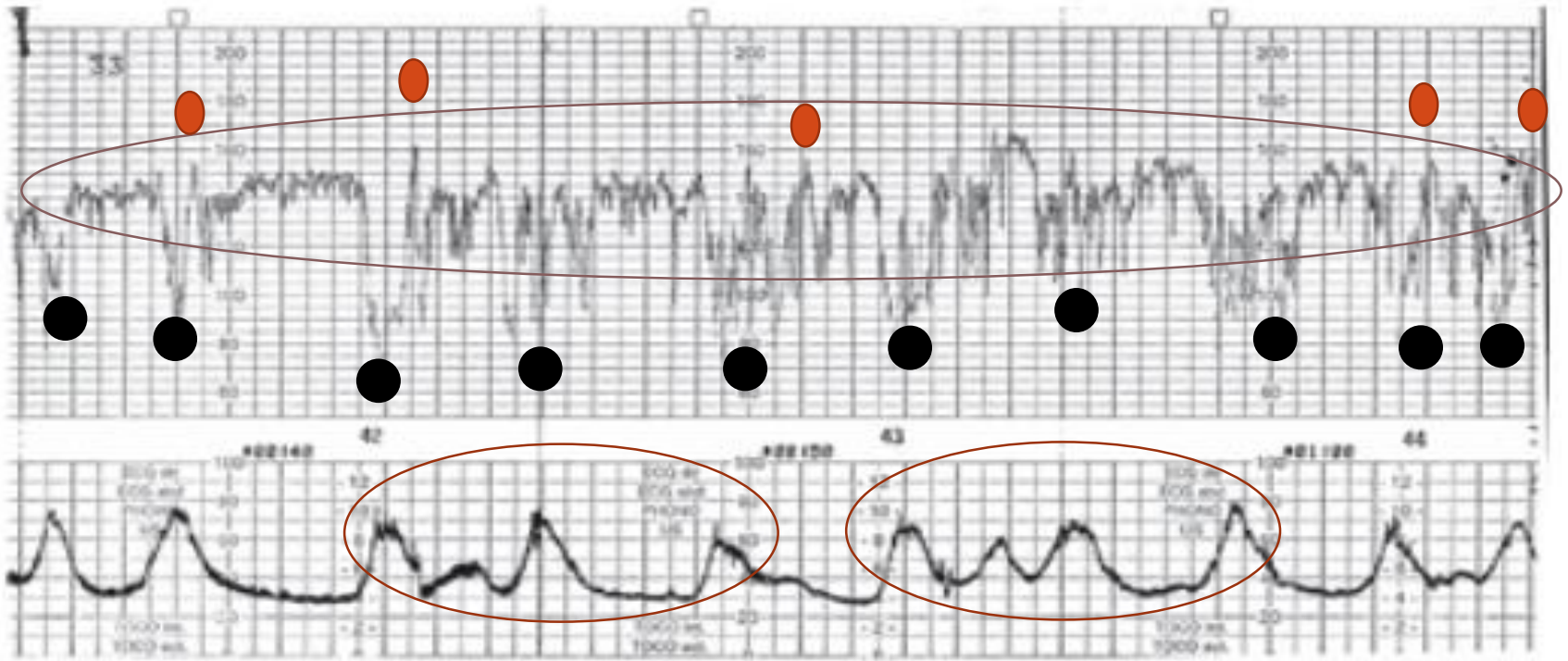
**Desaceleraciones: presentes, desaceleraciones tardías en todo el registro**

**DU: 2/10**

**MEFI: II**

**Historia Clínica: Cesárea por MEFI II, APGAR 5/5, pH de cordón: 7.1**





**FCFB: 140 latidos por minutos**

**Variabilidad: marcada**

**Aceleraciones: Presentes**

**Desaceleraciones: presentes, variables complejas**

**DU: 3-4/10**

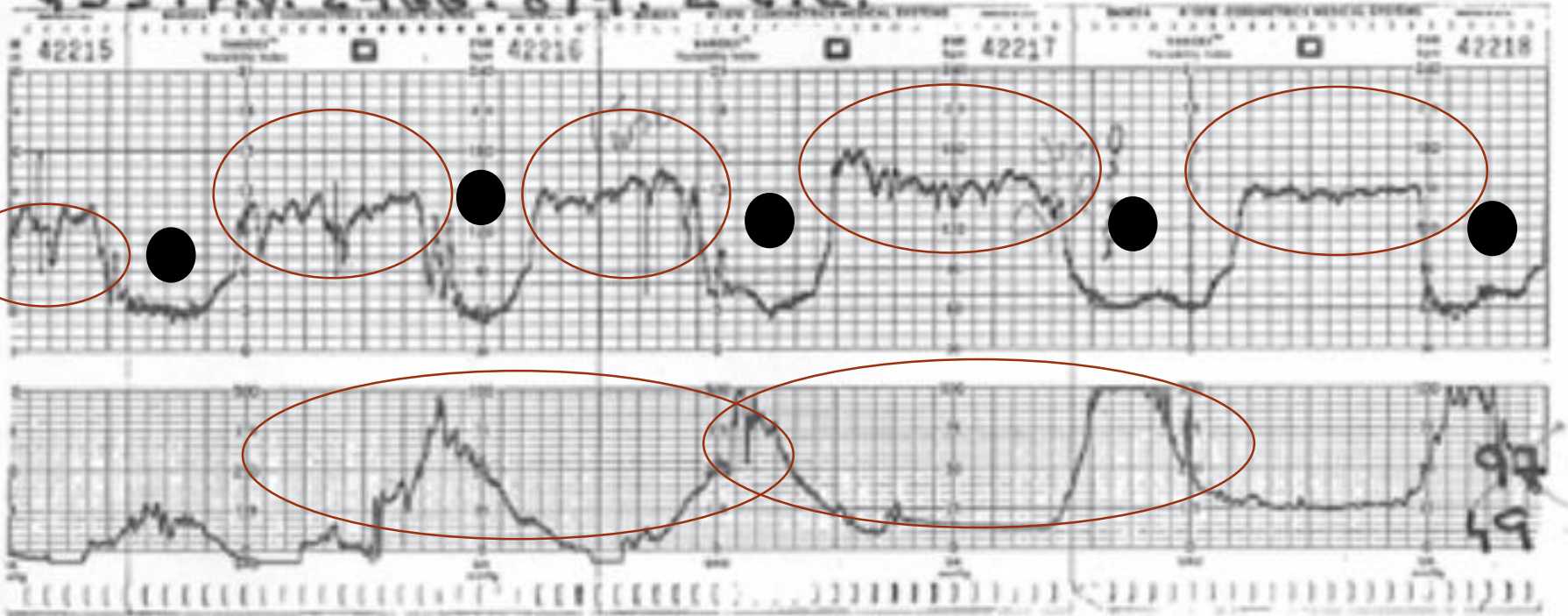
**MEFI: III**

**Historia Clínica: Gestación de 40 semanas. Parto vaginal. Apgar 7/9. pH de cordón 7,28.**





43 S. P.V. 2466. 819. 2 C.C.



FCFB: 160 latidos por minutos

Variabilidad: moderada

Aceleraciones: ausentes

Desaceleraciones: presentes, variables complejas recurrentes

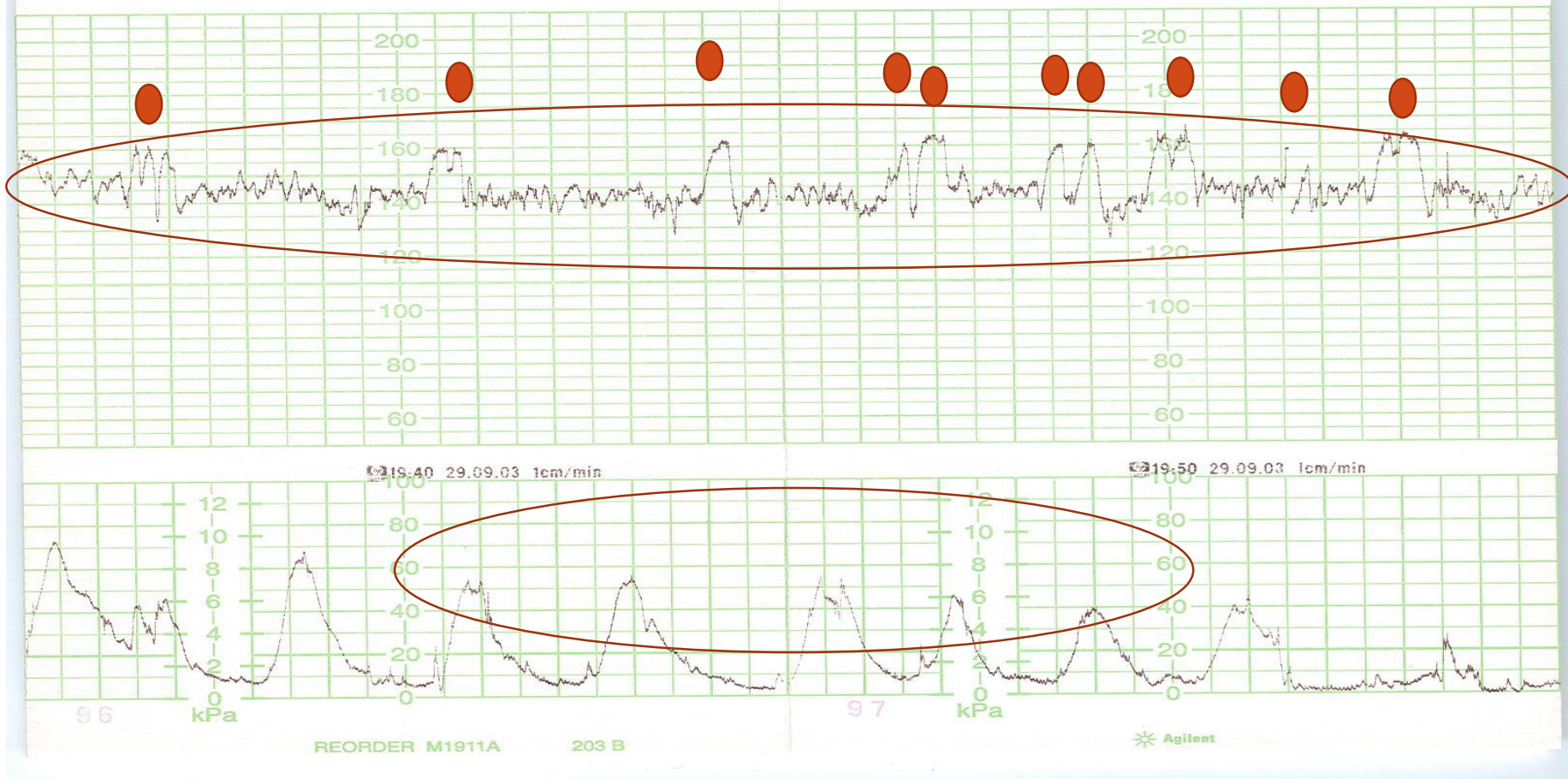
DU: 1-2/10

MEFI: III

Historia Clínica: Gestación de 43 semanas. Parto vaginal. Hembra de 2466 g.

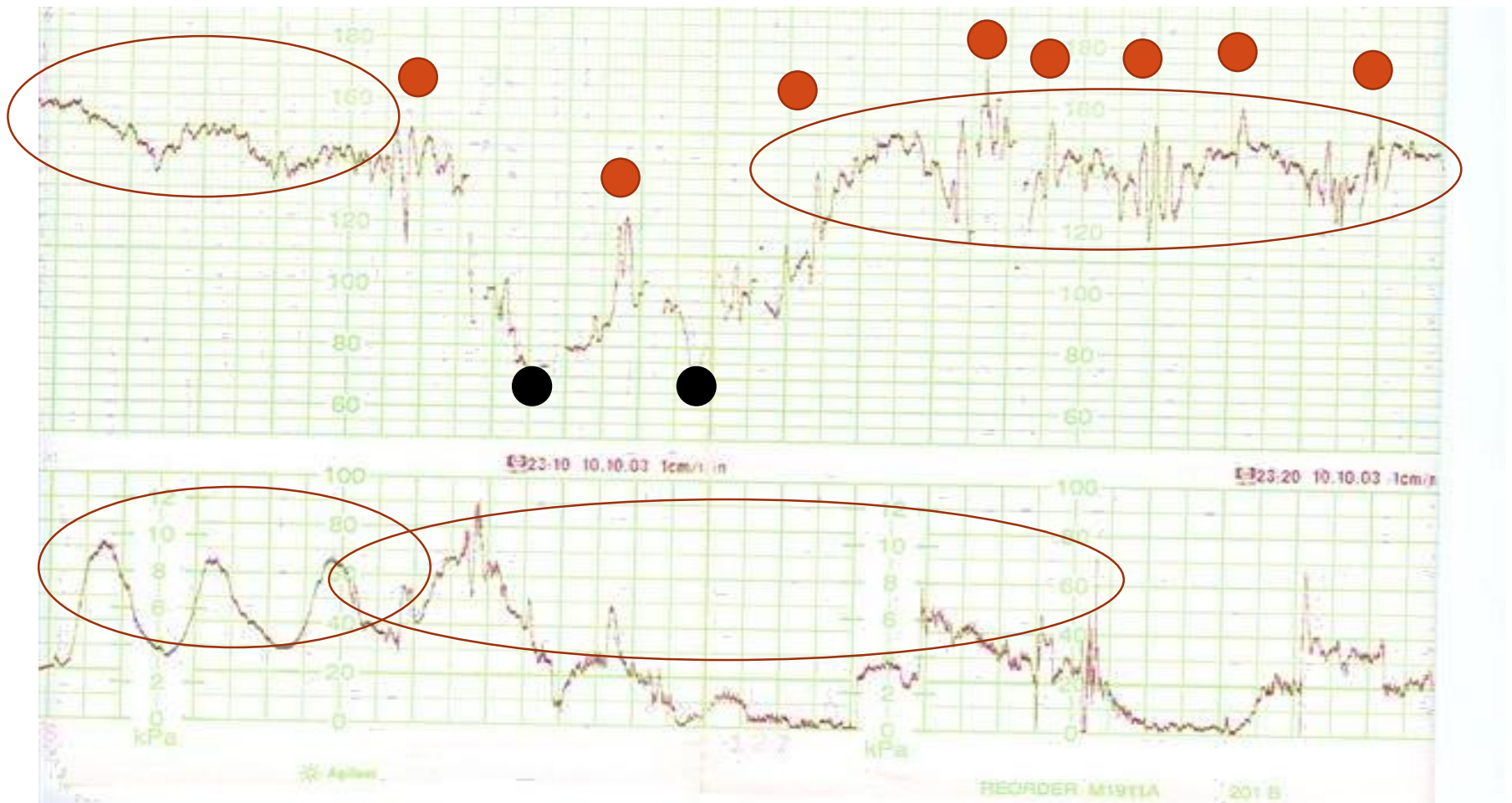
Apgar 8/9. Dos circulares de cordón al cuello.





**FCFB: 140 latidos por minuto**  
**Variabilidad: moderada**  
**Aceleraciones: presentes**  
**Desaceleraciones: ausentes**  
**DU: 5/10**  
**MEFI: I**





**FCFB: 130-140 latidos por minuto**

**Variabilidad: moderada en la primera parte luego marcada**

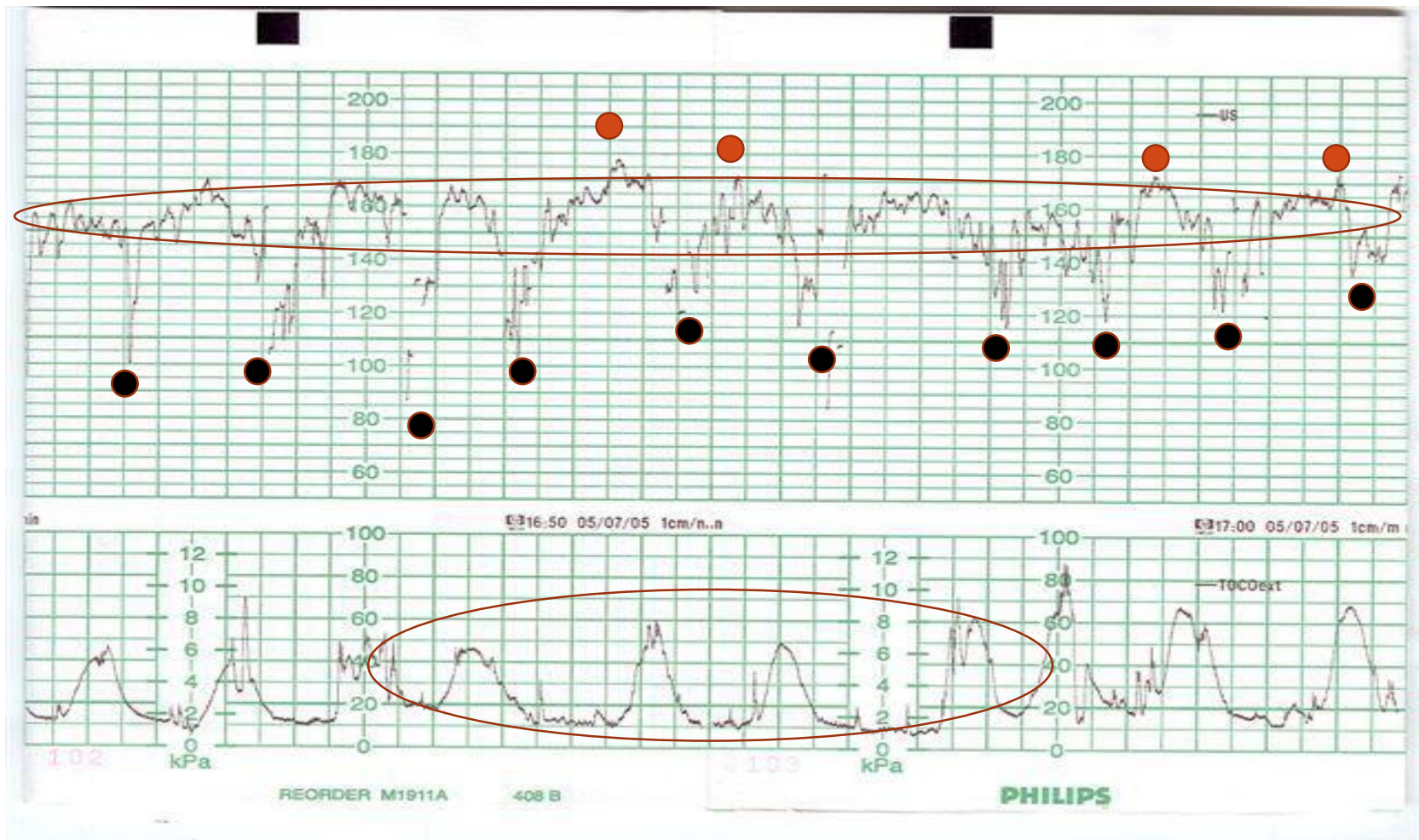
**Aceleraciones: presentes**

**Desaceleraciones: presentes, desaceleración variable compleja, prolongada.**

**DU: 2-3/10**

**MEFI: II**





FCFB: 160 latidos por minuto

Variabilidad: moderada

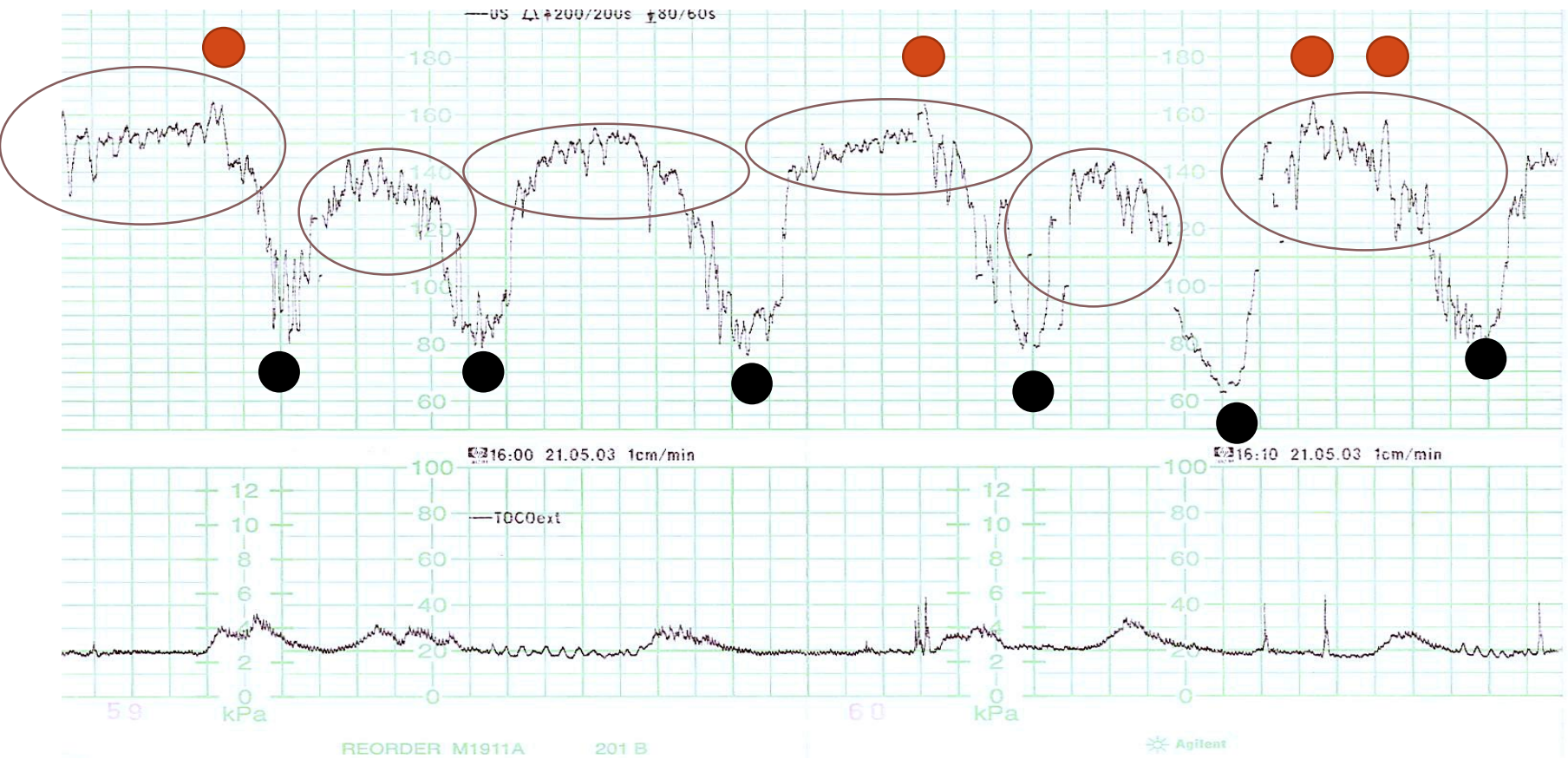
Aceleraciones: presentes

Desaceleraciones: presentes, tardías recurrentes

DU: 4/10

MEFI: II según evolución y acciones tomadas, puede pasar a III.





**FCFB: 140-150 latidos por minuto**

**Variabilidad: moderada**

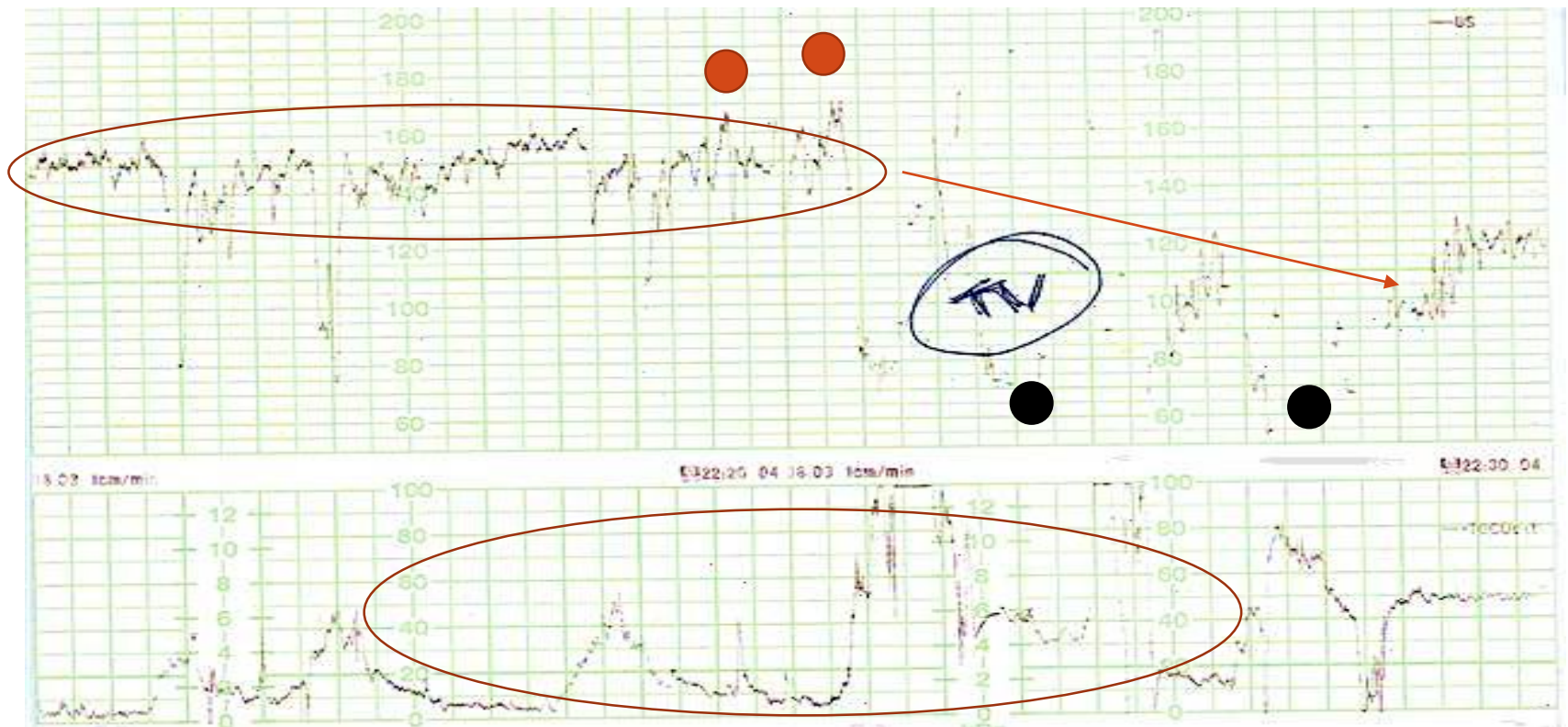
**Aceleraciones: presentes**

**Desaceleraciones: presentes, tardías recurrentes**

**DU: 4/10**

**MEFI: II según evolución y acciones tomadas, puede pasar a III.**





**FCFB: 150 latidos por minuto, luego de la desaceleración llega a 120 latidos minuto.**

**Variabilidad: moderada primeros 2/3 del trazado**

**Aceleraciones: presentes**

**Desaceleraciones: presentes, desaceleración variable compleja**

**DU: 2/10, incoordinadas**

**MEFI: II, si no recupera después de la RFI debería ser III**



# CONCLUSIÓN

- La mayor razón para la introducción de la cardiotocografía continua en la práctica clínica, fue el creer que reduce la mortalidad perinatal y el daño cerebral hipóxico.
- En la actual evidencia no hay hallazgos de significancia para estos aspectos.
- Hoy en día se considera que la parálisis cerebral es causada en la mayoría de los casos por eventos sucedidos anteparto más que intraparto.

Gallo, D. M. (2015). Monitorización electrónica fetal y medicina basada en las evidencias. Actualización. *Revista Colombiana Salud Libre*, 5(1).





**GRACIAS  
CONSULTAS EN  
EL FORO!!**

