



| | | | |
|--|--|----------|-------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Mayo, 2018 |
| | | Vigencia | Mayo, 2021 |
| | | | |

**PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN GINECOLOGIA
PROTOCOLO: PROLAPSO GENITAL**

| | | |
|---|---|---|
| Elaborado por: | Visado por: | Aprobado por: |
| Equipo de Gineco-Obstetras Equipo de Gestión Clínica de SSAS. | Subdirector Médico Dr Alban Cortes Lopez | Director de Servicio D Maria Cecilia Diaz Obando |
| Fecha: Junio 2018. | Fecha: Junio 2018. | Fecha: Junio 2018. |

| | | | |
|--|--|----------|-------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Mayo, 2018 |
| | | Vigencia | Mayo, 2021 |
| | | | |


**Fecha de Elaboración y revisión.
Elaborado: Mayo 2018.**

Participantes de la elaboración del Documento:

- .- Equipo de Gineco-Obstetras: Juan Muñoz Rojas
- .- Equipo de matronas: Andrea Bombín Brevis
- .- Medico APS. Carlos Figueroa Moreno
- .-Equipo de Gestión Clínica SSAS: Mg Claudia Navarro y Dr Jose Luis Calleja Rivero

Declaración de Conflicto de Interés


“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este protocolo”.

| | | | |
|--|--|----------|-------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Mayo, 2018 |
| | | Vigencia | Mayo, 2021 |
| | | | |

Índice

| | |
|---------------------------------|----|
| Fecha de Elaboración y Revisión | 2 |
| Autores y Comité Revisor | 2 |
| Conflicto de Intereses | 2 |
| Introducción | 4 |
| Mapas de Red | 4 |
| Objetivo | 5 |
| Población Objetivo | 5 |
| Ámbito de Aplicación | 5 |
| Definición o Glosario | 6 |
| Desarrollo | 6 |
| Flujograma. | 14 |
| Metodología de Evaluación. | 16 |
| Planes de Difusión. | 17 |
| Bibliografía | 19 |

Introducción:


| | | | |
|--|--|----------|-------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Mayo, 2018 |
| | | Vigencia | Mayo, 2021 |
| | | | |

La patología ginecológica es una causa frecuente de consulta en el nivel primario de atención. El equipo de salud a nivel primario habitualmente se ve enfrentado a tomar decisiones sobre el manejo clínico de pacientes con patología ginecológica, entre ellas, el prolapso genital a partir del conocimiento adquirido en sus estudios de pregrado y la experiencia clínica adquirida en la práctica profesional. Anualmente del total de interconsultas generadas en todos los establecimientos de la red, las de causas ginecológica constituyen el 15 % del total de toda la lista de espera de consulta y el 7% de la especialidad de la lista de espera quirúrgica en el Servicio de Salud Araucanía Sur. La mayoría de las patologías podrían manejarse en el nivel primario, al contar con un documento de orientación clínica que permita tomar decisiones informadas y resolver los problemas de salud prevalentes en su centro de salud, y referir al nivel secundario ambulatorio de especialidad aquellos problemas que, de acuerdo a sus características y evolución, requieren de la opinión profesional especializada del área. Además, en este proceso es de alta relevancia contar siempre con el documento formal de Contrarreferencia por parte del especialista, ya que ello también permite un mejor manejo a futuro.

Por lo anterior, se justifica el diseño del presente protocolo, que no sustituye a las guías clínicas y pretende contribuir a formalizar los procesos de manejo clínico y derivación en los casos de **Prolapso genital** en la Red.

Este documento fue elaborado siguiendo las pautas establecidas por el MINSAL en cuanto a los puntos que deben conformarlo, los cuales reúnen Introducción, mapas de red, objetivo, población, ámbito de aplicación, responsables, el proceso de distribución para llevar a cabo la implementación del mismo, y la metodología de evaluación. El desarrollo y flujograma del tema en sí, se basó en la mejor evidencia disponible (meta análisis y revisiones sistemáticas) en una búsqueda sistemática de la misma a través de bases electrónicas como Medline, Bireme, Guideline, Dare-HTA, usando las palabras claves en inglés y español: "**Pelvic Organ Prolapse**" AND "**Primary Health Care**", sumado a estudios que los expertos en el tema consideraban incorporar por su utilidad, para que finalmente y en base a GRADE como un método sistemático y explícito para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones, se resaltan las recomendaciones consideradas: "A Favor" de implementarse, en base a la evidencia, la experiencia de los involucrados y los recursos disponibles.

Mapas de Red

| | | | |
|--|--|----------|-------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Mayo, 2018 |
| | | Vigencia | Mayo, 2021 |
| | | | |

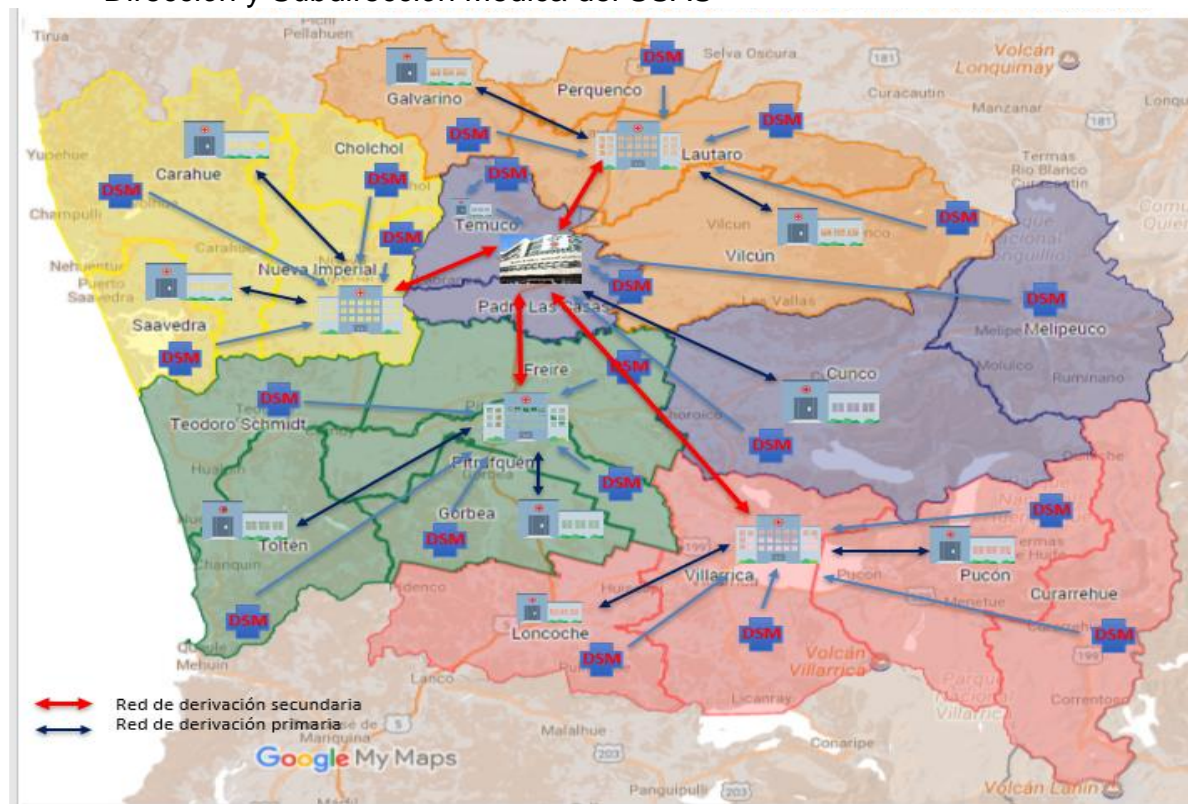
Participan los 197 establecimientos de la Región: 190 de nivel primario, 06 de atención secundaria y 01 (HHHA) de nivel terciario.

Nivel Primario:


- Dirección de Departamentos de Salud Municipal (DSM)
- Dirección de Hospitales de base Comunitaria y Nodo
- Dirección de Establecimientos Atención primaria Salud (CESFAM, CECOSF, Postas de Salud Rural y Estaciones Médicos Rurales)
- Box médico o Clínico de los distintos establecimientos
- Servicios de Urgencias (Servicio atención primaria Urgencia, servicio de Urgencia Rural)

Nivel Secundario:

- Unidad de Cirugía Vasculat de Hospitales Nodo y del HHA
- Dirección y Sub dirección Médica de Hospitales Nodo y del HHA
- Consultorios de Especialidades al HHA
- Dirección y Subdirección Medica del SSAS



Objetivo

| | | | |
|--|--|----------|-------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Mayo, 2018 |
| | | Vigencia | Mayo, 2021 |
| | | | |

Definir un sistema de referencia y contra referencia en la Red Asistencial de salud de pacientes portadoras de Prolapso Genital, para fortalecer la calidad de la atención, el uso de los recursos y optimizar la comunicación entre los diferentes niveles de atención.

Población Objetivo

Para la atención de todo paciente con Prolapso Genital, en todos los niveles de atención de salud de nuestra Red Asistencial, con énfasis en la APS.

Ámbito de Aplicación

Este protocolo deberá ser aplicado en todos los establecimientos de la Red Asistencial del Servicio de Salud Araucanía sur, y deberá estar en conocimiento de directores de establecimientos, Jefes de Servicio, así como jefes de Sector.

Dirigidas a Matrones (as), Médicos(as) Generales, de Familia o Especialistas del área de Gineco-Obstetricia, y otros profesionales del nivel primario y secundario de atención de la Red Asistencial del Servicio de Salud de la Araucanía Sur.

Responsables

De la Ejecución:


. -Profesionales: Matrones (as), Médicos(as) Generales, de Familia de la atención primaria serán los profesionales encargados de la sospecha de esta patología tanto en los controles de salud de la mujer como en consultas de morbilidad ginecológica. Los Médicos completarán la evaluación inicial y priorizarán los casos que requieren derivación a especialista. Los Médicos especialistas (ginecobstetras) definirán el manejo quirúrgico a realizar, así como los distintos centros de salud donde pueden ser atendidas las usuarias de acuerdo a la complejidad de su patología.

. -De los Deptos./Unidades encargadas:

Direcciones de establecimientos de atención primaria salud y hospitales de base comunitaria; Servicio de Gineco-Obstetricia de Hospitales Nodo y del HHA; Dirección y subdirección medica de Hospitales Nodo y del HHA; Dirección y Sub dirección médica del SSAS.

Definiciones o Glosario de términos

- APS: Atención Primaria en Salud
- CAE: Consultorio adosado de Especialidades
- CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar
- CESFAM: Centro de Salud familiar
- CIRA: Consejo Integrado de Red Asistencial
- FC: Ficha Clínica
- HHA: Hospital Hernán Henríquez Aravena.
- SIC: Solicitud de Interconsulta
- SOME: Servicio de orientación Médica estadístico.
- SSAS: Servicio de Salud Araucanía SUR

| | | | |
|--|--|----------|-------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Mayo, 2018 |
| | | Vigencia | Mayo, 2021 |
| | | | |

PROLAPSO GENITAL/ PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS: Descenso anormal de un órgano pélvico que da como resultado la protrusión del órgano más allá de sus confines anatómicos normales. Los síntomas a menudo incluyen malestar vaginal, dispareunia; incontinencia de esfuerzo urinario e incontinencia fecal.

Desarrollo

El prolapso genital es el descenso o desplazamiento de los órganos pélvicos, a través de la vagina. Se produce como consecuencia del fallo de sus elementos de suspensión y sustentación, y de la inervación y musculatura del sistema urinario e intestinal. Debe considerarse como una hernia visceral a través de un punto débil del piso pelviano (hiato urogenital), que puede generar una patología multisistémica con un enfoque multidisciplinario, constituyendo una parte importante de la disfunción del suelo pelviano.

Piso Pélvico:

El piso pélvico (diafragma perineal) es un conjunto de estructuras musculares y ligamentosas que soportan los órganos contenidos en la pelvis, como la uretra, vejiga, intestino delgado, recto, útero y vagina.

La pared vaginal anterior, junto a la pared vaginal posterior y cuerpo perineal, prestan soporte a: Uretra, vejiga y cuello uterino.

Por su parte la pared vaginal posterior distal impide el desplazamiento del recto y la pared vaginal posterior alta o proximal impide el desplazamiento del intestino delgado.


Patogenia

Es compleja y multifactorial. Pero en sí, todo se reúne en la pérdida del soporte fibromuscular de la región pélvica. El piso pélvico es un sistema dinámico y complejo que da soporte a las vísceras pélvicas y la vagina. El soporte del piso pélvico femenino depende de una serie de elementos que incluyen el aparato óseo, muscular, nervios. Sin embargo, se reconoce que una vez afectada la tonicidad y soporte del componente muscular, el rol más importante lo ejercerá la fascia endopélvica, la cual será sometida a tensión y puesta a prueba toda vez que el debilitamiento fibromuscular (superficial o profundo del periné) este comprometido.

En el desarrollo del prolapso de órganos pélvicos se describen varios factores:

Factores predisponentes: Constitucional, factores nutricionales, posible alteración del tejido conectivo, colagenopatías (Sind. Marfán, Ehlers-Danlos).

Factores favorecedores: Embarazo y parto. La prolongación del Segundo Período del Trabajo de Parto y la Macrosomía provocan daño neurológico del piso pélvico. Lo

| | | | |
|--|--|----------|-------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Mayo, 2018 |
| | | Vigencia | Mayo, 2021 |
| | | | |

Factores agravantes: Envejecimiento, obesidad, cirugía pélvica previa e incremento crónico de la presión abdominal. Tos crónica, obesidad, estitiquéz.

Sintomatología:

Habitualmente, las pacientes no presentan otra sintomatología, aunque pueden aparecer algunos de los siguientes síntomas:

- Dolor en el hemiabdomen inferior, región sacra o lumbar.
- Dificultad o dolor con las relaciones sexuales.
- Alteraciones urinarias debidas a la alteración del ángulo uretrovesical posterior. Puede aparecer incontinencia urinaria de esfuerzo, y en ocasiones puede ocurrir el fenómeno contrario, que puede llevar a cistitis de repetición.
- Alteraciones en la defecación: constipación y tenesmo.
- Puede aparecer incontinencia fecal cuando el prolapso de asocia a lesión del esfínter anal
- Hemorragia: generalmente debida a úlceras en el órgano prolapsado, suele ser escasa.
- En los casos de procidencia de todo el triángulo vesical, los uréteres son arrastrados y acodados pudiendo obstruirse y originar hidronefrosis y mayor tendencia a infecciones repetidas de las vías urinarias superiores. En casos extremos sin tratamiento puede llevar a Falla Renal.

Diagnóstico

Anamnesis: Buscando síntomas antes descritos y factores de riesgo.

Examen clínico general: se valorará el estado de salud y características de la marcha. Así mismo es importante calcular el índice de masa corporal, descartar patologías que puedan estar relacionadas con síntomas urinarios, enfermedades respiratorias, neurológicas, con especial atención a nivel lumbo-sacro, patologías colónicas o rectales.


Exploración abdominal:

Después del vaciado vesical, mediante palpación podremos evaluar la presencia vejiga palpable, de masas corporales o visceromegalias, distribución de la grasa corporal, cicatrices y diastasis de los músculos rectos abdominales.

Exploración neurológica:

Se divide en 4 partes.

- 1) El estado mental de la paciente, haciendo énfasis en el estado de conciencia, orientación, lenguaje y marcha.
- 2) La evaluación perineal para valorar la sensibilidad. Los segmentos S2-S4 inervan la vejiga, la uretra, el recto y el canal anal. Con la paciente en posición de litotomía, evaluaremos los dermatomas sacros S2-S4 y los miotomas inervados por S2-S4 lo que nos informará sobre la integridad de estos; con el extremo romo de un hisopo valoramos la sensibilidad perineal.

| | | | |
|--|--|----------|-------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Mayo, 2018 |
| | | Vigencia | Mayo, 2021 |
| | | | |

- 3) Evaluación de la función motora, el tono del musculo Pubocoxigeo. Se introducen los dedos medio e índice en la vagina, se separan 3 cm con una ligera flexión y se indica a la paciente que contraiga sobre los dedos valorando la tensión muscular. La evaluación del tono anal, se realiza mediante tacto rectal, analizando la resistencia a la penetración del dedo índice y durante la contracción voluntaria sobre el mismo.
- 4) Valoración de la integridad de los reflejos. El reflejo bulbocavernoso se realiza estimulando bilateralmente el área paraclitoroidea y observando la contracción involuntaria del ano. El reflejo perineal se evalúa de la misma forma estimulando la horquilla vulvar .

Exploración Vulvar:

La inspección de los genitales externos está dirigida a la localización de cicatrices, lesiones dermatológicas y/o signos de irritación, inflamación o atrofia.

Durante la exploración mediremos:

- *La distancia vulvoanal, desde el arco púbico hasta la horquilla posterior que mide aproximadamente de 4 a 6 cm. Esta medida nos permite valorar el hiato urogenital y la posibilidad de prolapso genital, grado de lesión del suelo pélvico.*
- *El cuerpo perineal, de la horquilla posterior al borde superior del esfínter anal externo, que es de 2 a 4 cm aproximadamente, y nos evalúa el espesor del tabique rectovaginal y la movilidad del cuerpo perineal.*

Exploración vaginal:


La exploración vaginal se realizará con la paciente en posición de litotomía.

- Inspección: Estará orientada a la detección cicatrices de episiotomía o con antecedente de cirugía vaginal, desgarros, signos de déficit estrogénico, presencia de secreciones anormales, fístulas, prolapso de la mucosa uretral o de carúncula uretral externa.
- Exploración: Valorar el grado de trofismo vaginal, la presencia de masas pélvicas por tacto bimanual. Capacidad vaginal, su tamaño, longitud y alteraciones de su eje. Evaluar los posibles defectos del sistema de sostén implicados en la continencia y en el soporte de los órganos pélvicos.

Exploración del prolapso:

Se realiza con maniobra de esfuerzo y por compartimentos. Para ello sugerimos que se aplique la valva posterior del espejulo primeramente sobre la pared vaginal posterior, así estaremos evaluando la pared vaginal anterior en reposo y en esfuerzo. Posteriormente haríamos la maniobra contraria para evaluar la pared vaginal posterior. Por último, observaríamos si hay un descenso del cuello cervical o la cúpula vaginal, con lo cual valoraríamos el soporte apical.

a) Prolapso de la pared vaginal anterior: Se explora a la paciente en posición genupectoral, deprimiendo con una valva la cara posterior de la vagina en sentido craneal.

| | | | |
|--|--|----------|-------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Mayo, 2018 |
| | | Vigencia | Mayo, 2021 |
| | | | |

b) Prolapso de cúpula vaginal: Con respecto al prolapso de la cúpula vaginal tras una histerectomía por debajo de la espina ciática es signo evidente de defecto de los mecanismos de suspensión, que se deberá diferenciar de elongaciones del cérvix.

c) Prolapso de pared vaginal posterior: Evaluaremos mediante tacto rectal la integridad y tono anal, si existe saco herniario con o sin contenido intestinal, la consistencia de las heces, etc. La exploración de compartimento posterior es muy similar al del anterior.

CLASIFICACIÓN (ver figura anexa)

El sistema de clasificación actual para hablar de los defectos del piso pélvico, es el sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), el cual es reproducible con un alto nivel de evidencia. La idea es estudiar a la paciente en posición de litotomía dorsal o decúbito lateral izquierdo, ayudándonos de un espéculo, se localizan unos puntos anatómicos de referencia con respecto al himen.


ESTADIO 0: No hay prolapso. Puede haber descenso fisiológico de hasta 1-2 cm.

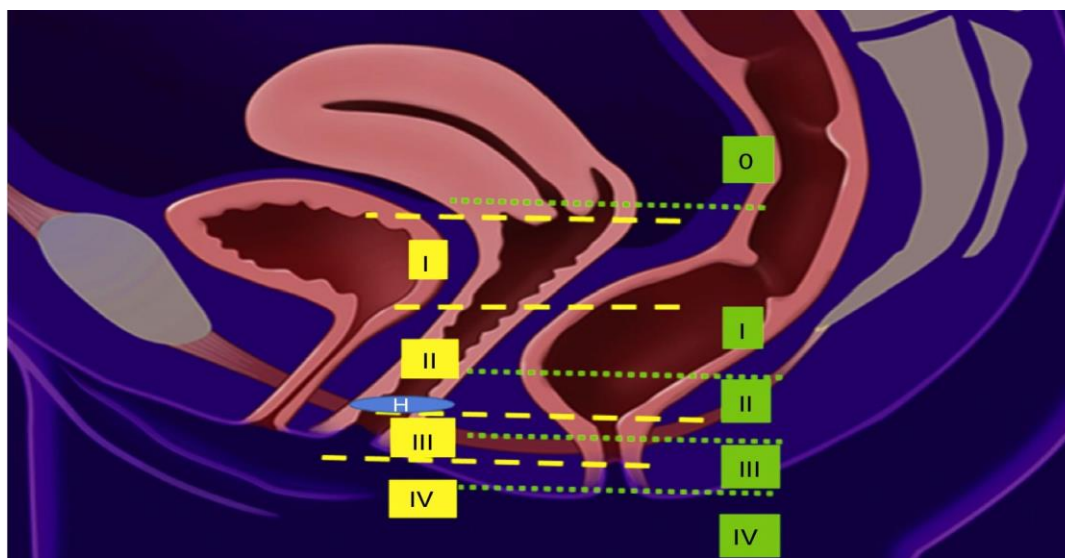
ESTADIO I: El punto que más desciende llega hasta menos de – 1 cm del himen.

ESTADIO II: La porción más distal del prolapso está entre – 1 y + 1 cm.

ESTADIO III: Entre + 1 cm protruyendo no más de 2 cm menos que la longitud vaginal total. .

ESTADIO IV: Prolapso genital completo. (Mayor a LVT-2 en forma positiva).

| | | | |
|--|------------------------|----------|-------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Mayo, 2018 |
| | | Vigencia | Mayo, 2021 |
| | Página 11 de 19 | | |



| | Clasificación de Baden-Walker | Pop - Q |
|-----------|--|---|
| Grado 0 | - | Sin prolapso |
| Grado I | Descenso entre la posición normal y las espinas ciáticas | Porción más distal del prolapso está > 1 cm. Por arriba del himen. |
| Grado II | Descenso entre las espinas ciáticas y el himen | Porción más distal del prolapso está menos de 1 cm proximal o distal del plano del himen. |
| Grado III | Descenso por fuera del himen | Porción más distal de prolapso está > de 1 cm por debajo del himen pero no más lejos de LVT menos 2 cm. |
| Grado IV | Prolapso total fuera del plano vulvar | Eversión completa o casi completa de vagina, porción' más distal del prolapso protruye > + (LVT - 2 cm) |


Defectos de acuerdo a niveles de suspensión:

1. Nivel I.- Defectos Apicales:

- a. Histerocele
- b. Prolapso de Cúpula vaginal

2. Nivel II y III.

- a. Defectos Anteriores.
 - i. Centrales: Cistocele c/s Uretrocele
 - ii. Transversos Proximales: Cistocele s/Uretrocele
 - iii. Transversos Distales: Uretrocele c/ IOE
 - iv. Paravaginales: gran Cistocele con Uretrocele e IOE.
- b. Defectos Posteriores

| | | | |
|--|--|----------|-------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Mayo, 2018 |
| | | Vigencia | Mayo, 2021 |
| | | | |

- i. Centrales y Transversos Distales: Rectocele
- ii. Transversos Proximales: Enterocele.
- iii. Paravaginales: gran Rectocele.

Tipo de Prolapso

| | |
|-------------------------|---|
| Compartimento anterior | Uretrocele Cistocele: central, lateral. Ambos: cistouretrocele |
| Compartimento medio | Prolapso uterino (histerocele). Prolapso de cúpula vaginal. Enterocele. |
| Compartimento posterior | Rectocele |

Clasificación de los Prolapsos

De acuerdo al descenso uterino se pueden clasificar como:

- Prolapso Genital Completo: si se acompaña de descenso del útero.
- Prolapso Genital Incompleto: si no se acompaña de descenso del útero.

Estudios complementarios:


- .- Toma de PAP
- .- Ecografía: evaluar volumen uterino, endometrio, anexos, medir volumen residual miccional y movilidad de unión uretrovesical
- .- Pielografía: en grandes cistoceles o procidencias genitales
- .- Urodinamia.

Tratamiento médico conservador

- ✓ Una vez diagnosticado un prolapso se puede optar por medidas conservadoras cuando éste no afecta a la calidad de vida, no produce clínica o si está contraindicada la cirugía.
- ✓ Eliminar o minimizar factores de riesgo.
- ✓ Ejercicios de Kegel para fortalecer la musculatura pélvica.
- ✓ Tratamiento hormonal local con estrógenos.
- ✓ Tratamiento mecánico mediante el uso de pesarios. En contraindicación o espera
- ✓ quirúrgica.

Tratamiento quirúrgico

El objetivo es obtener la satisfacción funcional de la paciente, restauración de la longitud y eje de la vagina, restablecimiento de la continencia urinaria y fecal, y obtención de resultados

| | | | |
|--|--|----------|-------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Mayo, 2018 |
| | | Vigencia | Mayo, 2021 |
| | | | |

duraderos. Estos objetivos no siempre son alcanzables y dependen en gran medida de las características de la paciente y de la presencia de factores de riesgo de recidiva.

La mayor parte de la cirugía correctora del prolapso pélvico se realiza por vía vaginal (son alternativas la vía abdominal abierta o laparoscópica), y en muchos casos incluye: Histerectomía Vaginal

- Colporrafia anterior (reparación anterior)
- Colporrafia posterior (reparación posterior o colpoperineoplastia).
- Asociadas o no a Sling Suburetral (TOT)
- IVS Posterior.
- Colpocleisis, cierre vaginal.

Criterios de derivación a Gineco-Obstetricia, mediante SIC:

La sospecha clínica se efectúa a nivel de atención primaria en controles de salud de la mujer y consultas de morbilidad por Matrones (as) y médicos generales, valorando:

- Magnitud del prolapso: Prolapsos Grado III a IV
- Sintomatología asociada atribuible al prolapso
- Incontinencia Urinaria.
- Signos clínicos de severidad

Basado en estos hallazgos el(la) Profesional Tratante en Atención primaria decidirá que pacientes continuaran con controles es este nivel y cuáles serán derivadas a los Policlínicos de Ginecología Nivel Secundario, en relación a su lugar de origen, para evaluación, priorización y eventual manejo quirúrgico, según complejidad.


Al ser derivada las pacientes deben remitirse con exámenes de evaluación preoperatoria, según riesgo anestésico:

- Exámenes: Hemograma, Tiempo de Protrombina(PT), Tiempo parcial de Tromboplastina (PTT), Orina Completa + Urocultivo, Glicemia, Creatinina.
- EKG: En > de 45 años
- Otros exámenes según patología asociada.

Desde los Hospitales Nodo todas las pacientes con riesgo anestésico mayor a ASA 3, deberán ser derivadas al Hospital Hernán Henríquez Aravena.

Priorización:

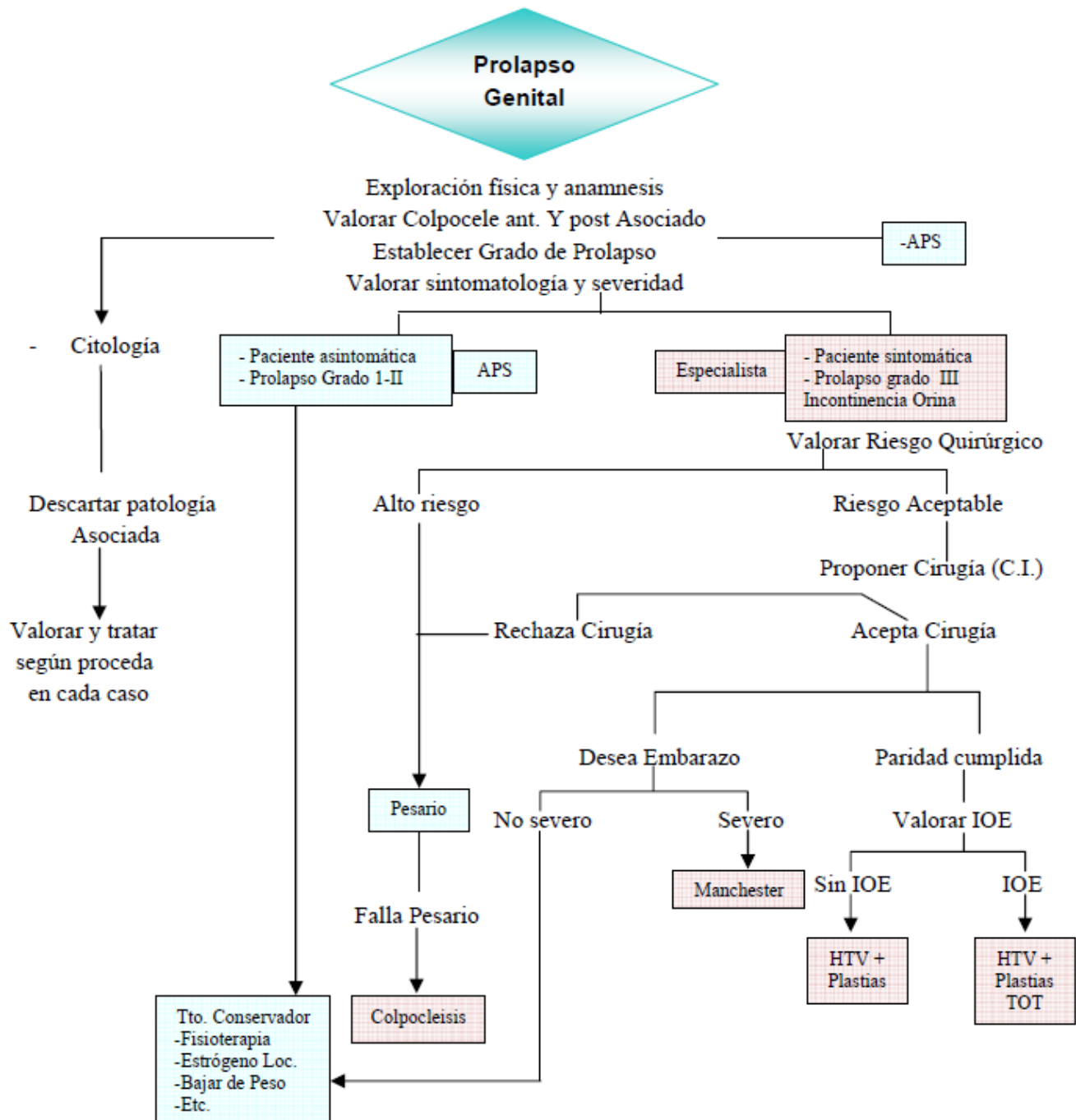
Recomendar prioritaria a las personas con Incontinencia Fecal, urinaria, obstrucción de vías urinarias-Hidronefrosis, deterioro de función renal por esta causa, hemorragia genital,


| | | | |
|--|--|----------|-------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Mayo, 2018 |
| | | Vigencia | Mayo, 2021 |
| | | | |

Contrarreferencia:

Los objetivos fundamentales de la APS serán: establecer el seguimiento de las pacientes y derivar en forma oportuna los casos que lo ameriten. Una vez establecida la indicación quirúrgica y realizada la intervención, el seguimiento del paciente deberá ser asumido de nuevo por APS una vez que el paciente tenga criterios de alta de la especialidad cumplidos. (Heridas operatorias cicatrizadas, sin hematomas, sin sangrado), no requiere de controles en especialidad.

Flujograma



| | | | |
|--|--|----------|-------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Mayo, 2018 |
| | | Vigencia | Mayo, 2021 |
| | | | |

Metodología de Evaluación

Responsable: Equipo de gestión Clínica SSAS

Periodicidad: Cortes del COMGES

Indicadores de proceso y Resultado a evaluar

| Dimensión | Indicador | Formula | Fuente de datos |
|-----------|--------------------------|---|-----------------------------|
| Proceso | Equipo Humano capacitado | $(\# \text{ de personas Capacitadas} / \# \text{ total de personal}) \times 100$ | Asistencia a capacitaciones |
| Proceso | Interconsultas Auditadas | $(\# \text{ de Interconsultas que cumplen protocolo HP} / \# \text{ total de Interconsultas}) \times 100 *$ | Registros Informáticos |
| Resultado | Tiempos de Espera | Diferencias entre los promedios en días obtenido en un periodo determinado comparado con la línea base.** | SIGTE |


*Formato Auditoría de Implementación de protocolos.

Mediante auditoría de fichas clínica en los establecimientos de la Red involucrados en la resolución del Protocolo a auditar.

Procedimiento:

1. Seleccionar los pacientes atendidos a nivel secundario con diagnóstico de las patologías protocolizadas, posterior a difusión de protocolos, de éstos se seleccionará una muestra representativa (según estadística)
2. Realizar revisión de: Ficha nivel Primario, Interconsulta y Ficha de Nivel secundario, de acuerdo a la siguiente pauta.

Presencia o no en la ficha de 3 elementos relevantes del protocolo para cada nivel de atención:

| | | | |
|--|--|----------|-------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Mayo, 2018 |
| | | Vigencia | Mayo, 2021 |
| | | | |

Ficha Nivel Primario:

Puntos

| | | |
|----|---|--|
| 1. | Antecedentes clínicos | |
| 2. | Criterio de referencia establecidos en el protocolo | |
| 3. | Diagnóstico de referencia | |

Interconsulta:

| | | |
|----|--|--|
| 1. | Datos completos del paciente | |
| 2. | Antecedentes Clínicos solicitados en Protocolo | |
| 3. | Diagnóstico de Referencia | |

Ficha nivel secundario:


| | | |
|----|--|--|
| 1. | Evaluación clínica | |
| 2. | Confirmación o Descarte de Diagnóstico | |
| 3. | Plan o indicaciones terapéuticas | |

Total: -----

Se considerará implementado cuando al menos cumple con un total de 6 puntos presentes y con 2 puntos en cada nivel para cada proceso de paciente auditado.

De todos los casos auditados por Protocolo se calculará el porcentaje de casos con evidencia de implementación del total de casos evaluados y se entregara en el siguiente formato.

| | Protocolo | % Implementación |
|---------------------|-----------|------------------|
| Especialidad | 1 | |
| | 2 | |
| Especialidad | 1 | |
| | 2 | |

| | | | |
|--|--|----------|-------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Mayo, 2018 |
| | | Vigencia | Mayo, 2021 |
| | | | |


****Medición de tiempos de resolución**

| Medición de tiempos de resolución a través de los siguientes Hitos | |
|--|---|
| Hito 1 | Fecha primera consulta de especialidad en Atención Secundaria. |
| Hito 2 | Fecha de alta de especialidad en Atención Secundaria. |
| Fórmula de Cálculo | $(\sum$ de los tiempos (en días) de resolución de la totalidad de los pacientes seleccionados en la muestra por patología protocolizada en el año t/ Total de pacientes seleccionados en la muestra del periodo a evaluar). |

| Especialidad | Protocolo | $(\sum$ de los tiempos (en días) de resolución de la totalidad de los pacientes seleccionados en la muestra por patología protocolizada en el año t/ Total de pacientes seleccionados en la muestra del periodo a evaluar). |
|--------------|-----------|---|
| | 1 | |
| | 2 | |
| | 3 | |
| | 1 | |
| | 2 | |
| | 3 | |

Plan de Difusión:

- . -Envió por correo electrónico en Formato digital a los responsables de la Ejecución del protocolo.
- . -Presentación y entrega a los responsables de los establecimientos.

| | | | |
|--|--|----------|-------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Mayo, 2018 |
| | | Vigencia | Mayo, 2021 |
| | | | |

Bibliografía

- Atkins D, et al; GRADE Working Group. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. BMC Health Serv Res. 2004; 4 (1): 38.
- Panman CM, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of pessary treatment compared with pelvic floor muscle training in older women with pelvic organ prolapse: 2-year follow-up of a randomized controlled trial in primary care. Menopause. 2016 Dec;23(12):1307-1318
- Dietz HP. Pelvic organ prolapse - a review. Aust Fam Physician. 2015. Jul;44(7):446-52. Review.
- Khavari R, et al. Pelvic Organ Prolapse in Female Patients Presenting to Transitional Urology Care Clinic. J Urol. 2015 Dec;194(6):1654-8. doi: 10.1016/j.juro.2015.07.086. Epub 2015 Jul 22.
- Wiegersma M, et al. Effect of pelvic floor muscle training compared with watchful waiting in older women with symptomatic mild pelvic organ prolapse: randomised controlled trial in primary care. BMJ. 2014 Dec 22;349:g7378. doi: 10.1136/bmj.g7378.
- Fritzingler KG, et al. Use of a pessary for the management of pelvic organ prolapse. Lippincotts Prim Care Pract. 1997 Sep-Oct;1(4):431-6.
- Wiegersma M, et al. Is the hymen a suitable cut-off point for clinically relevant pelvic organ prolapse? Maturitas. 2017 May;99:86-91. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.02.012. Epub 2017 Feb 24.
- Panman CM, et al. Predictors of unsuccessful pessary fitting in women with prolapse: a cross-sectional study in general practice. Int Urogynecol J. 2017 Feb;28(2):307-313. Doi 10.1007/s00192-016-3107-4. Epub 2016 Aug 15.
- O'Dell K, Pessary care: follow up and management of complications. Urol Nurs. 2012 May-Jun;32(3):126-36, 145; quiz 137. Review.
- Cooper J, et al. Prevalence of genital prolapse symptoms in primary care: a cross-sectional survey. Int Urogynecol J. 2015 Apr;26(4):505-10. doi: 10.1007/s00192-014-2556-x. Epub 2014
- Wood NJ. The use of vaginal pessaries for uterine prolapse. Nurse Pract. 1992 Jul;17(7):31, 35, 38.