



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL SSI
DEPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL SSI
DEPTO. ASESORIA JURIDICA SSI

RESOLUCIÓN EXENTA N° 1814 /

IQUIQUE, 31 MAYO 2018

VISTOS:

Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 01 del año 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, publicado en el Diario Oficial del 17/11/2001, que fija el texto refundido y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; D.F.L N° 01/2005 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes Nros. 18.933 y 18.469; artículo 9 del decreto N° 140, de 2004, del Ministerio de Salud que aprobó el Reglamento de los Servicios de Salud; Resolución 1600/2008 de la Contraloría General de la República; Decreto N° 38/2018, del Ministerio de Salud; resolución N° 625/64/2017, del Servicio de Salud Iquique; Protocolos resolutivos en Red que a continuación se consignan:

*	Patología	Fecha Elaboración
Ginecología y obstetricia	Cáncer de mama Climaterio Diabetes gestacional Metrorragia del embarazo Mortalidad perinatal previa Prolapso genital Puerperio adolescente Síndrome ovario poliquístico	Mayo 2018 Mayo 2018 Mayo 2018 Mayo 2018 Mayo 2018 Abril 2018 Mayo 2018 Abril 2018
Cirugía	Cáncer gástrico Colelitiasis Hernia de pared abdominal	Diciembre 2017 Mayo 2018 Diciembre 2017
Neurología infantil	Trastorno del espectro autista (TEA)	Noviembre 2017
Pediatría	Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención (NANEAS)	Marzo 2018
Endocrinología	Consultorías y teleasistencia endocrinología	Marzo 2018

CONSIDERANDO:

1.- Que, el objetivo de los Protocolos Resolutivos en Red es fortalecer el trabajo y coordinación entre los distintos componentes de la Red Asistencial, estableciendo reglas y protocolos, para mejorar la pertinencia diagnóstica, la resolutiveidad en los distintos niveles y aumentar el número de altas en la especialidad.

2.- Que, se debe mejorar la integración y coordinación de los distintos niveles de atención de la Red Asistencial, primaria, secundaria y terciaria.

3.- Que, por necesidad de servicio se han generado nuevos Protocolos de Referencia y Contrarreferencia, con formato actualizado a los Protocolos Resolutivos en Red.

RESUELVO:

1° **Apruébense** los Protocolos Resolutivos en Red; actualizados, elaborados y aprobados por el Consejo Integrador de la Red Asistencial, que se detallan a continuación.

*	Patología	Fecha Elaboración
Ginecología y obstetricia	Cáncer de mama Climaterio Diabetes gestacional Metrorragia del embarazo Mortalidad perinatal previa Prolapso genital Puerperio adolescente Síndrome ovario poliquístico	Mayo 2018 Mayo 2018 Mayo 2018 Mayo 2018 Mayo 2018 Abril 2018 Mayo 2018 Abril 2018
Cirugía	Cáncer gástrico Colelitiasis Hernia de pared abdominal	Diciembre 2017 Mayo 2018 Diciembre 2017
Neurología infantil	Trastorno del espectro autista (TEA)	Noviembre 2017
Pediatria	Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención (NANEAS)	Marzo 2018
Endocrinología	Consultorías y teleasistencia endocrinología	Marzo 2018


2° Los protocolos descritos anteriormente se adjuntan a la presente Resolución y se entienden que forman parte integrante de ella y constan del siguiente número de páginas por protocolo:

- Cáncer de mama (15 pág.), climaterio (20 pág.), diabetes gestacional (23 pág.), metrorragia del embarazo (25 pág.), mortalidad perinatal previa (10 pág.), prolapso genital (17 pág.), puerperio adolescente (26 pág.), síndrome de ovario poliquístico (12 pág.), cáncer gástrico (13 pág.), colelitiasis (12 pág.), hernia de pared abdominal (11 pág.), trastorno del espectro autista (18 pág.), niños y adolescentes con necesidades especiales de atención "NANEAS" (15 pág.), consultorías y teleasistencia endocrinología (20 pág.).

3° El uso de estos protocolos será de carácter oficial y tendrán vigencia a partir del 31 de mayo del 2018, a fin de realizar la difusión de los protocolos que por este acto se aprueben.

4° Los protocolos tendrán una vigencia de 3 años, es decir 2017-2020 para los protocolos elaborados año 2017 y 2018- 2021 para los protocolos elaborados el año 2018 y deberán actualizarse al finalizar la vigencia.

NOTIF. COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.



PATRICIA QUINTARD ROJAS
DIRECTORA (S)
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

2º Los protocolos descritos anteriormente se adjuntan a la presente Resolución y se entienden que forman parte integrante de ella y constan del siguiente número de páginas por protocolo:

- Cáncer de mama (15 pág.), climaterio (20 pág.), diabetes gestacional (23 pág.), metrorragia del embarazo (25 pág.), mortalidad perinatal previa (10 pág.), prolapso genital (17 pág.), puerperio adolescente (26 pág.), síndrome de ovario poliquístico (12 pág.), cáncer gástrico (13 pág.), colelitiasis (12 pág.), hernia de pared abdominal (11 pág.), trastorno del espectro autista (18 pág.), niños y adolescentes con necesidades especiales de atención "NANEAS" (15 pág.), consultorías y teleasistencia endocrinología (20 pág.).

3º El uso de estos protocolos será de carácter oficial y tendrán vigencia a partir del 31 de mayo del 2018, a fin de realizar la difusión de los protocolos que por este acto se aprueben.

4º Los protocolos tendrán una vigencia de 3 años, es decir 2017-2020 para los protocolos elaborados año 2017 y 2018- 2021 para los protocolos elaborados el año 2018 y deberán actualizarse al finalizar la vigencia.



NOTIFICO, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.

PATRICIA QUINTARD ROJAS
DIRECTORA (S)
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

PQR/JOT/CCV/CHD/TFE/YKA/PLS



LO QUE TRANSCRIBO PARA SU CONOCIMIENTO

SANDRA SEPULVEDA BADILLA
MINISTRO DE FE (S)

DISTRIBUCIÓN:

- @ Dirección Servicio Salud Iquique
- @ Dirección Hospital Iquique
- @ Dirección CESFAM Héctor Reyno
- @ Subdirección de Gestión Asistencial SSI
- @ Depto. Planificación y Control SSI
- @ Encargada R y CR SSI

- direccion.ssi@redsalud.gov.cl
- direccionhospitaliquique@gmail.com
- fanny.gomezcoello@redsalud.gov.cl
- aps.ssi@redsalud.gov.cl
- sdga.ssi@redsalud.gov.cl
- carolina.perez@redsalud.gov.cl
- planificacion.ssi@redsalud.gov.cl
- paloma.ly@redsalud.gov.cl

Departamento Salud Comunas

- @ Comuna de Pica
- @ Comuna de Huará
- @ Comuna de Camiña
- @ Comuna Pozo Almonte
- @ Comuna Colchane
- @ Comuna Alto Hospicio
- @ Comuna de Iquique
- Oficina de Partes SSI.

- biara@saludpica.cl
- lada.desamu.imh@gmail.com
- magdadeptosalud@gmail.com
- david.zambrano@cornudespa.cl
- m.castro091@gmail.com
- e.gamero@mahosalud.cl
- veronica.moreno@cornudesi.cl



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA CÁNCER DE MAMA

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE 2018 – 2021

<p>Elaborado Por:</p> <p style="text-align: center;"> Dr. Andres Platero Médico Gineco- Obstetra Hospital Ernesto Torres Galdames </p> <p style="text-align: center;"> Dr. Rodrigo Gurrea M. Médico EDF P.S.R. La Tirana </p> <p style="text-align: center;"> Dr. Jaime Bravo M. Médico EDF CESFAM Cirujano Aguirre </p>	<p>Revisado Por:</p> <p style="text-align: center;"> Dra. Paloma Ly Sánchez Médico EDF Encargado R y CR Servicio de Salud Iquique </p> <p style="text-align: center;"> Yuki Kusunoki A. Departamento de calidad Servicio de Salud Iquique </p> <p style="text-align: center;"> Mt. Alejandra Aranibar M. Encargada (s) programa Salud de la Mujer Servicio de Salud Iquique </p>	<p>Aprobado Por:</p> <p style="text-align: center;"> Patricia Quintard Rojas Directora(s) Servicio de Salud Iquique </p>
<p>Fecha elaboración:</p> <p>Mayo 2018</p>	<p>Fecha revisión:</p> <p>Mayo 2018</p>	<p>Fecha próxima revisión:</p> <p>Mayo 2021</p>



PROTOCOLO RYCR
CÁNCER DE MAMA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 2 de 15

Vigencia: 3 años

INDICE

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES	3
INTRODUCCIÓN.....	3
MAPA DE RED.....	4
OBJETIVOS	4
ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN	5
RESPONSABLES	5
POBLACIÓN OBJETIVO	6
DEFINICIONES	7
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO	10
INDICADOR	13
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN	13
PLAN DE DIFUSION	14
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	15



PROTOCOLO RYCR
CÁNCER DE MAMA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 3 de 15

Vigencia: 3 años

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.

Los autores no declaran conflicto de interés al momento de la confección del presente protocolo.

2. INTRODUCCIÓN.

El cáncer de mama es una enfermedad con incidencia creciente, que lo ha convertido en la principal causa de muerte por Cáncer en Mujeres en Chile desde 2012. Su incidencia ha ido en aumento a nivel mundial, principalmente por el mayor conocimiento de su fisiopatología, la descripción de los factores de riesgo asociado y los programas de screening desarrollados. Los tipos histológicos de mayor frecuencia son el carcinoma ductal y el carcinoma lobulillar. El 90% de las pacientes con Cáncer de Mama no tienen asociación Genética.

Chile presente una tasa de mortalidad estandarizada por edad de 15,1 por 100.000 mujeres/año y de incidencia de 46 por 100.000/ año. Se estima que 1 de cada 8 mujeres desarrollaran un Cáncer de Mama en su vida.

Es en este contexto es que se decide insertar esta patología en las que cuentan con Garantías Explícitas en Salud (G.E.S.) en el año 2006.



PROTOCOLO RYCR
CÁNCER DE MAMA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 4 de 15

Vigencia: 3 años

3. MAPA DE RED.



4. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

- Establecer un flujograma de derivación de pacientes con sospecha fundada de Cáncer de Mama, que facilite la coordinación entre el nivel primario y secundario de atención en salud de la red.
- Entregar criterios de referencia concretos para ser utilizados por los médicos de atención primaria
- Contar con herramientas diagnósticas adecuadas y completas, que permitan alcanzar el nivel de pertinencia óptimo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar criterios de derivación oportuna frente a usuarios con sospecha de cáncer de mama.
- Ejecutar los métodos de screening poblacional, asegurados por GES y gestionar convenios de atención con privados para implementar



PROTOCOLO RYCR
CÁNCER DE MAMA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 5 de 15

Vigencia: 3 años

screening poblacional según recomendación de las sociedades científicas.

5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario, de la Red del Servicio de Salud Iquique, que incluye: Postas de salud rurales (PSR), Consultorio General Rural (CGR), **Centros de Salud Familiar (CESFAM)** y Consultorio Adosado de Especialidades de Hospital Dr. Ernesto Torres Galdámez (CAE – HETG).

6. RESPONSABLES.

RESPONSABLES DE SU EJECUCION

- Médico o matrona de APS es responsable de pesquisar y derivar de forma oportuna a las usuarias que requieran de estudio y manejo por especialista.
- Médico Gineco-obstetra (UPM) es responsable de realizar estudio diagnóstico e iniciar tratamiento y seguimiento, según corresponda.
- Médico Gineco-obstetra es responsable de realizar la contrarreferencia a APS (cuando corresponda).



PROTOCOLO RYCR
CÁNCER DE MAMA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 6 de 15

Vigencia: 3 años

RESPONSABLE DE EVALUACION Y MONITOREO

- Matrona de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación a nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.
- Encargados de GES de HETG y SSI, serán responsables de evaluar cumplimiento GES.

7. POBLACIÓN OBJETIVO.

El siguiente protocolo va dirigido a pacientes de ambos sexos, con énfasis en mujeres que cumplan los criterios diagnósticos definidos en éste documento.



PROCOLO RYCR
CÁNCER DE MAMA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 7 de 15

Vigencia: 3 años

**Tabla N°1 Clasificación BI-RADS
(Colegio Americano de Radiólogos)**

CLASIFICACIÓN BI-RADS	SIGNIFICADO
BI-RADS 0	No Concluyente. Necesita Evaluación adicional
BI-RADS 1	Mama Normal
BI-RADS 2	Hallazgos benignos
BI-RADS 3	Hallazgos probablemente benignos
BI-RADS 4	Hallazgos anormales sospechosos de malignidad
BI-RADS 5	Hallazgos altamente sugerentes de malignidad
BI-RADS 6	Hallazgos conocidos de malignidad

8.- CUADRO CLÍNICO

En esta patología es cardinal entender que en estadios iniciales no tiene síntomas y el examen físico puede ser normal.

Es por lo que la toma de la mamografía como examen de tamizaje es la piedra angular del diagnóstico precoz de esta patología.

En relación a la aproximación clínica, en la anamnesis es necesario indagar dirigidamente la presencia factores de riesgo, estos los podemos agrupar en mayores y menores, según esto tenemos los siguientes:

Factores de Riesgo Mayor

- Mutaciones Genéticas: Portadores de mutaciones de alta penetrancia en los genes BRCA 1 y BRCA 2, además de otras mutaciones en otros genes, aún desconocidos.



PROTOCOLO RYCR
CÁNCER DE MAMA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 8 de 15

Vigencia: 3 años

- Historia Familiar: Familiares de 1° y 2° grado con cáncer de mama bilateral; cáncer mamario antes de los 50 años sin mutaciones demostradas; familiares con cáncer de mama en dos generaciones; cáncer de mama y ovario; familiar varón con cáncer de mama.
- Radioterapia: Radioterapia de tórax antes de los 30 años por cáncer, usualmente de origen linfático.
- Antecedente de lesiones histopatológicas precursoras: Hiperplasias atípicas, neoplasia lobulillar in situ y atipia plana.
- Antecedente personal de cáncer de mama: En mujeres mayores de 40 años con antecedentes personales de cáncer de mama, el riesgo relativo de un nuevo cáncer fluctúa entre 1.7 y 4.5. Si la mujer es menor de 40 años el riesgo relativo se eleva a 8.0.
- Densidad mamográfica aumentada (controversial): El aumento de la densidad mamográfica ha sido identificada como factor de riesgo de cáncer en diferentes poblaciones. Sin embargo aún faltan ensayo clínicos prospectivos para definir el grado de riesgo.



PROCOLO RYCR
CÁNCER DE MAMA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 9 de 15

Vigencia: 3 años

Factor de Riesgo Menor

- Edad: Como factor de riesgo aislado es muy importante. A mayor edad, mayor es el riesgo. La incidencia de cáncer de mama a los 80-85 años es 15 veces mayor que a los 30-35. Más de los 60 años se considera de alto riesgo.
- Historia Familiar: Historia Familiar en pacientes de 1°, 2° o 3° grado, después de los 60 años.
- Factores reproductivos: Menarquia precoz y menopausia tardía. Nuliparidad y primer parto después de los 30 años.
- Enfermedades Mamarias Benignas proliferativas: Adenosis esclerosantes, lesiones esclerosantes radiales y complejas, hiperplasia epitelial ductal florida, lesiones papilares y fibroadenomas complejos.
- Sobrepeso después de la menopausia: Existe relación entre Índice Masa Corporal (IMC) elevado y riesgo de cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas. El riesgo relativo es 1.26 con IMC sobre 21.
- Ingesta crónica de alcohol: La ingesta de alcohol produce un aumento del 7% de riesgo de cáncer de mama por cada 10 gr. De alcohol adicional consumido diariamente.
- Terapia de restricción hormonal: El aumento del riesgo de cáncer de mama con el uso de terapias de restitución hormonal ha variado en el



PROCOLO RYCR
CÁNCER DE MAMA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 10 de 15

Vigencia: 3 años

transcurso de los últimos años de acuerdo a los diferentes preparados estudiados.

Además de la búsqueda de estos factores, es necesario precisar el motivo de consulta, en estos podemos tener; masa palpable, cambio de coloración y características de la piel (retracción cutánea, inflamación tipo “piel de naranja” y descarga por el pezón (serosa o hemática).

Al examen físico es necesario determinar la presencia o ausencia de tumoración, su tamaño, consistencia, adherencia a planos profundos y su posición (según los cuadrantes de la mama). Es necesario revisar dirigidamente la presencia de adenopatías axilares.

9.- DESARROLLO.

9.1. Conducta a seguir por parte del Médico/Matrona APS:

- Evaluación clínica completa, solicitud de **mamografía anual para tamizaje a toda paciente mayor de 40 años** o en caso de sospecha clínica.
- Evaluación Clínica Mamaria a toda paciente en su primer control de embarazo.
- **Ante sospecha clínica** en pacientes menores de 35 años, solicitar Ecografía Mamaria. Entre 35 y 40 años, solicitar inicialmente Mamografía.
- Confección de la Interconsulta con la información requerida según lo señalado en este protocolo (punto 7.3).



PROTOCOLO RYCR
CÁNCER DE MAMA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 11 de 15

Vigencia: 3 años

9.2 Criterios de Derivación a UPM

- **Toda paciente con Sospecha Clínica de Cáncer de Mama: Tumor palpable, Retracción o Ulcera de piel, Descarga serosa o hemática por Pezón, Edema y Eccema de piel de Complejo Areola-Pezón, Proceso Inflamatorio Persistente o Recurrente a pesar de Tratamiento Médico adecuado, Adenopatías Axilares sin causa aparente.**
- Toda paciente con Mamografía informada como Birads 3-4-5
- Toda paciente con Ecografía Mamaria informada como Birads US 3-4-5
- Toda paciente con Diagnóstico confirmado de Cáncer de Mama o Lesión Precursora (Hiperplasia Ductal Atípica, Atipia Plana, Neoplasia Lobulillar In Situ)
- Todo/a paciente que presente cuadro clínico de Patología Mamaria Benigna que requiera Manejo Quirúrgico (previo estudio imagenológico de rigor según edad) tales como: Gigantomastia, Hipoplasia Mamaria, Mamas Axilares, Polimastia, Ginecomastia (Hombres).

Cabe hacer notar, que toda Mamografía informada como **Birads 0**, deberán completar su estudio correspondiente con Proyecciones complementarias (Magnificación o Compresión Focalizada) o Ecografía Mamaria, según corresponda, **en el centro derivador** o a través del convenio pertinente. Según resultado de este, derivar acorde a los criterios mencionados previamente.

9.3 Documentos emitidos por el médico tratante de APS:

El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) indicando sospecha GES, si corresponde, a la Unidad de Patología Mamaria, que contenga:



PROCOLO RYCR
CÁNCER DE MAMA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 12 de 15

Vigencia: 3 años

- Datos del paciente (nombre, Rut, edad).
- Anamnesis pertinente. Paridad, Método anticonceptivo o Tratamiento Hormonal de Reemplazo.
- Hallazgos del examen físico pertinentes.
- Hipótesis diagnóstica.
- Exámenes y sus resultados (hoja impresa o fotocopia adjunta).
- Nombre, Rut, firma, timbre del profesional.

9.4. Conducta a seguir por parte del médico especialista:

- Evaluación clínica completa.
- Determinar necesidad de exámenes complementarios ya sea imagenológicos o histológicos.
- Establecer diagnóstico.
- Notificación GES.
- Clasificación del tipo de cáncer.
- Indicar tratamiento más apropiado y/o conducta a seguir.
- Definir seguimiento.

9.5. Contra-referencia:

- El médico especialista contra referirá a aquellos pacientes sin criterio de manejo en nivel secundario, habiéndose descartado patología que requiera de manejo hospitalizado.
- Todo paciente evaluado en la atención secundaria, debe ser referido por el médico especialista, mediante el Formulario de Contrarreferencia, el cual debe contener: diagnóstico definitivo,



PROTOCOLO RYCR
CÁNCER DE MAMA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 13 de 15

Vigencia: 3 años

exámenes realizados y resultados, indicaciones de tratamiento, próximos controles en APS y/o nivel secundario, según corresponda. Siempre señalando nombre, Rut, timbre y firma del médico tratante.

9.6. Tiempos de resolución:

- 45 días para la evaluación por especialista y la confirmación diagnóstica, desde la fecha de S.I.C. con mamografía sospechosa o condición clínica que no requiera de este examen.
- 45 días para la etapificación desde la confirmación diagnóstica.
- 30 días para el tratamiento primario desde la confirmación diagnóstica.
- 20 días para tratamiento complementario, desde la indicación médica

10. INDICADOR.

Numerador: N° total de garantías GES cumplidas dentro de los plazos establecidos, de pacientes con sospecha de cáncer de mama

Denominador: N° total de pacientes derivados con sospecha GES de cáncer de mama a UPM

11. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.

- Médico interfase del servicio de U.P.M del Hospital Ernesto Torres Galdames.
- Encargada del programa de Salud de la Mujer del Servicio de Salud de Iquique.



PROCOLO RYCR
CÁNCER DE MAMA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 14 de 15

Vigencia: 3 años

- Referente de referencia y contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique

12. PLAN DE DIFUSION

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta.

Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del servicio de salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizara una primera reunión con médicos interfase de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Se realizara una nueva revisión y actualización del protocolo en mayo 2021.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.



PROTOCOLO RYCR
CÁNCER DE MAMA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 15 de 15

Vigencia: 3 años

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Guías Clínicas AUGE, Cáncer de Mama, Noviembre de 2015.
- 2.- Evaluación cuantitativa del riesgo de cáncer de mama, Gómez D. Fernando, Rev. Med. Clin. Condes-2006; 17(4): 149.63.
- 3.- Sánchez R, Cesar, Bakal I, Federico, Camus A, Mauricio, & Besa de C, Pelayo. (2013). Cáncer de mama en mujeres adultas mayores, características clínicas e histopatológicas y resultados del tratamiento con intención curativa. *Revista médica de Chile*, 141(12), 1534-1540. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001200006>
- 4.- Serra C, Iván. (2011). Cáncer de mama en Chile: pasado, presente y futuro. *Revista chilena de cirugía*, 63(6), 553-556. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262011000600001>
- 5.- Ibáñez R, Gladys, Calderón G, María Elsa, & Márquez Z, Domingo. (2011). Cáncer de mama en hombres: Situación actual a nivel mundial y nacional. *Revista chilena de cirugía*, 63(1), 95-101. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262011000100018>
- 6.- C. Alvarez Hernández, P. Vich Pérez, B. Brusint, C. Cuadrado Rouco, N. Díaz García, L. Robles Díaz. Actualización del cáncer de mama en atención Primaria. *Semergen* 2014;40:460-72



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED

“CLIMATERIO”

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE 2018 – 2021

<p>Elaborado Por:</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Edison Mera Médico Gineco-Obstetra Hospital Ernesto Torres Galdames</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. Miranda Iñigo V Medico EDF Posta Moquella</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Joaquín Fariás Valdés Medico EDF CGR Huara</p>	<p>Revisado Por:</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. Paloma Ly Sánchez Medico EDF Servicio Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> Mt. Alejandra Aranibar M. Encargada (s) programa de la Mujer Servicio Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> Patricia Quintard Rojas Directora (s) Servicio Salud Iquique</p>	<p>Aprobado Por:</p> <p><i>[Signature]</i> Patricia Quintard Rojas Directora (s) Servicio Salud Iquique</p>
<p>Fecha elaboración: Mayo 2018</p>	<p>Fecha revisión: Mayo 2018</p>	<p>Fecha próxima revisión: Mayo 2021</p>



PROTOCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 2 de 20

Vigencia: 3 años

INDICE

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES	3
INTRODUCCIÓN	3
MAPA DE RED.....	3
OBJETIVOS	4
ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN	4
RESPONSABLES	5
POBLACIÓN OBJETIVO	6
DEFINICIONES	6
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO.....	8
INDICADOR	17
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN	17
PLAN DE DIFUSION.....	17
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	18
FLUJOGRAMA.....	19
ANEXOS.....	20



PROTOCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 3 de 20

Vigencia: 3 años

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.

No se declara conflictos de interés de los autores ni los revisores del siguiente Protocolo.

2. INTRODUCCIÓN.

En Chile al año 2015 existían más de dos millones de mujeres mayores de 45 años que con el aumento de las expectativas de vida de la población se espera que esta cifra vaya en ascenso. Gracias a esto existirá un aumento progresivo de mujeres que alcance el climaterio, con un consecuente deterioro importante en su calidad de vida.

En la perimenopausia la mujer se ve afectada tanto en el área biológica, así como también psicológica y social, por lo que el impacto en su salud es global. Es por esto que se requiere un manejo integral responsable de la atención primaria de salud ya que esta constituye el primer espacio adecuado para abordar la problemática.

La finalidad del presente protocolo es permitir identificar y estratificar la afectación de la calidad de vida de las mujeres en esta etapa, así como también establecer su riesgo cardiovascular, riesgo de osteoporosis u otras enfermedades crónicas, para así instaurar el manejo más adecuado para cada una de ellas.

3. MAPA DE RED.

Unidad Gineco-
obstetricia / NETG



APS



PROTOCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 4 de 20

Vigencia: 3 años

4. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

• Actualizar el sistema de referencia y contrarreferencia de las pacientes en etapa de climaterio pertenecientes a la red asistencial de la Región de Tarapacá dependiente del Servicio de Salud Iquique, con el objetivo de fortalecer la calidad de la atención, el uso de los recursos y optimizar la comunicación entre los diferentes niveles de atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer criterios diagnósticos de climaterio.
- Establecer indicaciones y contraindicaciones de Terapia de Reemplazo hormonal (TRH).
- Establecer criterios de referencia y contrarreferencia de paciente en perimenopausia, así como también exámenes necesarios para la derivación.
- Orientar el seguimiento y manejo en la atención primaria, posterior a la evaluación por especialista.

5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), centros de salud familiar (CESFAM), consultorio adosado de especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (CAE-HETG) y Unidad de Emergencia Hospitalaria del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames(UEH-HETG).



PROTOCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 5 de 20

Vigencia: 3 años

6. RESPONSABLES.

RESPONSABLES DE SU EJECUCION

- Médico o matrona de APS es responsable de pesquisar, tratar a las pacientes en etapa de climaterio en APS y derivar de forma oportuna a las usuarias que requieran de estudio y manejo por especialista.
- Médico Ginecó-obstetra es responsable de realizar estudio diagnóstico e iniciar tratamiento y seguimiento, según corresponda.
- Médico Gineco-obstetra es responsable de realizar la contrarreferencia a APS.

RESPONSABLE DE EVALUACION Y MONITOREO

- Matrona de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación a nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.



PROTOCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 6 de 20

Vigencia: 3 años

- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.

7. POBLACIÓN OBJETIVO.

El protocolo va dirigido a pacientes de sexo femenino adultas que presenten síntomas de perimenopausia.

8. DEFINICIONES:

La **menopausia** es definida como el cese permanente del periodo menstrual, el cual se determina retrospectivamente, posterior a que la paciente presenta amenorrea por 12 meses, sin ninguna causa fisiológica o fisiopatológica que la explique. Esto traduce el cese de la función ovárica.

Se puede clasificar en:

- Natural o Fisiológica: Espontánea entre los 45-56 años.
- Iatrogénica: Por ooforectomía, radioterapia o quimioterapia.
- Falla ovárica prematura: Antes de los 40 años.
- Temprana: Entre los 40-45 años.

Climaterio hace referencia al periodo de transición, o perimenopausia que ocurre desde la disminución de producción de estrógenos, previos a la menopausia, y se caracteriza por cambios endocrinológicos, ciclos menstruales irregulares, y múltiples síntomas psicológicos, somáticos, urogenitales, entre otros.

Comienza aproximadamente cuatro años antes del último periodo menstrual.

Escala ORAI: Osteoporosis Risk Assessment Instrument.



PROTOCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 7 de 20

Vigencia: 3 años

MANIFESTACIONES CLINICAS

- **SINTOMAS:**

Los síntomas climatéricos se manifiestan en una gran cantidad de sistemas, debido a la variabilidad que tienen los receptores de estrógenos en el organismo de la mujer. La intensidad de esos síntomas dependerá del déficit hormonal, así como también del entorno, del estado psicológico, comorbilidades, entre otros.

Estos se pueden clasificar en:

- Somáticos:
 - Bochornos
 - Palpitaciones
 - Dolores osteoarticulares
- Psicológicos
 - Ansiedad
 - Tensión
 - Irritabilidad
 - Cambios del humor
 - Insomnio
- Urogenitales
 - Sequedad vaginal
 - Disfunción sexual
 - Incontinencia urinaria



**PROTOCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 8 de 20

Vigencia: 3 años

9. DESARROLLO.

La progresión de los síntomas en la perimenopausia se describe en la siguiente tabla1*: (The STRAW staging system):

Etapa	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Terminología	Reproductiva				Transición a la menopausia		Postmenopausia			
	Temprana	Óptima	Tardía		Temprana	Tardía	Temprana			Tardía
Duración	Variable				Variable	1-3 años	2 años (1+1)	3-6 años	Vida restante	
Criterios principales										
Ciclo menstrual	Variable o regular	Regular	Regular	Cambios sutiles en el flujo y la longitud	Longitud variable Diferencia persistente ≥ 7 días en la longitud de ciclos consecutivos	Intervalo de amenorrea ≥ 60 días				
Criterios de apoyo										
Endocrinos FSH AMH Inhibina B			Baja Baja	Variable* Baja Baja	↑ Variable* Baja Baja	↑ >25 UI/L** Baja Baja	↑ Variable Baja Baja	Estable Muy baja Muy baja		
Recuento de los folículos antrales			Bajo	Bajo	Bajo	Baja	Muy bajo	Muy bajo		
Características descriptivas										
Síntomas						Probablemente síntomas vasomotores	Muy probablemente síntomas vasomotores			Exacerbación de los síntomas de atrofia urogenital

*Harlow 2012

Al disminuir el número de folículos del ovario, se termina el periodo fértil y se produce un aumento progresivo de la FSH. Este aumento se produce secundariamente a la disminución de la producción ovárica de Estrógeno, Progesterona e Inhibina

La evaluación de la mujer en climaterio debe considerar tantos aspectos clínicos, así como también evaluación de riesgo cardiovascular y cambios endocrinológicos.



PROTOCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 9 de 20

Vigencia: 3 años

9.1. Conducta a seguir por parte del médico APS:

Se debe evaluar de manera global a la paciente climatérica y ponderar tanto el impacto de los síntomas en su vida diaria como el riesgo de instaurar terapia de reemplazo hormonal.

Evaluación de la mujer climatérica:

- Anamnesis, y examen físico detallado en busca de factores de riesgo de iniciar TRH.
- Exámenes de laboratorio (según disponibilidad): Hemograma VHS, orina completa, perfil lipídico más triglicéridos, glicemia, VIH, VDRL, TSH, FSH.
- PAP vigente, Mamografía y en caso que corresponda ecografía transvaginal *, Densitometría Osea *
*Según disponibilidad y necesidad.
- **Deterioro calidad de vida:** Uno de los instrumentos que simplifica la evaluación de este impacto es el Menopause Rating Scale (MRS), el cual evalúa 11 grupos de síntomas reunidos en tres dominios: Psicológico, somático y urogenital. Esta escala permite la evaluación inicial de las pacientes así como también la respuesta a cualquier intervención. (ANEXO 1.)

Se indica tratamiento según resultado:

Muy necesaria:

- A mujeres con MRS total ≥ 15 puntos

Adecuada:

- A mujeres con MRS total ≥ 8 puntos.
- A mujeres con MRS en dominio somático ≥ 8 .
- A mujeres con MRS en dominio psicológico ≥ 6 .
- A mujeres con MRS en dominio urogenital ≥ 3 .



PROTOCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 10 de 20

Vigencia: 3 años

- **Calculo de riesgo cardiovascular:** El aumento en el riesgo cardiovascular se explica principalmente por cambios del perfil lipídico (aumento de colesterol total, LDL y triglicéridos con disminución de HDL), aumento de la resistencia vascular periférica (HTA sistólica y daño arteriolar), aumento de peso e insulino resistencia.

Actualmente **NO está recomendado utilizar la TRH como prevención de enfermedad coronaria** ya que según el estudio WHI (women's health Initiative) podría aumentar el riesgo de eventos cardiacos.

En cada paciente es necesario constatar riesgo cardiovascular: bajo, moderado o alto (según norma MINSAL) así como también antecedente de enfermedad coronaria.

Pacientes con riesgo cardiovascular alto no deben utilizar TRH y en mujeres con riesgo cardiovascular moderado preferir estrógenos transdermicos antes que terapia por vía oral.

- **Pérdida ósea:** Sin TRH se pierde 20% de la densidad mineral ósea en los primeros 5 años de menopausia, con el consiguiente aumento de riesgo de fractura. Pese a esto actualmente **el tratamiento de primera línea para la osteoporosis, por sí sola, no es indicación de TRH** si no que son los bifosfonatos.

Para evaluar necesidad de solicitar densitometría ósea se sugiere realizar ORAI en pacientes mayores de 45 años, con más de 8 puntos se sugiere realizar este examen.

El ORAI considera sólo tres parámetros:



PROTOCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 11 de 20

Vigencia: 3 años

1. Edad >75 años: 15 pts; 65-74: 9 pts; 55-64: 5 pts; 45-54: 0 pts
2. Peso <60 Kg: 9 pts; 60-69: 3 pts; >69: 0 pts)
3. Terapia hormonal (TRH) (No: 2 pts, Sí: 0 pts).

Tienen indicación de tratamiento Pacientes con:

- Osteoporosis (densitometría con T > -2,5).
- Antecedentes de fracturas previas.
- T>-1,5 y factores de riesgo (uso de corticoides, edad>62).

TRATAMIENTO

- **Manejo No farmacológico**

Cambio de hábitos y estilo de vida:

- Alimentación saludable
- Realizar ejercicio físico
- Estimular abandono de hábito tabáquico

- **Manejo Farmacológico**

Terapia de reemplazo hormonal:

La utilización de TRH debe ser evaluada en cada paciente en particular ponderando indicaciones y contraindicaciones. Cabe destacar que La TRH se debe **iniciar en pacientes previo a los 10 años post menopausia y menores de 60 años** ya que de acuerdo a los estudios, la TRH podría ser protectora iniciada precozmente y posteriormente aumentaría el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares y tromboembólicos, así como también aumentaría el riesgo de presentar cáncer de mama (uso por más de 5 años), cáncer de endometrio.



PROTOCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 12 de 20

Vigencia: 3 años

Es así que las contraindicaciones son:

Contraindicaciones Absolutas

- Cáncer de mama o endometrio
- Sangrado inexplicado (por sospecha de cáncer de endometrio)
- Tromboembolismo pulmonar
- Hepatopatía aguda
- Enfermedad coronaria
- hiperplasia endometrial

Contraindicaciones relativas (derivar a especialista)

- Lupus eritematoso
- Porfiria
- Antecedente de tromboembolismo

Opciones terapéuticas:

- **En mujeres sin útero:** Se puede utilizar estrógeno solo.

Las opciones son:

- Estrógenos conjugados 0,3 mg o 0,625 mg
- Valerato de estradiol 1-2 mg/d
- Estradiol gel transdérmico 0,5 a 0,75 ng día
- Estradiol parche transdérmico 25 – 50 -100 ug/d

- **En mujeres Con útero:**

- Se puede observar sangrado uterino después de la progestina, generalmente de escasa cuantía.
- La dosis debe ser la mínima posible capaz de aliviar los síntomas
- Se debe agregar progestinas para la protección endometrial.



PROTOCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 13 de 20

Vigencia: 3 años

Estradiol transdérmico:

- evita la intolerancia gástrica y no altera el perfil lipídico, ni los triglicéridos.
- No aumenta el riesgo protrombotico.
- En pacientes con útero agregar progesterona.

Los esquemas utilizados con progesterona de oposición son:

Tipo de Progestina	Esquema continuo o permanente	Esquema discontinuo o periódico
Progesterona micronizada	100 mg/d (preferentemente en la noche), oral o vaginal	Ciclos de 200 mg/d x 10 - 14 d (en la noche), oral o vaginal
Didrogestrona	5 mg/d, oral	Ciclos de 10 - 20 mg/d x 10 - 14 d, oral
Nomegestrol	2,5 mg/d, oral	Ciclos de 5 mg/d x 10 - 14 d, oral
Desogestrel	0,75 mg/d, oral	Ciclos de 0,75 mg/d x 10 - 12 d, oral
Dienogest	2 mg/d, oral	Ciclos de 2 a 3 mg/d x 10 - 12 d, oral
Medroxiprogesterona acetato (MPA)	2,5 mg/d, con tope de 5 años	Ciclos de 5 - 10 mg por 10 - 14 d/ciclo

Estos esquemas con progesterona sola son utilizados en pacientes climatéricas con alteraciones del flujo (insuficiencia de la fase lutea).



PROTOCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 14 de 20

Vigencia: 3 años

Otros tratamientos farmacológicos:

Tibolona: Además de disminuir los bochornos, mejora ánimo, atrofia genitourinaria y sexualidad. No estimula endometrio ni aumenta densidad mamaria. Puede bajar HDL. Dosis: 2,5 mg orales al día.

ISRS: En pacientes que no pueden tomar THR y presentan síntomas vasomotores importantes se puede dar tratamiento con estos medicamentos.

Estrógenos vaginales: Las cremas, tabletas, pesarios, anillos vaginales son igualmente efectivas. Estriol 0.5 mg (crema, óvulos); estradiol 25 ug.

Manejo Farmacológico de la Osteoporosis:

- Calcio y vitamina D: Mejora la densidad Ósea y reduce el riesgo de fractura vertebral. Se requieren 1200 mg de Calcio y 800 UI de Vit D al día.
- Bifosfonatos: Tratamiento de elección para manejar por períodos prolongados la osteoporosis en pacientes postmenopáusicas sin síntomas neurovegetativos

Derivación de pacientes a nivel secundario:

- Endocrinología: ORAI > a 8 para solicitud de Densitometría ósea.
- Ante el requerimiento de TRH derivar a ginecología y cualquiera de las siguientes situaciones clínicas:
 - Paciente menor de 40 años.
 - Hipertensión arterial descompensada o con daño de parénquima
 - Diabetes descompensada o con daño de parénquima
 - Riesgo alto de enfermedad tromboembólica.
 - Antecedente familiar de trombosis o trombofilias diagnosticadas.
 - Menorragia o hipermenorrea asociada que persiste después de tratamiento inicial.



PROTOCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 15 de 20

Vigencia: 3 años

- Riesgo cardiovascular alto
- Mioma sintomático o >8 cm.
- Epilepsia en tratamiento.(epilepsia sin tratamiento farmacológico son de manejo de APS)
- Antecedente personal de tumor o cáncer estrógeno o progesterona-dependiente. (mama, endometrio,melanoma, colon, cáncer de ovario de células claras, cáncer hepático, meningioma).
- Mesenquimopatías.
- Prolapso genital sintomático.
- Incontinencia de orina o urgencia miccional que falla a tratamiento inicial.
- Patología de mama o Patología cervical
- Depresión grave con síntomas psicóticos, alto riesgo suicida o refractariedad.

9.2. Documentos emitidos por el médico tratante de APS:

El médico o matrona que deberá derivar con formulario oficial de solicitud de interconsulta que contenga:

- Encuesta MRS
- Escala ORAI
- Mamografía, PAP y en caso que se disponga Densitometría Ósea y Eco TV.
- Evaluación de riesgo cardiovascular.
- Resultado exámenes de laboratorio.



PROTOCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 16 de 20

Vigencia: 3 años

9.3. Conducta a seguir por parte del médico Ginecólogo:

- Evaluación de cada morbilidad en particular y eventual derivación a otras especialidades
- Solicitud de exámenes no disponibles en APS: densitometría ósea, ECO TV etc.
- Instaurar tratamiento adecuado para cada caso.
- Una vez iniciada la TRH, controlar a los 3 meses para ajustar terapia. Posteriormente control anual.

9.4. Contrareferencia y documentos emitidos por médico especialista tratante:

- Contrareferir a APS luego de instaurado tratamiento.
- Médico especialista deberá enviar formulario de contrareferencia que contenga:
 - Diagnóstico definitivo
 - Exámenes realizados
 - Tratamiento efectuado
 - Indicaciones a seguir en APS
 - Fecha de próximo control

9.5. Tiempos de resolución:

- Atención con médico especialista dentro de los 90 días desde emitida la SIC.
- Desde contrareferencia a APS un máximo de 30 días para evaluación por médico o matrona de APS.



PROCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 17 de 20

Vigencia: 3 años

10. INDICADOR.

Numerador: Σ de los tiempos (en días) desde la derivación a la primera atención por especialidad de las pacientes con diagnóstico de Climaterio

Denominador: N° total de pacientes derivadas a ginecología en la muestra del periodo a evaluar

11. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.

- Médico interfase del servicio de gineco-obstetricia
- Encargada del programa Salud de la Mujer del Servicio Salud Iquique.
- Referente de referencia y contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique

12. PLAN DE DIFUSION

- La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta. Con el fin de realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:
 - Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del Servicio de Salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
 - Se realizará una primera reunión con médicos interfase de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.



PROTOCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 18 de 20

Vigencia: 3 años

- Reuniones mensuales para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizará una nueva revisión y actualización del protocolo en mayo del 2021.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Clinical manifestations and diagnosis of menopause. Up to date sept 2017.
- Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio, en el nivel primario de atención de salud. Minsal 2014.
- Manual de obstetricia y ginecología séptima edición. Facultad de medicina UC.



PROTOCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

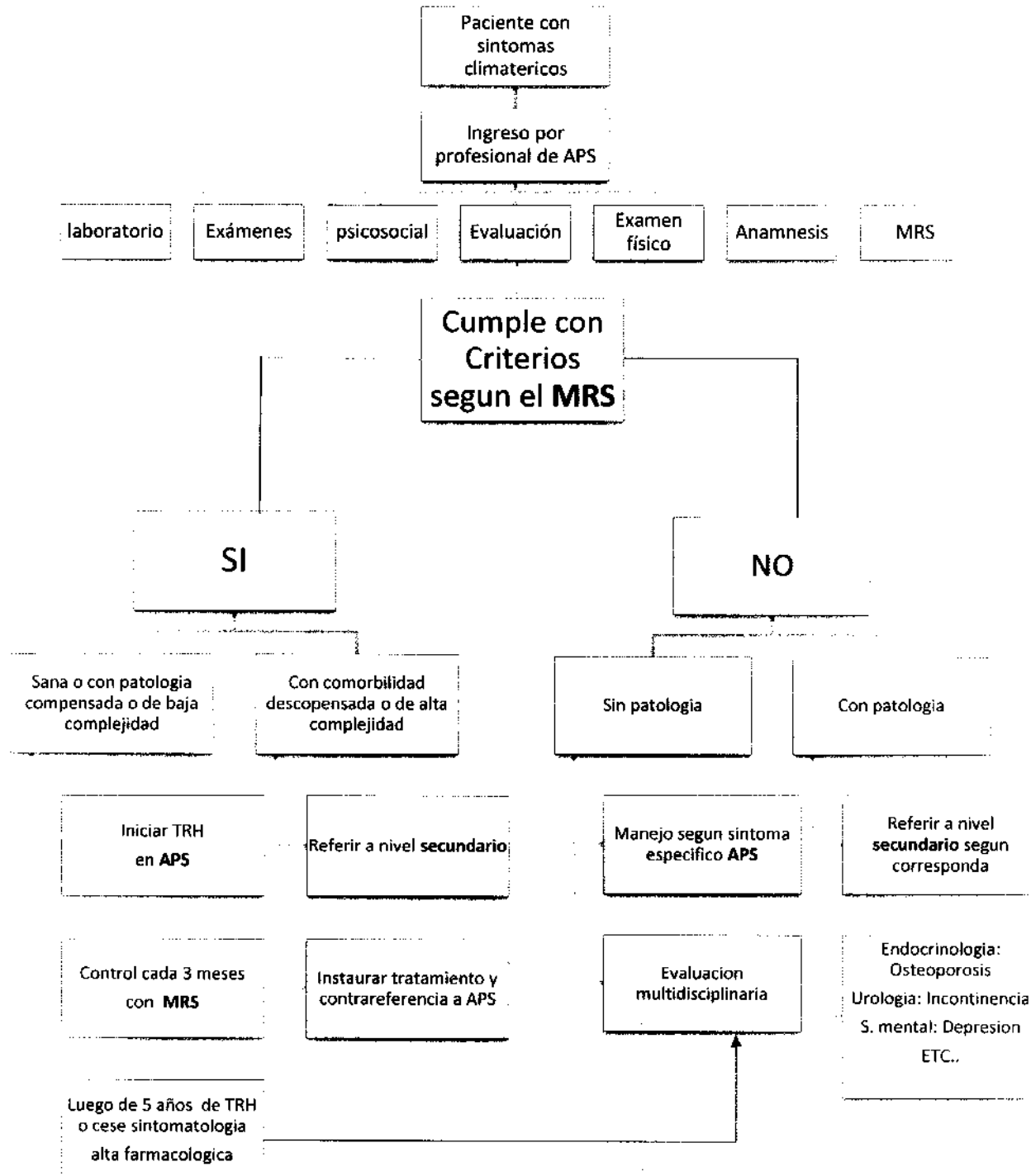
Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 19 de 20

Vigencia: 3 años

14. FLUJOGRAMA





PROCOLO RYCR
CLIMATERIO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-006

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 20 de 20

Vigencia: 3 años

15. ANEXO

NOMBRE _____

FECHA _____

ESCALA MRS PARA EVALUAR CALIDAD DE VIDA EN PERIMENOPAUSIA Y MENOPAUSIA

¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad?

Marque solamente una casilla en cada línea



PUNTOS

0 1 2 3 4

- 1 Bochornos, sudoración, calores
- 2 Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho)
- 3 Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos)
- 4 Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco)
- 5 Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir)
- 6 Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante)
- 7 Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico)
- 8 Cansancio físico y mental (rinda menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)
- 9 Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual)
- 10 Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina)
- 11 Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales)

	0	1	2	3	4
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

Para uso del profesional

Somático (1 al 4)	Psicológico (5 al 8)	Urogenital (9 al 11)	Total
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Schneider HP, Heusermann LA, Rosenknecht HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36. *Climacteric*. 2000 Mar;3(2):92-9.

2. Schneider HP, Heusermann LA, Rosenknecht HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric*. 2000 Mar;3(3):59-64.

3. Heusermann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes*. 2003 Jul;1(1):21.

4. Heusermann LA, Szebig A, Potthoff P, Schneider HP, Stralow F, Heusermann LA, Do MT. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004 Sep;2:245.

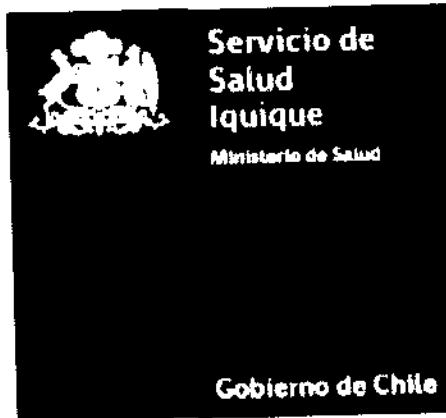
5. Heusermann LA, Do MT, Stralow F, Szebig A, Schneider HP. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health Qual Life Outcomes*. 2004 Nov;2:267.

6. Ongler J, Zimmermann T, Heusermann LA, Goehri D. Quality of life and hormone use: new validation results of MRS scale. *Health Qual Life Outcomes*. 2006 May;4:432.

7. Chedraoui F, Aguirre W, Hiraig L, Fayad I. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maternal*. 2007 Jul;20(5):1127-9.

8. Aedo J, Schattner L, Cavada G, Fariña A. Quality of life in climacteric Chilean women treated with low-dose estrogen. *Maternal*. 2008 Nov;20(6):512-51.

9. Frings M, Fuentaltabá A, Lara D, Figueroa R, Flores D, Blumel R. Assessment of quality of life using the Menopause Rating Scale in women aged 40 to 59 years. *Rev Med Clin*. 2004 Dec;158(12):1511-7.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

2018 - 2021

<p>Elaborado Por:</p> <p>Dr. José Domingo Márquez Z. Médico Hospital E. Torres G.</p> <p>Dra. Camila Cruz P. Médico EDF CESFAM C. Guzmán</p> <p>Dr. Francisco Cuevas R. Médico EDF CESFAM Sur</p>	<p>Revisado Por:</p> <p>Dr. Paloma Ly Sánchez Médico EDF Subdirección Gestión Asistencial Salud Iquique</p> <p>Depto. Calidad y Seguridad del Paciente Oficina de Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p>Mt. Alejandra Aranibar M. Encargada (s) programa de la Mujer Servicio de Salud Iquique</p>	<p>Aprobado Por:</p> <p>Patricia Quintard Rojas Directora (s) Servicio de Salud Iquique</p>
<p>Fecha elaboración: Mayo 2018</p>	<p>Fecha revisión: Mayo 2018</p>	<p>Fecha próxima revisión: Mayo 2021</p>
<p>Modificaciones:</p>		



PROCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 2 de 23

Vigencia: 3 años

INDICE

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS	3
INTRODUCCIÓN	3
MAPA DE RED	4
OBJETIVOS	4
ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN	5
RESPONSABLES	6
POBLACIÓN OBJETIVO	7
DEFINICIONES	7
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO	9
FLUJOGRAMA	17
INDICADOR	18
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN	18
PLAN DE DIFUSION.....	18
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	19
ANEXOS	20, 21, 22, 23



PROTOCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 3 de 23

Vigencia: 3 años

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.

No se declara conflictos de interés de los autores ni los revisores del siguiente protocolo.

2. INTRODUCCIÓN.

La diabetes es un trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono, caracterizada por un déficit relativo o absoluto de insulina que resulta en estado hiperglicémico. Su presencia en el embarazo confiere mayor riesgo de morbimortalidad tanto materna como fetal, el que puede reducirse con su pesquisa y manejo oportuno.

Según las estadísticas del Programa Salud de la Mujer, en el Sistema Público de Salud 5,1% del total de mujeres que ingresaron a control prenatal el 2012 tenía diabetes. La prevalencia de diabetes gestacional está en directa proporción con la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 de una determinada población, siendo en la nuestra de un 36,5% según los inscritos en el programa de salud cardiovascular el 2012. Entre las gestantes clasificadas como alto riesgo obstétrico, se vio un aumento de 11.9% a 17.7% en el porcentaje de diabéticas entre el año 2010 y 2012. La incidencia de diabetes mellitus y embarazo aumenta con la edad. Esto es atribuible en parte al aumento de la prevalencia de obesidad con la edad, siendo éste el mayor contribuyente para desarrollar diabetes gestacional. En nuestra región de Tarapacá un 53,19% de las gestantes en control en establecimientos del SNSS presentaba malnutrición por exceso el 2012 (DEIS). Se agregan a esto una fecundidad más tardía (mediana de edad de las mujeres fue de 31 años el 2011) y el aumento de la prevalencia de diabetes en las mujeres con mayor edad (0,6% y 4,7% en el grupo de 15-24 y 25 a 44 años respectivamente, ENS 2009-2010).



PROCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 4 de 23

Vigencia: 3 años

Dado que hoy en día la edad a la cual las mujeres se embarazan se ha retrasado, se entiende que exista un aumento de la frecuencia de diabetes durante el embarazo. De seguir así la tendencia es que la diabetes en el embarazo seguirá aumentando, lo que se traduce en una mayor carga asistencial y demanda por servicios especializados, con mayores costos.

3. MAPA DE RED.



4. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

- Establecer criterios estandarizados de manejo, derivación y priorización de pacientes, mejorando la pertinencia de la referencia y contrarreferencia entre los niveles primarios y secundarios de la red asistencial de la región de Tarapacá dependiente del servicio de salud de Iquique.
- Establecer un proceso de referencia y contrarreferencia de patologías relacionadas con diabetes mellitus en el embarazo con integración y coordinación eficaz entre los tres niveles de atención de la red asistencial.
- Mejorar los canales de comunicación que existen entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.



PROTOCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 5 de 23

Vigencia: 3 años

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar criterios de manejo y derivación oportuna frente a pacientes gestantes con diagnóstico de diabetes mellitus
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias a dicha patología.
- Estandarizar el manejo de las gestantes con diabetes mellitus logrando tratamientos eficientes.

5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), centros de salud familiar (CESFAM), consultorio adosado de especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (CAE-HETG).



PROTOCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 6 de 23

Vigencia: 3 años

6. RESPONSABLES.

RESPONSABLES DE SU EJECUCION

- Médico APS es responsable de realizar el diagnóstico, iniciar tratamiento y seguimiento de los pacientes con diabetes gestacional.
- Médico APS es responsable de derivar a policlínico de Alto Riesgo Obstétrico del hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, según los criterios de derivación.
- Médico especialista es responsable de confirmar el diagnóstico, realizar tratamiento y seguimiento, así como realizar la contrarreferencia a APS al momento del alta para el eventual seguimiento en nivel primario

RESPONSABLE DE EVALUACION Y MONITOREO

- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.



PROCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 7 de 23

Vigencia: 3 años

7. POBLACIÓN OBJETIVO.

El protocolo va destinado a pacientes gestantes con diagnóstico de diabetes, tanto preconcepcional como pesquisada por primera vez durante los controles prenatales.

8. DEFINICIONES.

Existen 2 tipos de diabetes mellitus (DM) en el embarazo: diabetes mellitus pre-gestacional (DMPG), que corresponde al 10% de las embarazadas diabéticas, y diabetes mellitus gestacional (DMG), que corresponde al 90%. Esta clasificación está basada en los cambios fisiológicos y fisiopatológicos del metabolismo de la glucosa en el embarazo (ANEXO 1)

La DMPG se refiere a la mujer con diabetes mellitus tipo 1 o 2 que se embaraza o que cumple con los criterios de diagnóstico de diabetes de la OMS durante el primer trimestre del embarazo:

- Síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia y baja de peso) y una glicemia en cualquier momento del día mayor o igual 200mg/dl, sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida.
- Glicemia en ayunas en plasma venoso mayor o igual a 126mg/dl. Debe confirmarse con una segunda glicemia mayor o igual a 126mg/dl en un día diferente. (Ayuno se define como un periodo sin ingesta calórica de ocho a doce horas).
- Glicemia mayor o igual a 200mg/dl dos horas después de una carga de 75g de glucosa durante una PTGO.

La DG se refiere a cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se manifiesta o detecta durante el embarazo:

- Glicemia en ayunas entre 100 y 125mg/dl en 2 días diferentes y/o



PROTOCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 8 de 23

Vigencia: 3 años

- Glicemia a las 2 horas post carga mayor o igual a 140mg/dl (en el segundo o tercer trimestre del embarazo).

9. DESARROLLO.

9.1. TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE DIABETES EN EL EMBARAZO

Ante la falta de consenso, en nuestro país el grupo de trabajo de la Guía Clínica Perinatal 2015 acordó los siguientes criterios para tamizaje y diagnóstico de diabetes en el embarazo:

- Tamizaje universal con examen de glicemia en ayunas solicitado a **toda mujer embarazada en el primer control prenatal.**
- El diagnóstico de DM durante el primer trimestre del embarazo (DMPG) se basa en los mismos criterios que para la población general:
 - Síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia y baja de peso) y una glicemia en cualquier momento del día mayor o igual 200mg/dl, sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida.
 - Glicemia en ayunas en plasma venoso mayor o igual a 126mg/dl. Debe confirmarse con una segunda glicemia mayor o igual a 126mg/dl en un día diferente. (Ayuno se define como un periodo sin ingesta calórica de ocho a doce horas).
 - Glicemia mayor o igual a 200mg/dl dos horas después de una carga de 75g de glucosa durante una PTGO.
- Si la glicemia en ayunas se encuentra entre 100-125mg/dl se debe repetir el examen en un plazo máximo de 7 días. Durante éste periodo la mujer debe mantener una alimentación normal sin restricciones de ningún tipo. Si



PROTOCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 9 de 23

Vigencia: 3 años

se confirma una glicemia en ayunas entre 100 y 125mg/dl se hará el diagnóstico de DG o intolerancia a la glucosa.

- **Realizar una PTGO* entre las 24-28 semanas a toda mujer con glicemia normal en el primer trimestre.**
 - Si la glicemia en ayunas es inferior a 100mg/dl y a las 2 horas post-carga de glucosa es inferior a 140mg/dl y la mujer no tiene factores de riesgo, se descarta el diagnóstico de DMG.
- **Repetir PTGO a las 30-33 semanas si las glicemias en ayunas y PTGO fueron normales pero la paciente posee factores de riesgo para DMG: macrosomía fetal, polihidroamnios y aumento de peso > 2DS o cambio de curva Gráfica Atalah (ANEXO 1).**
 - Si la glicemia de ayunas es inferior a 100mg/dl y a las 2 horas post-carga de glucosa es inferior a 140mg/dl, se descarta el diagnóstico de DMG.
 - Si la glicemia de ayunas es mayor o igual a 100mg/dl y/o a las 2 hrs post-carga de glucosa es mayor o igual a 140mg/dl, se diagnostica DMG.

*Precauciones:

La PTGO está contraindicada en mujeres con antecedente de cirugía bariátrica.

En caso de no tolerar la carga de glucosa (ej. Presenta vómitos) y no es posible realizar la PTGO, se debe hacer un monitoreo de la glicemia durante 24hrs, con glicemias capilares antes de comida y post-prandiales.



PROCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 10 de 23

Vigencia: 3 años

9.2. RIESGOS SALUD MATERNO-FETAL ASOCIADOS A LA DIABETES

1) DMPG

Entre los riesgos fetales de la DMPG se encuentran:

- **Macrosomía fetal:** complicación más frecuente, secundaria a hiperglicemia e hiperinsulinemia fetal.
- **Restricción del crecimiento intrauterino:** secundario a placentación defectuosa en mujeres con daño vascular pre-concepcional.
- **Polihidroamnios:** diuresis osmótica fetal secundaria a hiperglicemia.
- **Malformaciones congénitas:** 2 a 10 veces mayor que en embarazos normales. Secundarias a hiperglicemia en el primer trimestre del embarazo (período crítico de organogénesis). Las más prevalentes son las cardiovasculares y del sistema nervioso central.
- **Aborto:** 15-30% de pacientes con mal control metabólico.
- **Muerte fetal intrauterina:** durante el tercer trimestre. Asociado a descompensaciones metabólicas como hipoglicemia severa, coma hiperglicémico y cetoacidosis diabética.
- **Traumatismo obstétrico:** asociado a macrosomía fetal.
- **Distrés respiratorio:** mayor incidencia de enfermedad de membrana hialina (EMH) dada por retardo de la maduración pulmonar secundaria a hiperglicemia e hiperinsulinemia.
- **Prematurez:** interrupción anticipada del embarazo por compromiso del bienestar materno-fetal.



PROCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 11 de 23

Vigencia: 3 años

Entre los riesgos maternos de la DMPG se encuentran:

- Complicaciones metabólicas: mayor inestabilidad en DM-1.
- Pre-eclampsia: frecuencia de 40-50%
- Compromiso vascular: retinopatía diabética, nefropatía, coronariopatía, neuropatía.
- Partos operatorios: mayor frecuencia de cesárea o uso de fórceps por peso fetal.

2) DMG

Entre los riesgos fetales de la DMG se encuentran:

- Macrosomía fetal
- Trauma obstétrico
- Complicaciones metabólicas neonatales: la más frecuente es la hipoglicemia (2-4%)
- Programación fetal (hipótesis de Barker): aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares en la vida adulta.

Entre los riesgos maternos de la DMG se encuentran:

- Bajo consumo de energía y aumento depósitos grasa corporal
- Aumento riesgo obesidad en años posteriores
- Aumento riesgo de DM-2 en años posteriores: 15-60% en 5-15 años post-parto.



PROCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 12 de 23

Vigencia: 3 años

Las pacientes con DM que busquen embarazo deberían recibir consejo y manejo preconcepcional por parte de un equipo multidisciplinario liderado por el equipo obstétrico (médico especialista y matrn/a con el apoyo del especialista en diabetes más otros de otras disciplinas según corresponda, nutrición, nefrología, oftalmología y otras). Esto con el fin de optimizar su tratamiento con el fin de lograr normoglicemia ($HbA1c < 6.5\%$) al momento de la concepción, para lo cual idealmente las pacientes en tratamiento con hipoglicemiantes orales deberían ser cambiadas a insulino terapia, independiente del control metabólico previo. La hiperglicemia al momento de la concepción aumenta el riesgo de las malformaciones fetales durante el primer trimestre del embarazo. Existe una correlación altamente significativa entre el riesgo absoluto malformaciones congénitas y el nivel de HbA1c periconcepcional, con niveles $HbA1c > 10\%$ asociados a una tasa de 50% de malformaciones congénitas según un meta-análisis que incluyó 1977 mujeres de siete cohortes en Finlandia y Estados Unidos. El mal control metabólico de las mujeres con DMPG se asocia a mayor riesgo de preeclampsia en DM-1, hipertensión en DM-2 y progresión de retinopatía diabética.

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de DMG se encuentran:

Antecedente de DMG en un embarazo previo.

Antecedente de macrosomía fetal en embarazo previo (peso al nacer ≥ 4000 grs)

Antecedente de DM en familiares de 1° grado (padres, hermanos).

IMC ≥ 27 al comienzo del embarazo.

Síndrome de ovario poliquístico (SOP).

Crecimiento fetal cercano o mayor al percentil 90 o menor o cercano al percentil 10.



PROTOCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 13 de 23

Vigencia: 3 años

9.3. Conducta a seguir por parte del médico APS:

- Evaluar pacientes derivados por matrona
- Anamnesis y examen físico completo.
- Recopilar antecedentes de relevancia.
- Priorizar derivación de paciente a nivel secundario
- Educar a paciente.
- Notificar GES. Notificación debe ser al momento del diagnóstico.

9.4 Conducta a seguir por parte de la matrona APS:

- Evaluar pacientes según norma. Colaborar en la detección de pacientes que cumplen con criterio diagnóstico para su derivación inmediata a nivel secundario. Mantener un estricto cumplimiento de los plazos en que se deben tomar los exámenes de screening para evitar retrasos innecesarios en el diagnóstico.

9.5. Derivación de pacientes desde APS a Policlínico de ARO del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- Toda paciente gestante con diagnóstico de diabetes pregestacional o gestacional.
- Toda paciente diabética, ya sea tipo 1 o 2, buscando embarazo.

9.6. Criterios de priorización y urgencia:

- Paciente embarazada con DMPG y retinopatía diabética o nefropatía diabética deben ser derivadas y priorizadas en policlínico de Alto Riesgo Obstétrico, Evaluación dentro de 7 días.



PROCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

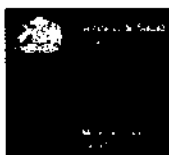
Página: 14 de 23

Vigencia: 3 años

- Paciente embarazada con DMPG o DMG e hiperglicemia (glicemia aleatoria >200 mg/dl) o con enfermedad aguda intercurrente (ej. Especialmente infecciosas) para ajuste de insulina. Debe ser Hospitalizada de manera inmediata (**considerar urgencia**).
- Paciente con DMG o PMDG + glicemia de ayunas >125 y/o glicemia aleatoria > 200 mg/dl Debe ser Hospitalizada de manera inmediata (**considerar urgencia**).
- Pacientes con DMPG (ayuno, pre-comidas u postprandiales) y HbA1c mayor a 9,0% deben ser hospitalizadas a través de urgencia HETG de manera inmediata, para inicio insulinoterapia (**considerar urgencia**).
- Pacientes con DMG derivación a Unidad ARO al diagnóstico. Evaluación dentro de 10 días.
- Pacientes con DM tipo 1 o 2, que busquen embarazo (el objetivo terapéutico primario es lograr normoglicemia periconcepcional para disminuir riesgo de malformaciones, aborto, entre otras. Para esto idealmente cambiar tratamiento con hipoglicemiantes orales a insulina, independiente de nivel de control previo) Derivadas a ARO evaluación en periodo menor a 60 días.

9.7. Exámenes que debe solicitar el médico APS Junto a la derivación al ARO de HETG. (El control de los exámenes no debe retrasar la derivación que debe ser realizada el mismo día del diagnóstico).

- **DMPG:**
 - Glicemia ayunas primer trimestre, repetido si corresponde,
 - HbA1c,
 - Orina completa,
 - Urocultivo,



PROTOCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 15 de 23

Vigencia: 3 años

- Creatininemia,
- Nitrógeno ureico,
- RAC.
- Fondo de ojo de estar disponible.
- Ecografía obstétrica de estar disponible (percentil crecimiento intrauterino, ANEXO 2)
- Ecografía obstétrica de estar disponible (percentil crecimiento intrauterino, ANEXO 2)

● **DMG:**

- Glicemia ayunas primer trimestre, repetido si corresponde,
- PTGO.
- Orina completa.
- Urocultivo.
- Creatininemia.
- Nitrógeno ureico.
- otros

9.8. Documentos emitidos por el médico tratante de APS:

El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) que contenga:

- Datos del paciente (nombre, Rut, edad).
- Hipótesis diagnóstica
- Antecedentes mórbidos personales (obesidad, diabetes, hipertensión, SOP, nefropatía, retinopatía, otros.)
- Antecedentes obstétricos (paridad, abortos, vía de parto, diabetes gestacional, preeclampsia, macrosomía fetal, otros.)



PROCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 16 de 23

Vigencia: 3 años

- Antecedentes mórbidos familiares (diabetes en familiares de primer grado)
- Examen físico (ej. peso, IMC, estado nutricional según curva Gráfica Atalah (ANEXO 2), presión arterial, altura uterina, presencia edema, LCF)
- Exámenes complementarios:
- Nombre Y Rut del profesional.

9.9. Conducta a seguir por parte del médico especialista:

- Evaluación clínica completa.
- Exámenes complementarios de ser necesarios.
- Plan de tratamiento.
- Seguimiento.
- Trabajo multidisciplinario y derivación a otras especialidades según se requiera.
- Contrarreferencia.
- **Manejo de acuerdo a ley GES**

9.10. Contrarreferencia y documentos emitidos por el médico especialista tratante desde el nivel secundario a la APS.

- Una vez que se confirme el diagnóstico se mantendrá en control en el nivel secundario.

9.11. Tiempos de resolución:

- Primera evaluación: **dentro de 10 días desde el diagnóstico.**
- **Derivación a urgencia maternidad HETG según corresponda.**
- Controles: de acuerdo a protocolo de manejo clínico caso a caso.
- Alta: Control de patología en ARO hasta el post-parto
- Retorno APS luego de alta hospitalaria posparto.



PROTOCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

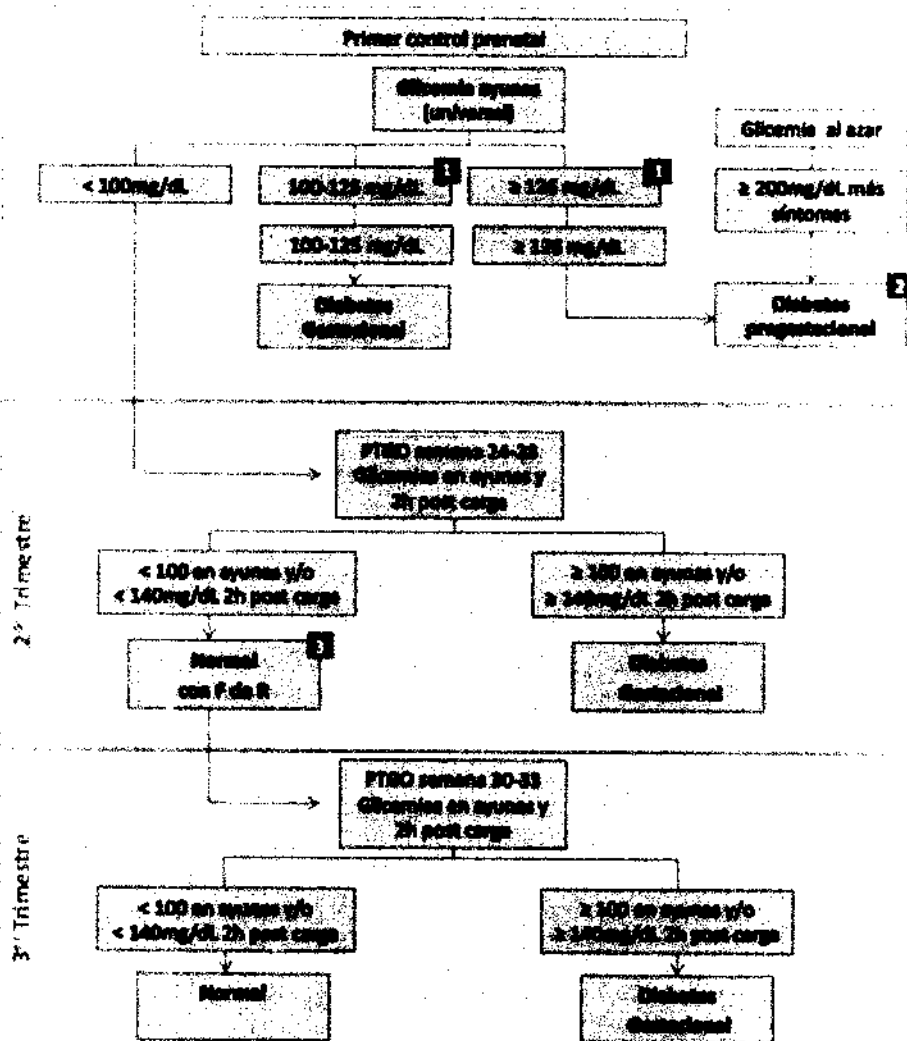
Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 17 de 23

Vigencia: 3 años

10. FLUJOGRAMA.



1. Repetir glicemia sin restricción alimentaria en un plazo máximo de 7 días
2. Toda diabetes diagnosticada en 1º trimestre se considera pregestacional
3. Factores de riesgo: polihidramnios, macrosomía fetal y aumento de peso mayor a 2.05 o cambio de curva Gráfica Atalan



PROCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 18 de 23

Vigencia: 3 años

11. INDICADOR.

Numerador: Σ de los tiempos (en días) desde la derivación a la primera atención por especialidad de las pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional

Denominador: N° total de pacientes derivados a ARO en la muestra del periodo a evaluar

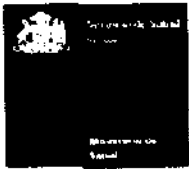
12. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.

- Médico Jefe del servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Ernesto Torres Galdames
- Encargada del programa de Salud de la Mujer del Servicio de Salud de Iquique
- Referente de referencia y contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique

13. PLAN DE DIFUSION

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta.

Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:



PROCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 19 de 23

Vigencia: 3 años

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del servicio de salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizara una primera reunión con médicos interfase de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Se realizara una nueva revisión y actualización del protocolo en mayo 2021.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- *Guía Clínica Perinatal 2015, MINSAL*
- *Manual Obstetricia y Ginecología 2016, VII edición, Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Dr. Jorge Carvajal, PhD, Dra. Constanza Ralph.*
- *Atalah E. Castillo C. Castro R. "Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas". Rev. Med Chile 1997; 125: 1429-1436.*
- *Milad M. Novoa J. Fabres J. "Recomendación sobre Curvas de Crecimiento Intrauterino". Rev Chil Pediatr 2010; 81 (3): 264-274*



PROTOCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 20 de 23

Vigencia: 3 años

15. ANEXOS.

1.- Fisiología metabolismo de la glucosa durante el embarazo

Durante el embarazo se producen una serie de adaptaciones en el metabolismo glicémico que permiten tanto mantener una adecuada homeostasis materna como proveer los sustratos necesarios para el desarrollo fetal. Cabe recordar que la glucosa es el principal aporte energético al feto y es transportada mediante difusión facilitada (sin intervención de la insulina materna) por la placenta. La insulina materna, por su parte, no es capaz de traspasar la barrera hemato-placentaria, por lo que el feto debe producir su propia insulina en respuesta a los cambios en su glicemia. Ésta, a su vez, es la principal hormona anabólica fetal.

Durante el primer trimestre existe una hiperplasia de las células beta del páncreas inducida por los altos niveles de progesterona y estrógenos, llevando a un aumento de la secreción de insulina materna. Esto determina un aumento de la utilización de glucosa, con la consecuente disminución (hasta un 20% menos) de glicemia en sangre venosa. Por ésta razón la hiperglicemia pesquisada en el primer trimestre es altamente sospechosa de una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono no pesquisado previo al embarazo, y no inducido por éste.

Durante el segundo y tercer trimestre existe un aumento de la demanda energética fetal, por lo que se secretan hormonas placentarias (lactógeno placentario, prolactina y cortisol) que permiten su movilización desde los depósitos de glucosa. Esto genera un aumento en la resistencia periférica a la insulina, fenómeno que es máximo entre las 26 y 30 semanas de gestación. Por consiguiente, aumentan los niveles de glicemia postprandial, con un aumento proporcional en los niveles de insulina en pacientes sanas. Sin embargo, en pacientes predispuestas no se logra compensar adecuadamente, desarrollándose DMG.



PROTOCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 21 de 23

Vigencia: 3 años

2.- Grafico Atalah

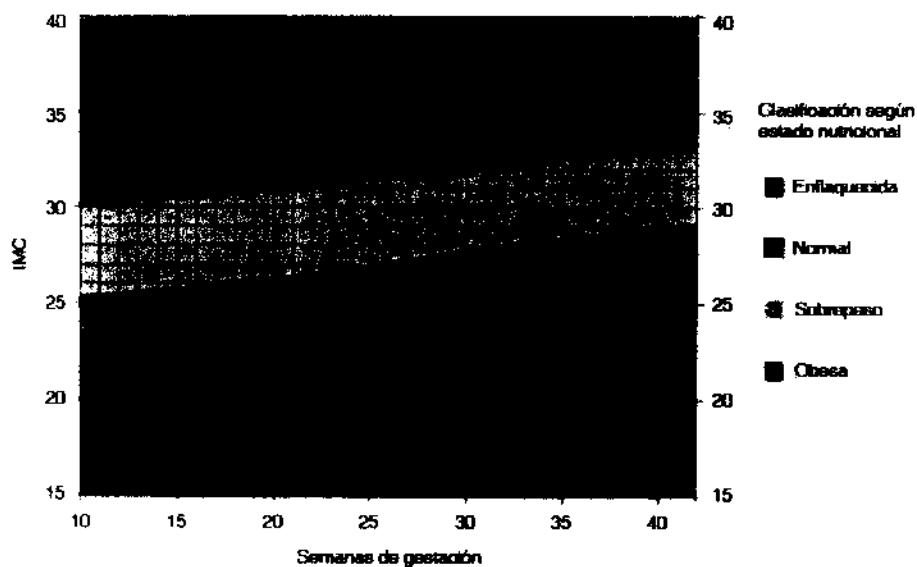
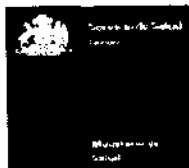


Figura 1. Gráfica para la evaluación nutricional de la embarazada.

Atalah E. Castillo C. Castro R. "Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas". *Rev. Med Chile* 1997; 125: 1429-1436.



**PROTOCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 22 de 23

Vigencia: 3 años

3.- Tabla y curva crecimiento intrauterino Alarcón-Pittaluga

Tabla 2. Peso: promedio, desviación estándar y percentiles ajustados de RN

EG. Sem.	n	Promedio (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	1070,6
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
32	317	1 970,7	276,9	1 460,8	1 630,8	1 794,8	1 969,7	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	1 166	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	3 487,5	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								

información conjunta Alarcón y Pittaluga



**PROTOCOLO RYCR
DIABETES GESTACIONAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ARO-008

Edición: Segunda

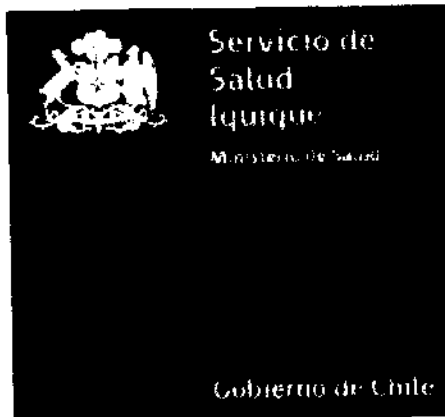
Fecha: Mayo 2018

Página: 23 de 23

Vigencia: 3 años


4.- Exámenes adicionales a solicitar a mujer con DMPG O DMG con mal control metabólico

Periodo	Fondo de ojo	Detección ERC	Ecografía	Control metabólico	Exploraciones adicionales	
Primer Trimestre	5 a 12 semanas	Realizar examen de fondo de ojo a toda mujer con DPG en el 1er control prenatal. En ausencia de retinopatía o retinopatía no proliferativa o moderada, hacer un examen de fondo de ojo c/3 meses.	Realizar los siguientes exámenes en toda mujer con DPG en el 1er control prenatal: creatinina sérica RAC en orina *Evaluación por nefrólogo si creatinina sérica ≥ 1 g/dl y/o RAC igual o mayor a 30 mg/g.	1er control prenatal para evaluar viabilidad embrionaria. Velocimetría Doppler de arterias uterinas en mujeres con DPG.	Hb glicosilada c/6 semanas Autocontrol al menos cuatro mediciones de glicemia capilar al día en mujeres con DPG más una adicional antes de acostarse en aquellas en tratamiento con insulina.	Urocultivo al ingreso. Si RAC o en un momento de control, realizar urocultivo para descartar infección del tracto urinario.
	13 a 27 semanas	En el caso de retinopatía diabética no proliferativa severa, control mensual por especialista en retina.	Control cada 4 semanas con RAC y creatinina sérica.	20 - 24 semanas: Evaluación ecográfica anatomía fetal. Velocimetría Doppler de arterias uterinas Ecocardiografía fetal entre las 24 - 28 semanas en DPG.	El esquema de autocontrol de la mujer con DG dependerá de la severidad de la alteración de la prueba con que se hizo el diagnóstico, con un mínimo de una glicemia diurna alternando ayunas y post prandial.	
Tercer Trimestre	28 a 36 semanas	Ante el más mínimo brote de neovascularización realizar panfotocoagulación con láser. No hay indicación de control oftalmológico en la mujer con DG.	Control cada 2 semanas con RAC y creatinina sérica	30 - 34 semanas: Control ecográfico cada 2-4 semanas para evaluación de crecimiento fetal, ubicación placentaria y cantidad líquido amniótico. Evaluar signos de hipertrofia ventricular.	Ante una hiperglicemia ≥ 250 mg/dL o ante una enfermedad intercurrente medir cetonas y ajustar dosis de insulina. Hb A1c c/6 - 8 semanas	En DPG o DG con mal control metabólico realizar desde la semana 28 - 30 y en forma semanal MAMF y/o eventual RBNS y/o PBF y/o Doppler fetal según indicación (referirse al texto)
	36 semanas hasta el final del embarazo		Control semanal con RAC y creatinina sérica.	Control ecográfico según necesidad. Evaluar signos de hipertrofia ventricular.		En mujeres con buen control metabólico y curva de crecimiento fetal normal, y sin polihidramnios, las pruebas de bienestar fetal, PBF y RBNF se realizarán a contar de la semana 36 y semanalmente



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED METRORRAGIA DEL EMBARAZO

**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
2018 – 2021**

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
<p><i>[Signature]</i> Dr. José Domingo Marquez Médico gineco-obstetra Hospital Ernesto Torres Galdames</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. Cecilia Segura Pallacán Médico EDF CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo Alto Hospicio</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Camilo Montaña Médico EDF CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo Alto Hospicio</p>	<p><i>[Signature]</i> Dra. Paloma Ly Sánchez Encargada R y CR Servicio de Salud</p> <p style="text-align: center;"></p> <p><i>[Signature]</i> Mt. Alejandra Aranibar M Encargada (s) programa de la mujer Servicio Salud Iquique</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p><i>[Signature]</i> Patricia Quintard R. Directora (s) Servicio Salud Iquique</p>
Fecha elaboración: Mayo 2018	Fecha revisión: Mayo 2018	Fecha próxima revisión: Mayo 2021



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 2 de 25

Vigencia: 3 años

INDICE

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES	3
INTRODUCCIÓN	3
MAPA DE RED	4
OBJETIVOS	4
ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN	5
RESPONSABLES	5
POBLACIÓN OBJETIVO	6
DEFINICIONES	7
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO	19
FLUJOGRAMA	23
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN	24
PLAN DE DIFUSION.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25



PROCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 3 de 25

Vigencia: 3 años

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.

No se declara conflictos de interés de los autores ni los revisores del siguiente protocolo.

2. INTRODUCCIÓN.

La metrorragia del embarazo corresponde al sangrado que se produce durante la gestación. Presenta gran impacto en la morbilidad materna, siendo causa frecuente de consulta en servicios de atención de urgencia obstétrica y de atención primaria.

La metrorragia del embarazo se divide según se presente antes de las 20 semanas de gestación o metrorragia del primer trimestre, y aquella que se produce después de las 20 semanas de gestación o metrorragia de la segunda mitad del embarazo.

La metrorragia del primer trimestre presenta una prevalencia del 16 al 25 % y su principal diagnóstico diferencial es aborto.

La metrorragia de la segunda mitad del embarazo afecta entre el 2 y 5% de los embarazos y corresponde al sangrado del II y III trimestre. Constituye una de las principales causas de mortalidad materna en nuestro país, además de presentar un factor de riesgo perinatal secundario a prematuridad y asfixia. Sus dos grandes causas son desprendimiento prematuro de placenta previamente normoinserta y placenta previa.

El sangrado genital en cualquier momento del embarazo es motivo de preocupación, pero es sólo después de las 24 semanas de edad gestacional que su manejo se ve marcadamente influenciado por la posibilidad de sobrevida fetal.



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

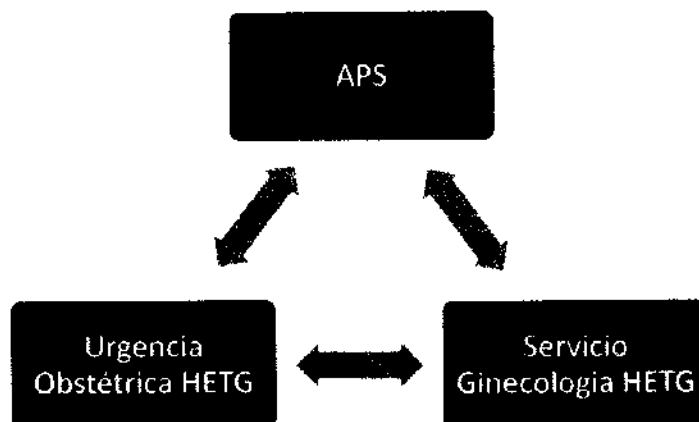
Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 4 de 25

Vigencia: 3 años

3. MAPA DE RED.



4. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

- Establecer un proceso de referencia y contrarreferencia de usuarias con metrorragia del embarazo, que facilite la integración y coordinación eficaz entre los niveles primario, secundario y terciario de atención en salud de la red asistencial de la Región de Tarapacá, dependiente del Servicio de Salud Iquique.
- Instaurar criterios estandarizados de manejo, derivación y priorización de usuarias, que permitan referir y contrarreferir, de forma precoz y pertinente, entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional.
- Optimizar los canales de comunicación existentes entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 5 de 25

Vigencia: 3 años

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar criterios de evaluación, manejo y derivación oportuna frente a usuarias con diagnóstico de metrorragia del embarazo.
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias a esta patología.

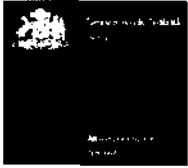
5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario, lo que incluye: Postas de Salud Rurales (PSR), Servicios de Urgencia Rurales (SUR), Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Centros de Salud Familiar (CESFAM), y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG), respectivamente.

6. RESPONSABLES.

RESPONSABLES DE SU EJECUCION

- Médico APS es responsable de pesquisar, tratar las patologías de manejo en APS y derivar de forma oportuna las patologías que requieran de estudio y manejo por especialista.
- Médico especialista es responsable de realizar estudio diagnóstico e iniciar tratamiento y seguimiento, según corresponda.
- Médico especialista es responsable de realizar la contrarreferencia a APS.



**PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 6 de 25

Vigencia: 3 años

RESPONSABLE DE EVALUACION Y MONITOREO

- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.

7. POBLACIÓN OBJETIVO.

El protocolo va dirigido a pacientes embarazadas que presenten un cuadro compatible con metrorragia del embarazo.



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 7 de 25

Vigencia: 3 años

8. DEFINICIONES.

- **Metrorragia del primer trimestre:** sangrado genital proveniente de la unidad utero-placentaria, cuello uterino o vagina que se presenta antes de la semana 20 de embarazo.
- **Metrorragia de la segunda mitad del embarazo:** sangrado genital proveniente de la unidad utero-placentaria, cuello uterino o vagina que se presenta después de la semana 20 de embarazo.

8.1.- DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

- **Metrorragia del primer trimestre:**
 - Aborto: orientar evaluación inicial y referencia a descartar aborto como primer diagnóstico diferencial. Manejo según protocolo específico.
 - Embarazo Ectópico
 - Mola
 - Metrorragia disfuncional
- **Metrorragia de la segunda mitad del embarazo:**
 - **Anteparto:**
 - Metrorragia "idiopática"
 - Desprendimiento prematuro de placenta previamente normoinsera
 - Placenta previa
 - Rotura de las membranas
 - **Intraparto:**



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 8 de 25

Vigencia: 3 años

- Desprendimiento prematuro de placenta previamente normoinserta
- Placenta previa
- Rotura uterina
- Vasa previa

8.2.- EVALUACIÓN, ESTUDIO Y/O MANEJO EN APS DE METRORRAGIA DEL EMBARAZO:

- **Metrorragia del primer trimestre (antes de las 20 semanas de gestación):**
- **Presentación clínica:** Sangrado genital asociado o no a dolor abdominal. Lo principal es valorar la cuantía del sangrado para definir conducta.
- **Evaluación del estado general y edad gestacional:**
 - FUR, ecotomografías previas y/o actual (cuando esté disponible y no retrase derivación oportuna). Test de embarazo (positivo, negativo, realizar si está disponible y no se cuenta con test previo).
 - Valoración del estado general de la paciente: PA, pulso, temperatura. Auscultación de latidos cardíofetales (LCF).
- **Examen ginecoobstétrico inicial:**
 - Examen abdominal, altura y tono uterinos.
 - Especuloscopia para precisar cuantía y procedencia del sangrado, para excluir causas ginecológicas.
- **Causas ginecológicas de genitorragia:**
 - Cervicitis
 - Erosiones cervicales
 - Pólipos endocervicales
 - Cáncer cervicouterino
 - Infecciones Vaginales
 - Várices vaginales y/o vulvares



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 9 de 25

Vigencia: 3 años

- Cuerpos extraños
- Laceraciones genitales
- **Ecografía vaginal:** si a la especuloscopia se precisa sangrado procedente del orificio cervical externo (OCE), se debe proceder a la evaluación ecográfica, la cual determinará si se aprecia o no gestación intrauterina o ectópica y la viabilidad fetal.
- **Gestación intrauterina**
 - Morfología normal y edad gestacional acorde: descartar amenaza de aborto (manejo según protocolo específico)
 - Morfología anormal: descartar mola hidatiforme, especialmente si se asocia a hipertensión arterial y clínica similar a hipertiroidismo. Se debe valorar b-HCG.
- **Si no se observa gestación intrauterina**
 - Aborto completo (manejo según protocolo específico)
 - Embarazo ectópico: evaluación ecográfica detallada de anexos y valoración de b-HCG

Edad gestacional menor que la calculada según FUR

B. Metrorragia de la segunda mitad del embarazo:

- **Evaluación del estado general y edad gestacional:**
 - FUR, ecotomografías previas y/o actual (cuando esté disponible y no retrase derivación oportuna).
 - Valoración del estado general de la paciente: en decúbito lateral establecer PA, pulso, temperatura. Auscultación de latidos cardíofetales (LCF).
- **Examen ginecoobstétrico inicial:**
 - Examen abdominal, altura y tono uterinos.
 - Especuloscopia para precisar cuantía y procedencia del sangrado, para excluir causas ginecológicas.



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 10 de 25

Vigencia: 3 años

- No realizar tacto vaginal si no se ha verificado que la placenta esté normoinsera.

- **Causas ginecológicas de genitorragia:**

- Cervicitis
- Erosiones cervicales
- Pólipos endocervicales
- Cáncer cervicouterino
- Infecciones Vaginales
- Várices vaginales y/o vulvares
- Cuerpos extraños
- Laceraciones genitales

- **Historia dirigida a precisar la causa:**

Características de la hemorragia, inicio, color, dolor, contracciones uterinas, antecedentes de traumatismo, presencia de hipertensión arterial, compromiso fetal, episodios previos de genitorragia, resultado del último Papanicolau, antecedentes de cirugías uterinas (cesáreas, miomectomías), consumo de cocaína y tabaquismo. Recordar que la metrorragia puede ser la primera manifestación de una rotura prematura de membranas.



PROTOCOLO RYCR
METRRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 11 de 25

Vigencia: 3 años

Tabla 1: Diagnóstico diferencial entre DPPNI, placenta previa y rotura uterina.

	DPPNI	Placenta previa	Rotura uterina
Incidencia	0,5 a 1%	0,2 a 0,5%	inhabitual
Inicio	brusco	Insidioso	brusco
Hemorragia	Interna o mixta	externa	Interna o mixta
Sangrado	roja oscura	roja brillante	roja
Hipertensión	frecuente	no	no
Shock	frecuente	ocasional	frecuente
Dolor	si	no	si
Ótero	hipertónico	relajado	no se palpa
Feto palpación	palpación difícil	normal	partes superficiales
Cicatriz uterina	no	eventualmente	habitual
Ecografía	placenta normoinserta	placenta previa	variable
Dinámica uterina	si	generalmente no	si
Sufrimiento fetal	variable	infrecuente	frecuente

- **Ecografía:** orientada a precisar localización placentaria, vitalidad fetal, perfil biofísico fetal (PBF), estimación de peso fetal y de la edad gestacional si no se dispone información previa, evaluación del líquido amniótico, localización del cordón umbilical y otros.
- **Manejo inicial y laboratorio:**
 - Vía venosa permeable
 - Hospitalización en área de parto, a fin de permitir una observación estricta de la condición hemodinámica (pulso, presión arterial, cuantía de la hemorragia, diuresis, necesidad de monitorizar presión venosa central).
 - Monitorización feta (en gestaciones mayores de 24 semanas, potencialmente viables)
 - Exámenes de laboratorio:
 - Hematocrito, clasificación de grupo y Rh en todas las pacientes.
 - Pruebas cruzadas en caso de necesidad de transfusión.
 - Estudio de coagulación en DPPNI o sospecha de coagulopatía por pérdida de sangre.



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 12 de 25

Vigencia: 3 años

- Recuento plaquetario, tiempo de protrombina (TP, INR), tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPK) y, en los casos de coagulopatía evidente, solicitar fibrinógeno, dímero-D y productos de la degradación del fibrinógeno (PDF) si están disponibles.

- **Manejo específico según la causa de metrorragia:**

1. **Placenta previa:**

- a. **Definición:**

Es aquella que se inserta en el segmento inferior del útero. Tradicionalmente se ha clasificado dependiendo de su ubicación en relación al orificio cervical interno, la cual es definible en forma simple y precisa mediante la ecografía.

- b. **Clasificación ultrasonográfica de la placenta previa:**

Tipo	Descripción
Oclusiva total	La placenta cubre completamente el orificio cervical interno y se extiende hacia la pared uterina opuesta
Marginal	El borde placentario se relaciona con el orificio cervical interno, sin sobrepasarlo
Inserción baja	El borde placentario no se relaciona con el orificio cervical interno, pero se encuentra a menos de 30 mm de éste.

- c. **Frecuencia y mortalidad:**

Se presenta en alrededor del 0,5% del total de los partos. En las ecografías de rutina del segundo trimestre, la placenta puede relacionarse con el orificio cervical interno hasta en un 6% de las mujeres. En ausencia de sintomatología



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 13 de 25

Vigencia: 3 años

este hallazgo no debe considerarse un signo de alarma, pues alrededor del 90% de las placentas previas diagnosticadas antes de las 20 a 24 semanas están normoinsertas al término.

La mortalidad es muy rara y de ocurrir se debe al sangrado masivo con o sin coagulación intravascular diseminada (CID).

a. Factores de riesgo asociados:

- i. Antecedente de cicatrices anteriores por cesárea previa (riesgo aumentado de acretismo)
- ii. Edad mayor a 35 años
- iii. Multiparidad
- iv. Antecedente de legrado uterino
- v. Embarazo gemelar
- vi. Tabaquismo
- vii. Residencia en altura
- viii. Miomas uterinos

b. Cuadro clínico:

El síntoma más frecuente es la pérdida indolora de sangre fresca, de magnitud variable y curso reincidente. Habitualmente no hay compromiso fetal a menos que haya un importante compromiso materno. Mientras más precozmente se presente el primer episodio, mayor es el riesgo perinatal.

f. Diagnóstico:

El diagnóstico anteparto de placenta previa se realiza mediante ecografía transabdominal y/o transvaginal, confirmando la relación del borde placentario con el cuello uterino. El método transvaginal debe preferirse en mujeres obesas y en placentas de localización posterior. La ecografía transvaginal es un método



PROCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 14 de 25

Vigencia: 3 años

seguro, puesto que el transductor no requiere conectarse con el cuello uterino para obtener imágenes adecuadas.

g. Manejo clínico:

- a. Hemorragia severa y compromiso hemodinámico: interrupción del embarazo mediante cesárea, independiente de la edad gestacional, la condición fetal o del tipo de placenta previa.
- b. Hemorragia moderada y embarazo mayor de 36 semanas: Interrupción del embarazo.
- c. Hemorragia moderada y embarazo menor de 36 semanas:
 - i. Conducta expectante con la paciente hospitalizada para efectuar estricta vigilancia materna y fetal.
 - ii. Reposo en cama.
 - iii. Inducción y madurez pulmonar con corticoides si la edad gestacional es menor a 35 semanas.
 - iv. Tocolisis si hay actividad uterina concomitante.
 - v. Vigilar hematocrito con el objeto de llegar al parto con valores sobre 28%
 - vi. Ferroterapia
 - vii. Medidas para facilitar evacuación intestinal
- d. Hemorragia leve o intermitente
 - i. Privilegiar la hospitalización
 - ii. En mujeres cuyo sangrado haya cesado por al menos 48 horas se puede plantear el manejo ambulatorio
 - iii. Interrupción del embarazo a las 36-37 semanas



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 15 de 25

Vigencia: 3 años

iv. Idealmente confirmar madurez pulmonar previo a la interrupción

v. El resto de las indicaciones como el punto anterior

Placenta previa asintomática: cesárea electiva a las 37 semanas si la placenta es oclusiva. En las placentas marginales o de inserción baja se puede esperar el inicio del trabajo de parto espontáneo y decidir la vía de parto según la evolución de cada caso

2. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI):

a. Definición:

Separación de la placenta de su inserción uterina después de las 20 semanas de embarazo y antes del nacimiento del feto.

b. Frecuencia y morbimortalidad:

Ocurre aproximadamente en el 1 a 2% de todos los embarazos. Puede poner en riesgo la vida de la mujer debido a la hemorragia y/o a la coagulopatía de consumo asociada. La mortalidad perinatal depende de la severidad del DPPNI y la edad gestacional.

c. Factores de riesgo:

- i. Síndrome hipertensivo del embarazo (especialmente preeclampsia e hipertensión crónica severa).
- ii. Traumatismos abdominales
- iii. Tabaquismo
- iv. Abuso de sustancias (cocaína y alcohol)
- v. Descompresión uterina repentina (rotura prematura de membranas, parto del primer gemelo)
- vi. Antecedentes de DPPNI en embarazos previos
- vii. Cordón umbilical corto
- viii. Malformación uterina



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 16 de 25

Vigencia: 3 años

d. Cuadro clínico:

Sangrado oscuro, de inicio brusco, cuantía variable y asociado a dolor abdominal. Contractilidad uterina con polisistolía e hipertono en las formas más graves, lo que ocasiona el compromiso hipóxico fetal. Las formas graves se acompañan de muerte fetal, decompensación hemodinámica materna y coagulación intravascular diseminada. Evidencia ecográfica del DPPNI: imagen retroplacentaria ecorrefringente, heterogénea, que puede aumentar el grosor placentario, con o sin disección de las membranas ovulares. La imagen puede evolucionar hacia la ecolucencia en la medida que el coágulo se desorganiza.

e. Clasificación operacional:

Tipo	Descripción
Moderado	Hemorragia escasa o moderada con el útero relajado o irritable, pero sin descompensación hemodinámica CID ni compromiso fetal. Puede seguir curso crónico.
Severo	Hemorragia severa o contenida en el hematoma retroplacentario y evidenciada por cuadro clínico y ultrasonido. Hipertonía uterina y descompensación hemodinámica con o sin CID. Compromiso fetal (sufrimiento fetal o muerte).

a. Manejo clínico:

i. DPPNI severo:

1. Metrorragia masiva, descompensación hemodinamica materna, CID, hipertonia uterina y/o sufrimiento fetal (con edad gestacional mayor a 25 semanas).
2. Interrumpir el embarazo inmediatamente por la via más expedita. En caso de óbito fetal, debe favorecerse un



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 17 de 25

Vigencia: 3 años

parto vaginal, pero es importante recordar que la muerte del feto traduce un desprendimiento masivo, con alto riesgo de descompensación hemodinámica y/o alteración significativa de las pruebas de coagulación.

3. Evaluación hemodinámica: administrar cristaloides y valorar la necesidad de transfundir glóbulos rojos. Acompañar una unidad de plasma fresco congelado por cada cuatro unidades de glóbulos rojos para evitar coagulopatía por dilución. Mantener hematocrito sobre 28% y diuresis sobre 30 ml/h.

4. Evaluación hemostática: orientada a manejo de CID.

ii. DPPNI moderado: el manejo depende de la edad gestacional

1. Edad gestacional mayor a 35-36 semanas: interrupción del embarazo mediante inducción oxiótica o cesárea según condiciones obstétricas.

2. Edad gestacional menor a 35-36 semanas: es posible el manejo expectante con vigilancia estricta. Inducción de madurez pulmonar, monitorización de la FCF y PBF cada 48-72 hrs, intercalado con doppler umbilical. Evaluación del líquido amniótico. Amniocentesis si se sospecha infección intrauterina subclínica. Evaluar individualmente la necesidad de tocolisis si hay contractilidad uterina (utilizar nifedipino como primera línea).

Histerectomía: tanto en pacientes sometidas a cesárea como aquellas que resuelven el parto por vía vaginal, pueden sufrir una hemorragia uterina como consecuencia de la infiltración hemática del útero (útero de Couvaliere). La decisión de practicar una histerectomía debe tomarse cuando el útero es



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 18 de 25

Vigencia: 3 años

incapaz de producir retracción y disminución de la hemorragia luego de masaje, oxitocina intramiometrial y precozmente en alteración de la coagulación.

3. Rotura uterina:

a. Definición:

Es la solución de continuidad de la pared uterina. Se denomina completa cuando existe compromiso del peritoneo visceral con frecuente extrusión de partes fetales en la cavidad peritoneal.

La forma incompleta se caracteriza porque la lesión sólo afecta el miometrio, respetando el peritoneo visceral.

b. Factores de riesgo:

- i. Cicatrices uterinas
- ii. Traumatismo uterino
- iii. Trabajo de parto prolongado
- iv. Maniobra de Kristeller

c. Diagnóstico y manejo clínico:

Los signos clásicos son: dolor abdominal brusco, sufrimiento fetal agudo, sangrado genital, shock, detención del trabajo de parto (elevación de la presentación al realizar tacto vaginal), palpación fácil de partes fetales por vía abdominal y muerte fetal. El signo más frecuente de sospecha es la alteración del registro de la frecuencia cardíaca fetal. Su diagnóstico anteparto obliga a una cesárea de urgencia.

La indicación de histerectomía se debe basar en la integridad del útero y en disminuir la incidencia de hemoperitoneo. La



PROCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 19 de 25

Vigencia: 3 años

histerectomía subtotal es una alternativa razonable cuando existen dificultades técnicas o equipo quirúrgico no experimentado.

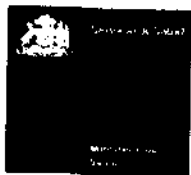
9. DESARROLLO.

9.1. Conducta a seguir por parte del médico APS:

- Evaluación clínica completa
- En servicios de atención primaria de urgencia en los cuales se encuentre disponible el equipamiento técnico: especuloscopia.
- Derivación oportuna, estimando riesgo vital.

9.2. Derivación de pacientes desde APS a Servicio de Urgencias Ginecológica del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- *LO PRIMORDIAL ES QUE EL EMBARAZO HAYA SIDO DOCUMENTADO POR ULTRASONIDO, SI SE CONFIRMA EMBARAZO INTRAUTERINO VIVO Y NO PRESENTA FIEBRE SE RECOMIENDA ECOGRAFIA CONTROL EL 7 - 14 DIAS, PARA CERTIFIAR VITALIDAD EMBRIONARIA. SI EL SANGRADO A PESAR DE SER LEVE NO CEDE EN 24 HORAS, NO SE DERIVA A ARO, SINO A URGENCIA DE MATERNIDAD PARA EVALUACION POR ESPECIALISTA.*
- *SI NO SE HA DOCUMENTADO EL EMBARAZO SE DERIVA AL SERVICIO DE URGENCIA GINECOLÓGICA, CON EL FIN DE REALIZAR UNA ECOGRAFIA TRANSVAGINAL PARA UN ADECUADO Y OPORTUNO **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**.*
- Las embarazadas que presenten metrorragia del primer trimestre con genitorragia severa y/o compromiso hemodinámico: estabilizar



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 20 de 25

Vigencia: 3 años

y derivar a urgencia obstétrica del HETG. **DERIVACION INMEDIATA.**

- Las embarazadas que presenten metrorragia de la segunda mitad del embarazo: estabilizar y derivar a la urgencia obstétrica del HETG. No realizar tacto vaginal. **DERIVACION INMEDIATA.**

9.3. Exámenes que debe solicitar el médico APS previo a la derivación al servicio de urgencias.

- No requiere

9.4. Documentos emitidos por el médico tratante de APS:

El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) al Servicio de Urgencias, que contenga:

- Datos del paciente (nombre, Rut, edad).
- Anamnesis pertinente.
- Hallazgos del examen físico pertinentes.
- Hipótesis diagnóstica.
- Exámenes y sus resultados (hoja impresa o fotocopia adjunta).
- Tratamientos administrados o previos (indicar tipo, fecha, duración), si corresponde.
- Nombre, Rut, firma, timbre del profesional.

9.5. Conducta a seguir por parte del médico ginecólogo:

5 SON LAS PREMISAS PRINCIPALES EN EL MANEJO DE UNA PACIENTE CON METRORRAGIA DEL II Y III TRIMESTRE DE LA GESTACION:

1. ESTABILIZAR A LA MADRE



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 21 de 25

Vigencia: 3 años

2. EVALUAR LA UNIDAD FETO PLACENTARIA.
3. REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO.
4. EVENTUALMENTE DEPENDIENDO DE LA EDAD GESTACIONAL USO DE CORTICOIDES.
5. DECIDIR EL MOMENTO DE LA INTERRUPCION. DE MANERA GENERAL:

1. Hospitalizar en prepartos.
2. Reposición de volumen
3. Laboratorio
4. Examen físico obstétrico: Abdominal: Tono uterino, dinámica uterina, palpación de partes fetales, especuloscopia, NO REALIZAR TACTO VAGINAL.
5. Ecografía: Transvaginal (localizar la placenta y cervicometría sobre todo en gestaciones menores a 35 semanas)
6. Obstétrica: Estimación de peso fetal, cuantificación de líquido amniótico, localización del cordón, determinar o reevaluar edad gestacional.
7. Si la paciente es RH negativa no sensibilizada administrar inmunoglobulina anti RhD.

En la evaluación de una paciente con DPPNI el diagnóstico se basa en la clínica, y su interrupción dependerá del grado de compromiso materno y fetal, esta misma debe realizarse por la vía más expedita.

En contraposición a ello la ecografía es el mejor método para el diagnóstico de placenta previa, su manejo varía y depende de la cuantía del sangrado e idealmente puede mantenerse un manejo expectante (siempre vigilantes de hemodinamia materna y la unidad feto placentaria) y se debe interrumpir entre 36 y 37 semanas, siendo la cesárea la vía de elección.



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 22 de 25

Vigencia: 3 años

9.6. Contrarreferencia:

- El médico especialista contra referirá a aquellos pacientes sin criterio de manejo en nivel secundario, habiéndose descartado patología de urgencia.
- Todo paciente evaluado en la atención secundaria, debe ser referido por el médico especialista, mediante el Formulario de Contrarreferencia, el cual debe contener: diagnóstico definitivo, exámenes realizados y resultados, indicaciones de tratamiento, próximos controles en APS y/o nivel secundario, según corresponda. Siempre señalando nombre, Rut, timbre y firma.

9.7. Tiempos de resolución:

- Patologías de Urgencia Obstétricas se resolverán según tiempos establecidos en protocolos internos del Servicio de Urgencia.



PROCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

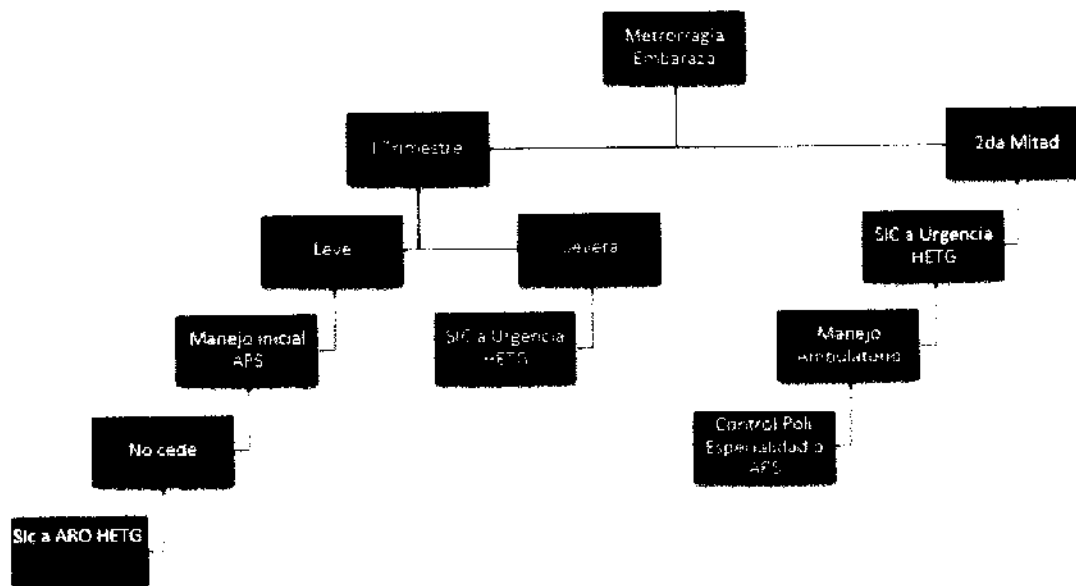
Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 23 de 25

Vigencia: 3 años

10. FLUJOGRAMA.





PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 24 de 25

Vigencia: 3 años

11. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.

- Médico interfase del servicio de Ginecología del Hospital Ernesto Torres Galdames.
- Encargada del programa de Salud de la Mujer del Servicio de Salud.
- Referente de referencia y contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique

12. PLAN DE DIFUSION

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta.

Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del servicio de salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizara una primera reunión con médicos interfase de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Se realizara una nueva revisión y actualización del protocolo en mayo 2021.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 25 de 25

Vigencia: 3 años

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Ministerio de Salud. Guía clínica perinatal 2015.
- Guía práctica de urgencias en obstetricia y ginecología. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2008.
- Manual de Obstetricia. Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico de la Universidad de Chile. 2005.

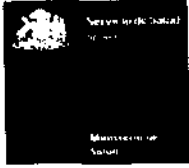


PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED MORTALIDAD PERINATAL PREVIA

SERVICIO SALUD IQUIQUE

2018- 2021

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
<p><i>[Signature]</i> Dr. Miguel Estévez Cesar Hospital E. Torres G.</p> <p>Dr. Sebastián Escobar D. Médico EDF CGR Huara Servicio Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. Paloma Ly Sánchez Médico EDF CESFAM Pedro Pulgar Servicio Salud Iquique</p>	<p>Dr. Jose Domingo Marquez Hospital E. Torres G. Jefe Servicio Ginecología Hospital E. Torres G.</p> <p><i>[Signature]</i> M. Alejandra Aranibar M. Encargada (s) programa de Salud de la Mujer Servicio de Salud Iquique</p>	<p><i>[Signature]</i> Patricia Quintard Rojas Directora (s) Servicio de Salud Iquique</p>
Fecha: Mayo 2018	Fecha revisión: Mayo 2018	Fecha próxima revisión: Mayo 2018



PROTOCOLO RYCR
MORTALIDAD PERINATAL PREVIA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-020

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 2 de 10

Vigencia: 3 años

INDICE

DECLARACIÓN DE INTERES	3
INTRODUCCION.....	3
MAPA DE RED	3
OBJETIVOS	3
ALCANCE O AMBITO DE APLICACIÓN	4
RESPONSABLES	5
POBLACION OBJETIVO	5
DEFINICIONES	5
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO	6
FLUJOGRAMA	8
INDICADOR	9
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN	9
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	10



PROTOCOLO RYCR
MORTALIDAD PERINATAL PREVIA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-020

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 3 de 10

Vigencia: 3 años

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.

No se declara conflictos de interés.

2. INTRODUCCIÓN.

La tasa de mortalidad perinatal es un indicador que resume el riesgo de morir del feto y recién nacido como consecuencia del proceso reproductivo. Contribuyen además los factores ambientales y el grado de desarrollo social, económico y sanitario de un país.

3. MAPA DE RED.



4. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

- Establecer un proceso de derivación de patologías de alto riesgo obstétrico con integración y coordinación eficaz entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional, fortaleciendo la continuidad de la atención al interior de la red asistencial.



PROTOCOLO RYCR
MORTALIDAD PERINATAL PREVIA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-020

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 4 de 10

Vigencia: 3 años

- Definir criterios estandarizados de derivación y priorización de pacientes embarazadas, mejorando la pertinencia de la referencia y contrarreferencia entre los niveles primario (APS), secundario y terciario de la red asistencial de la Región de Tarapacá.
- Mejorar los canales de comunicación existentes entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar criterios de manejo y derivación frente a pacientes gestantes con antecedentes de mortalidad perinatal previa.
- Entregar recomendaciones para pesquisa oportuna previniendo complicaciones secundarias.

5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), Servicios de urgencia rural (SUR), Servicios de atención primaria de Urgencia (SAPU), Centros de salud familiar (CESFAM), Consultorio adosado de especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (CAE-HETG) y Unidad de Emergencia Hospitalaria el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (UEH-HETG), respectivamente.



PROTOCOLO RYCR
MORTALIDAD PERINATAL PREVIA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-020

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 5 de 10

Vigencia: 3 años

6. RESPONSABLES DE SU EJECUCION

Responsable de ejecución.

- Médico y matrona de APS son responsables de pesquisar y derivar pacientes que cumplen con las características señaladas en este documento.
- Médico Especialista del HETG es responsable de confirmar y/o descartar el diagnóstico, indicar tratamiento y seguimiento, así como realizar la contrarreferencia a APS.

7. POBLACIÓN OBJETIVO.

El protocolo va destinado principalmente a pacientes embarazadas con antecedente de mortalidad perinatal en gestación(es) anterior(es).

8. DEFINICIONES.

- La Mortalidad Perinatal es la suma de la mortalidad fetal tardía y mortalidad neonatal precoz. Es útil para evaluar el control prenatal, la atención del parto y la atención recién nacido.
- En el año 2012 de un total de 1812 defunciones infantiles menores de 1 año, el 57% fueron defunciones neonatales precoces y del total de defunciones infantiles, el 72% correspondieron a defunciones neonatales (menores de 28 días).
- Las malformaciones congénitas, pasaron del 15% AL 34% de las causas de defunciones de menores de 1 año de edad entre 2000 y 2012 respectivamente.
- Las cinco primeras causas específicas de muerte del menor de un año son: prematuridad extrema, malformaciones congénitas del corazón, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, malformaciones congénitas del sistema nervioso y malformaciones congénitas del sistema osteomuscular.
- Es necesario fomentar la atención postnatal, dado el riesgo elevado de mortalidad y morbilidad materna en las 48 hrs siguientes del parto.



PROCOLO RYCR
MORTALIDAD PERINATAL PREVIA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-020

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 6 de 10

Vigencia: 3 años

9. DESARROLLO.

9.1 Derivación de pacientes desde APS al Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del Consultorio Adosado de Especialidades en el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- Con antecedentes de muerte fetal (desde las 16 semanas en adelante) o neonatal, derivar a las 10 semanas de Gestación para ecotomografía de las 11 a 14 semanas.
- Luego, derivar a las 22-24 semanas.

9.2 Conductas y exámenes solicitados por médico de APS previo a la derivación y que debe presentar el paciente en Policlínico de alto Riesgo Obstétrico (ARO) en el Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames al momento de su atención con el médico especialista:

- Historia clínica completa.
- Describir examen físico general y obstétrico detalladamente.
- Exámenes del control prenatal al día.
- Ecotomografía, en caso de contar con ella.

9.3 Documentos emitidos por el médico y/o matrona tratante de APS:

- La matrona y/o médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) que contenga:
 - Datos del paciente (nombre, RUT, edad). El resto de los datos es responsabilidad de la sala SIC de cada centro de APS.
 - Anamnesis lo más completa posible, haciendo énfasis en las características de la muerte perinatal previa (edad de gestación, patología materna o fetal conocida, término del embarazo, etc.).



PROTOCOLO RYCR
MORTALIDAD PERINATAL PREVIA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-020

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 7 de 10

Vigencia: 3 años

- Hallazgos del examen físico.
- Hipótesis diagnóstica y tratamiento administrado.
- Exámenes y sus resultados.
- Nombre, Rut, firma, timbre del profesional.

9.4 Criterios de priorización para atención en Poli Alto Riesgo Obstétrico (ARO):

Toda gestante con antecedentes de mortalidad Perinatal Previa, deberá ser atendida dentro de los primeros 5 días posteriores a la derivación.

9.5 CONTRARREFERENCIA y documentos emitidos por el médico especialista de atención secundaria.

- El médico especialista remitirá el formulario de Contrarreferencia señalando: diagnóstico definitivo, indicaciones de tratamiento y período del próximo control en nivel primario y/o secundario según corresponda. Sin factor de riesgo asociado posterior a ecotomografía de 22 – 24 semanas se deriva a nivel primario para mantener controles usuales.



PROCOLO RYCR
MORTALIDAD PERINATAL PREVIA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-020

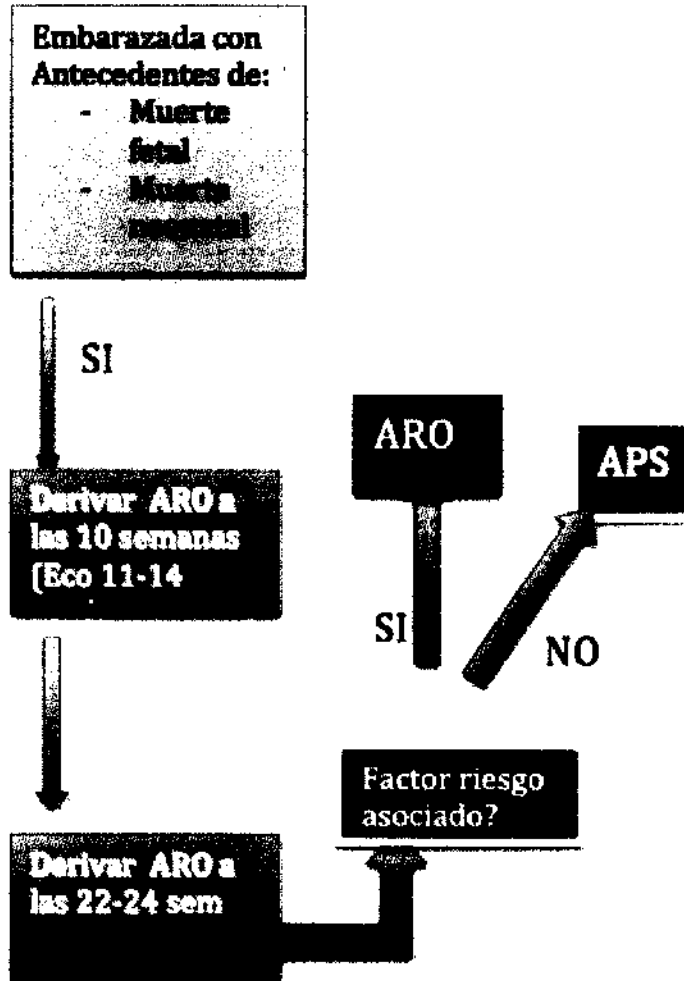
Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 8 de 10

Vigencia: 3 años

10. FLUJOGRAMA





PROTOCOLO RYCR
MORTALIDAD PERINATAL PREVIA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-020

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 9 de 10

Vigencia: 3 años

11. INDICADOR.

Numerador: Σ de los tiempos (en días) desde la derivación a la primera atención por especialidad de las pacientes con diagnóstico de mortalidad perinatal previa

Denominador: N° total de pacientes derivados a ARO en la muestra del periodo a evaluar

12. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.

- Médico interfase del servicio de Ginecología del Hospital Ernesto Torres Galdames.
- Encargada del programa de Salud de la Mujer del Servicio de Salud.
- Referente de referencia y contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique



PROTOCOLO RYCR
MORTALIDAD PERINATAL PREVIA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-020

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 10 de 10

Vigencia: 3 años

13. PLAN DE DIFUSION

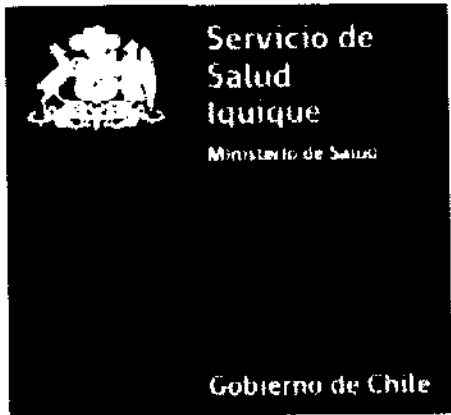
La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta.

Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del servicio de salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizara una primera reunión con médicos interfase de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Se realizara una nueva revisión y actualización del protocolo en mayo 2021.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- *Guía Perinatal 2015 (MINSAL).*
- *Estadísticas de Natalidad y Mortalidad Chile (DEIS), año 2012.*



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
PROLAPSO GENITAL
2018 - 2021**

ELABORACIÓN:	REVISIÓN:	APROBACIÓN:
<p>Dra. Dominique Larroucau Salas Médico Gineco-Obstetra Hospital Ernesto Torres Galdames</p> <p>Dra. Khanty Loyola Avila Médico EDF C.G.R Camiña</p> <p>Dr. Rodrigo Gurrea Matus Médico EDF C.G.R Pozo Almonte</p>	<p><i>Paloma Ly Sánchez</i> Dra. Paloma Ly Sánchez Médico EDF Encargado R y CR Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>Kunshara A.</i> Kunshara A. Departamento de calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>Alejandra Aranibar M</i> M. Alejandra Aranibar M Programa Salud de la Mujer Servicio de Salud Iquique</p>	<p><i>Patricia Quintard Rojas</i> Patricia Quintard Rojas Directora(s) Servicio de Salud Iquique</p>
Elaboración: Abril 2018	Revisión: Mayo 2018	Próxima Revisión: Mayo 2021



PROTOCOLO RYCR
PROLAPSO GENITAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-004

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 2 de 17

Vigencia: 3 años

INDICE

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES	3
INTRODUCCIÓN.....	3
MAPA DE RED	4
OBJETIVOS	4
ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN	5
RESPONSABLES	5
DEFINICIONES	6
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO	10
FLUJOGRAMA	14
INDICADOR	16
BIBLIOGRAFÍA	17



PROTOCOLO RYCR
PROLAPSO GENITAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-004

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 3 de 17

Vigencia: 3 años

1. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERES:

No se declara conflictos de interés de los autores ni los revisores del siguiente Protocolo.

2. INTRODUCCIÓN:

El prolapso de órganos pélvicos se encuentra agrupado dentro de las disfunciones del piso pélvico junto a la incontinencia urinaria y fecal. Podemos hablar del prolapso en forma anatómica como el descenso de alguno de los órganos pélvicos (vejiga, útero, cúpula vaginal, recto) dentro o más allá de la vagina, periné o canal anal. Estas son patologías comunes en la población general femenina. Al analizar el prolapso genital podemos distinguir el prolapso de pared anterior y/o posterior de vagina y el prolapso uterino, o de cúpula vaginal en las pacientes hysterectomizadas. Actualmente no existe una definición exacta de esta patología debido a la falta de criterios que distingan entre el soporte normal y patológico del tracto genital en la población, esto dado principalmente por la gran frecuencia con que se encuentra en pacientes asintomáticas y a la falta de una buena descripción de la distribución del soporte normal del tracto genital en la población general femenina. La mayoría de las veces estos defectos no ocurren en forma aislada, sino que se combinan. Es así como a una gran parte de las pacientes que se someten a cirugía se les realiza más de un procedimiento.



PROTOCOLO RYCR
PROLAPSO GENITAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-004

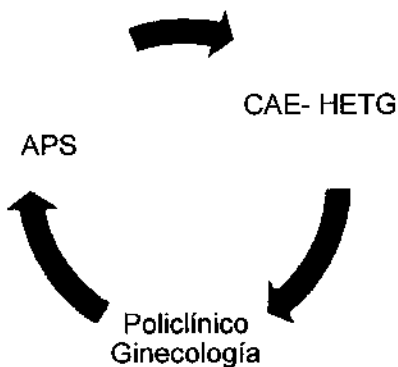
Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 4 de 17

Vigencia: 3 años

3. MAPA DE RED:



4. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERESES:

No se declara conflictos de interés de los autores ni los revisores del siguiente protocolo.

5. OBJETIVO GENERAL:

- Establecer un proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes con patologías ginecológica, que facilite la integración y coordinación eficaz entre los niveles primario, secundario y terciario de atención en salud de la red asistencial de la Región de Tarapacá.
- Instaurar criterios de derivación concretos, que permitan referir de forma precoz y pertinente, aquellos usuarios con patologías ginecológicas, desde nivel primario al nivel secundario o terciario, según corresponda.



PROTOCOLO RYCR
PROLAPSO GENITAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-004

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 5 de 17

Vigencia: 3 años

- Optimizar los canales de comunicación existentes entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Entregar criterios de manejo y derivación oportuna frente a pacientes que presenten prolapso genital.
- Entregar recomendaciones para prevenir y disminuir las complicaciones asociadas a prolapso.

6. ALCANCE O CAMPO DE APLICACIÓN:

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario, lo que incluye: Postas de Salud Rurales (PSR), Consultorios Generales Rurales (CGR) Servicios de Urgencia Rurales (SUR), Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Centros de Salud Familiar (CESFAM), Consultorio Adosado de Especialidades de Hospital Dr. Ernesto Torres Galdámez (CAE – HETG) y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG), respectivamente.

7. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD:

7.1 Responsable ejecución.

- Médico de APS es responsables de pesquisar y derivar pacientes que cumplen con las características señaladas en este documento.
- Matrona de APS es responsable de pesquisar y derivar a médico de atención primaria para la evaluación clínica pertinente.
- El médico especialista del HETG es responsable de confirmar y/o descartar el diagnóstico, indicar tratamiento y seguimiento.
- Médico especialista es responsable de realizar la contrarreferencia a APS.



PROTOCOLO RYCR
PROLAPSO GENITAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-004

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 6 de 17

Vigencia: 3 años

7.2 Responsable del seguimiento y evaluación:

Médico interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.

- Médico interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y velar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando al Jefe CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) del HETG es responsable de informar al Gestor de la Red, para que se realice una evaluación de los indicadores de la red asistencial y así generar acciones de mejoramiento.

8. DEFINICIONES:

- **Prolapso** de los órganos pélvicos corresponde a un descenso anormal o herniación de los órganos pélvicos hacia el canal vaginal, a partir de su posición normal en la pelvis. Las estructuras pélvicas que pueden estar involucrados incluyen el útero (prolapso uterino) o el ápice vaginal (prolapso vaginal apical), la vagina anterior con herniación de vejiga y/o uretra (cistocele, uretrocele), o en la vagina posterior (rectocele).
- La etiología es compleja y multifactorial y ocurre por la pérdida del soporte de los órganos pélvicos los cuales se sustentan y apoyan por el complejo de ligamentos uterosacros/cardinal, el músculo elevador del ano, y la fascia endopelvica. Por lo tanto, el daño de cualquiera de estas estructuras puede resultar en prolapso.



PROTOCOLO RYCR
PROLAPSO GENITAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-004

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 7 de 17

Vigencia: 3 años

- El prolapso genital está presente en el 50% de las mujeres multiparas, sin embargo la mayoría no son clínicamente significativos y no requieren tratamiento.
- Sólo el 10-20% de los prolapsos genitales requieren tratamiento quirúrgico.

8.1 SINTOMATOLOGÍA:

- Sensación de bulto o masa que protruye en la vagina, y aumenta con la tos, estornudos o actividad física y a medida que progresa el día.
- Disfunción sexual asociado a prolapso genital: Dispareunia, disminución de la sensibilidad vaginal.
- Síntomas urinarios: Incontinencia urinaria concomitante, retención urinaria, infecciones recurrentes del tracto urinario.
- Disfunción defecatoria: Constipación, evacuación fecal incompleta.
- Dolor lumbar o pélvico crónico.
- Spotting o sangrado secundario a ulceración del epitelio expuesto.

8.2 DIAGNÓSTICO:

- El diagnóstico es principalmente clínico basado en la anamnesis y examen físico completo con énfasis en el examen ginecológico (en posición de litotomía con y sin maniobras de valsalva y de pie), rectal y neurológico.
- Toda incontinencia urinaria concomitante se debe estudiar, ya que no siempre es secundaria al prolapso.



PROCOLO RYCR
PROLAPSO GENITAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-004

Edición: Segunda

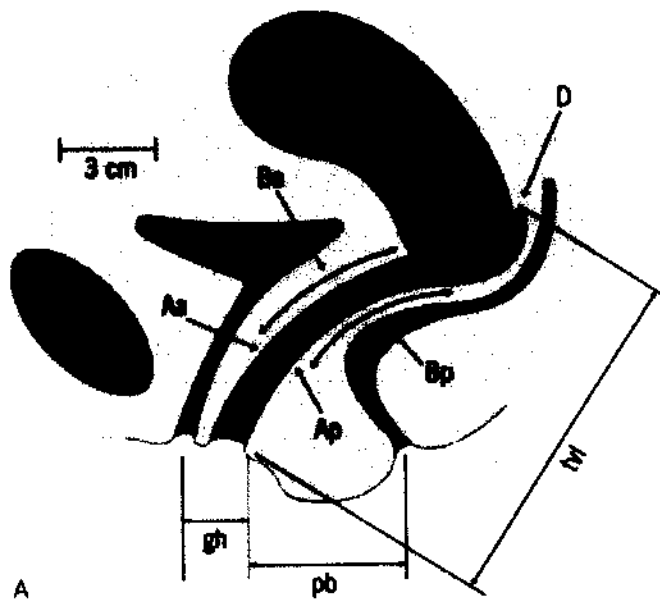
Fecha: Mayo 2018

Página: 8 de 17

Vigencia: 3 años

8.3 CLASIFICACIÓN:

La mayoría de los clínicos utiliza la clasificación ICS (POP-Q) que corresponde a una estandarización de la cuantificación del prolapso genital en la evaluación clínica (Pelvic Organ Prolapse Quantification). El POP-Q tiene como punto de referencia es el himen de la paciente y 6 puntos de reparo de órganos pélvicos. (*Am J Obstet Gynecol* 1996;175:10-7)





PROTOCOLO RYCR
PROLAPSO GENITAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-004

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 9 de 17

Vigencia: 3 años

Punto	Descripción	Rango de Valores
Aa	Pared vaginal anterior, 3 cm proximal al himen	-3cm a +3 cm
Ba	Porción más distal de la pared vaginal antero superior	-3 cm a + tvl
C	Borde cervical más distal	
D	Fondo cervical posterior (N/A si es post-histerectomía)	
Ap	Pared vaginal posterior 3 cm proximal al himen	-3cm a +3cm
Bp	Porción más distal de la pared vaginal postero superior	-3cm a tvl
Gh(hiato genital)	Medido desde la mitad del meato uretral externo a la línea media posterior del himen	
Pb (cuerpo perineal)	Medido desde el margen posterior de gh hasta la mitad del orificio anal	
Tvl (longitud vaginal total)	Profundidad de la vagina cuando el punto C o D se reduce a la posición normal	

- **Etapla 0:** No hay descenso de las estructuras pélvicas durante el esfuerzo. No hay prolapso. Puntos Aa, Ap están a -3cm y puntos D $\leq \text{tlv} -2$.
- **Etapla I:** El borde más distal del prolapso no desciende más de 1 cm del anillo himeneal. Puntos Aa, Ap, c y D están todos $< -1\text{cm}$.
- **Etapla II:** Descenso máximo del prolapso es de 1 cm por encima y 1 cm por debajo del himen. El borde más distal del prolapso se extiende desde 1 cm alrededor del himen a 1 cm a través del anillo himeneal. Los puntos As, Ap, Ba, C y D están entre ≥ -1 y $\leq +1$.



PROTOCOLO RYCR
PROLAPSO GENITAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-004

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 10 de 17

Vigencia: 3 años

- **Etapas III:** El prolapso se extiende más de 1 cm más allá del himen, pero no más de 2 cm de la longitud vaginal total, no hay eversión vaginal completa. Cualquiera o todos los puntos son mayores que +1.
- **Etapas IV:** Corresponde a la eversión completa o procidencia. La parte más distal del prolapso está a \geq tlv -2.

9. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

9.1 Conductas a realizar por médico y matrona APS previo a derivación:

- Realizar una evaluación clínica completa, incluyendo inspección y tacto vaginal.
- Cualquier mujer con síntomas de prolapso genital en la cual el borde más distal del prolapso este alrededor del himen debe ser definido como prolapso.

9.2 Exámenes a solicitar por médico o matrona APS previo a derivación:

- Examen de orina y urocultivo
- PAP vigente
- Si se sospecha cistocele en etapas III-IV solicitar uremia, creatininemia, nitrógeno ureico y ecografía renal*
- Ecografía abdominal* en caso de sospecha de masa pélvica.

*Según disponibilidad



PROTOCOLO RYCR
PROLAPSO GENITAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-004

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 11 de 17

Vigencia: 3 años

9.3 Derivación de pacientes por médico de APS a Policlínico de Ginecología en el Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- Prolapso etapa I-II sintomático
- Prolapso etapa III-IV
- Dolor pélvico o lumbar crónico
- Dispareunia
- Incontinencia urinaria

9.4 Derivación por médico a UEH (Unidad de Emergencia Hospitalaria) ante:

- Retención urinaria
- Disquexia severa

9.5 Documentos emitidos por médico de APS:

- El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) que contenga:
 - Datos del paciente (Nombre, Rut, Edad). El resto de los datos es responsabilidad de la sala SIC de cada centro APS.
 - Anamnesis, RN macrosómico, parto con Fórceps, embarazo gemelar, Multiparidad, MAC, Paridad, FUR.
 - Hallazgos del examen físico, describir tacto vaginal, escapes de orina.
 - Hipótesis diagnóstica y tratamiento indicado
 - Exámenes y resultados
 - Nombre, Rut, firma y timbre del profesional.



PROCOLO RYCR
PROLAPSO GENITAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-004

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 12 de 17

Vigencia: 3 años

9.6 Criterios de derivación a médico especialista en Policlínico de Ginecología:

9.6.1 Evaluación en 30 a 60 días:

- Retención urinaria por cistocele severo.
- Infecciones urinarias a repetición asociadas a prolapso genital.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a prolapso genital.
- Dispareunia asociada a prolapso genital.

9.6.2 Evaluación en 7 días: (Criterios de Urgencia)

- Disquexia o incontinencia de fecas o gases asociada a prolapso genital.
- Hemorragia genital por úlceras de decúbito en el cérvix o vagina asociada a prolapso genital severo.

9.7 Acciones a realizar por el médico especialista en el nivel secundario:

- Confirmación diagnóstica y clasificación de severidad
- Completar el estudio y evaluar condiciones asociadas (Evaluación de la posición y movilidad uretral a través de Q-Tip Test según corresponda)
 - Tratamiento médico o quirúrgico según corresponda



PROCOLO RYCR
PROLAPSO GENITAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-004

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 13 de 17

Vigencia: 3 años

9.8 CONTRARREFERENCIA y documentos emitidos por el médico especialista tratante a APS:

- El médico especialista debe contrarreferir mediante el formulario oficial para la Contrarreferencia el cual debe incluir: diagnóstico definitivo, indicaciones de tratamientos, exámenes realizados, próximos controles en APS y/o nivel secundario. Indicando nombre, Rut, firma y timbre de médico especialista.
- Se contra derivará a aquellas pacientes en que se descarte prolapso u otras patologías relacionadas que requieran mantener control en nivel de atención primaria.



PROTOCOLO RYCR
PROLAPSO GENITAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-004

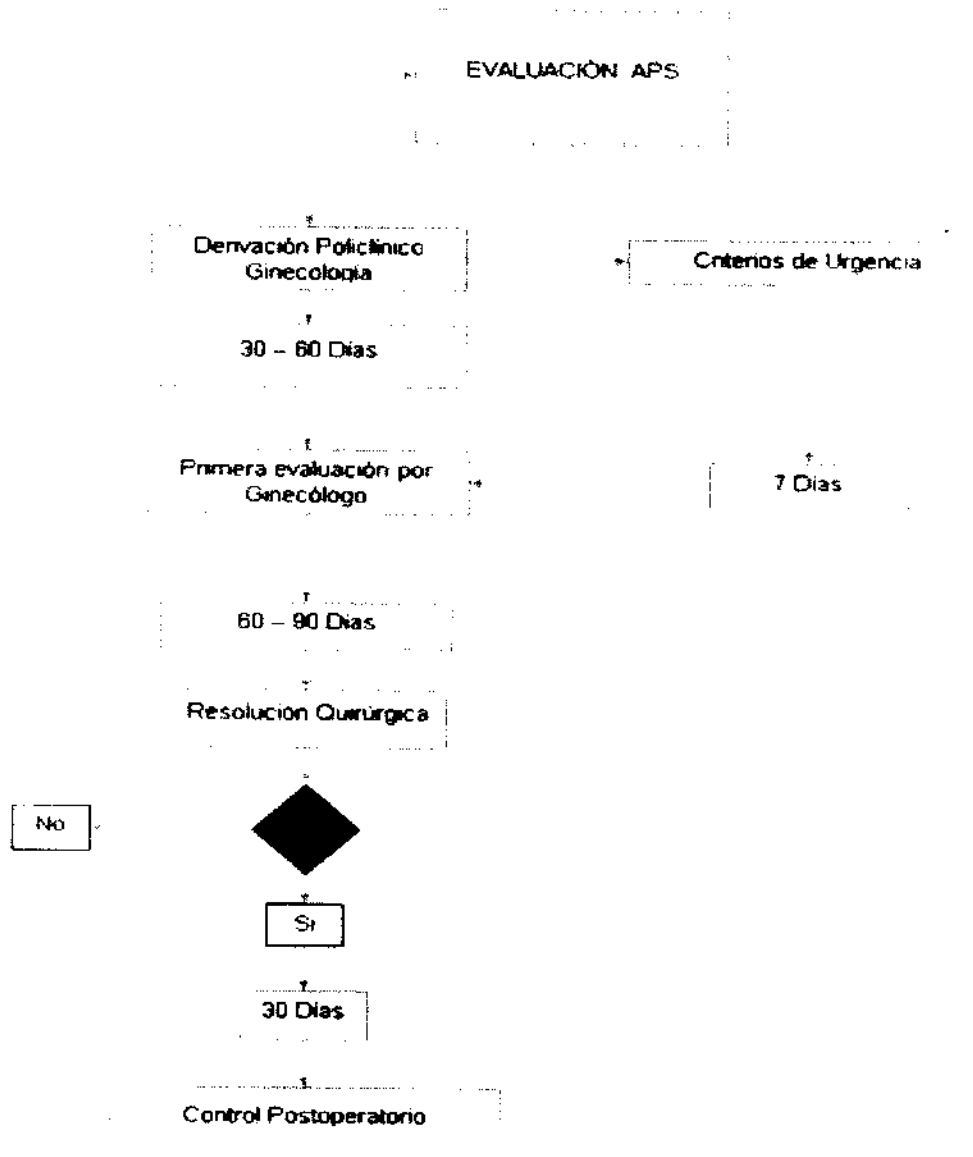
Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 14 de 17

Vigencia: 3 años

10. Flujograma.





PROTOCOLO RYCR
PROLAPSO GENITAL

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

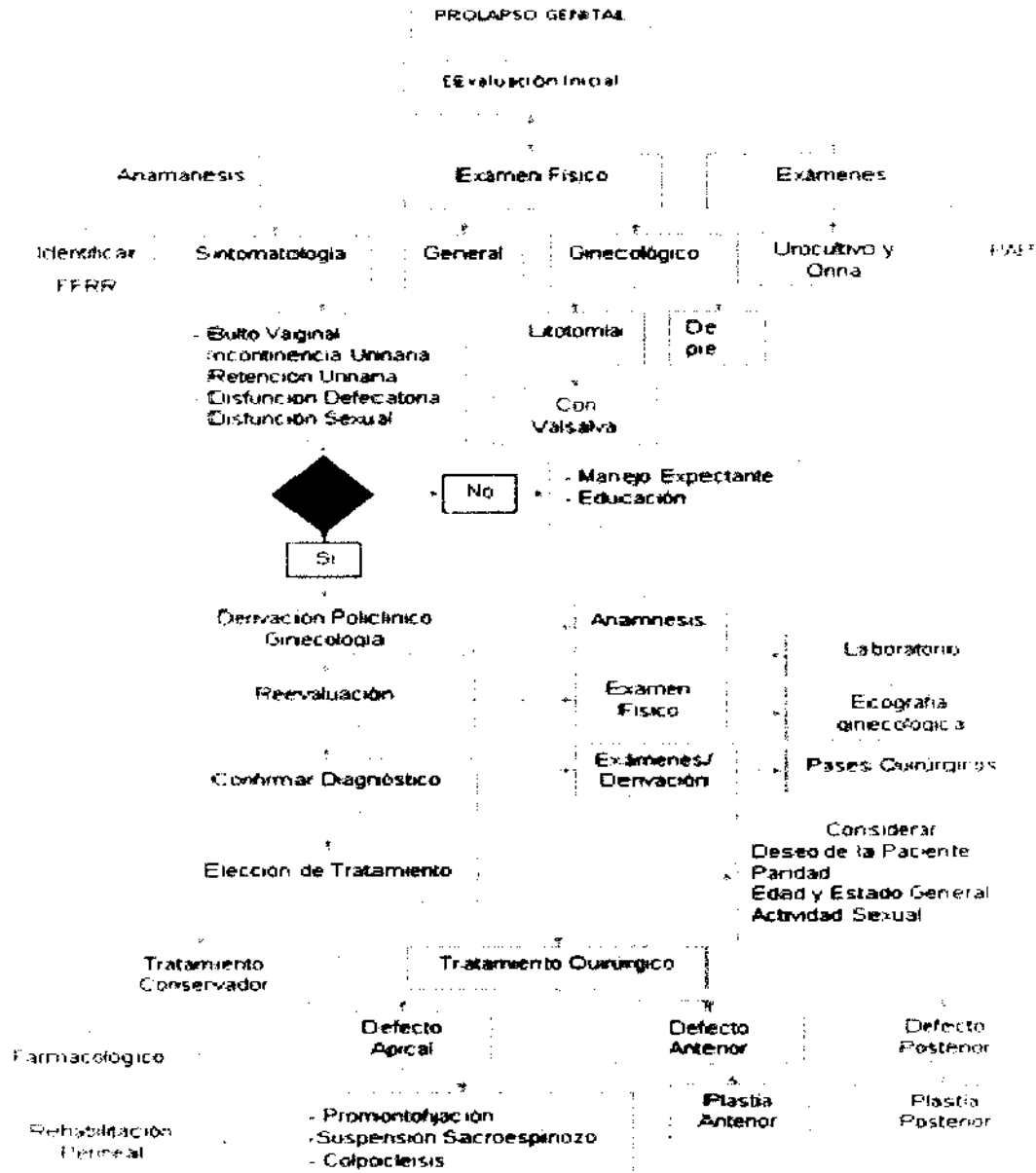
Código: RCR-GIN-004

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 15 de 17

Vigencia: 3 años





PROCOLO RYCR
PROLAPSO GENITAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-004

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 16 de 17

Vigencia: 3 años

11. INDICADOR

Numerador: Σ de los tiempos (en días) desde la derivación a la primera atención por especialidad de las pacientes con diagnóstico de prolapso genital

Denominador: N° total de pacientes derivadas a ginecología en la muestra de periodo a evaluar

12. PLAN DE DIFUSION

- La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta. Con el fin de realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:
 - Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del Servicio de Salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
 - Se realizará una primera reunión con médicos interfase de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
 - Reuniones mensuales para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
 - Se realizará una nueva revisión y actualización del protocolo en mayo del 2021.
 - Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.



PROTOCOLO RYCR
PROLAPSO GENITAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-004

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 17 de 17

Vigencia: 3 años

13. BIBLIOGRAFÍA

- Alan J, Louis R, Kavoussi, Andrew C, Novick, Alan W, Partin, Craig A, Editores. Campbell-Walsh Urology. 10ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2012. p. 1896-1908.e30.
- Jhansi R, Marie P, Randolph L, et al. Pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol. 2011; 6: 1273-1280.



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
“PUERPERIO EN ADOLESCENTE”
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
2018 – 2021

<p>Elaborado Por:</p> <p><i>Patricia Colmenares Mejía</i> Dra. Patricia Colmenares Mejía Médico Gineco-Obstetra Hospital Ernesto Torres Galdames</p> <p><i>Claudio Lema Olivares</i> Dr. Claudio Lema Olivares Médico Cirujano – EDF CESFAM Pedro Pulgar Melgarejo</p> <p><i>Mariela Villalobos Bernal</i> Dra. Mariela Villalobos Bernal Médico Cirujano – EDF CESFAM Pozo Almonte</p>	<p>Revisado Por:</p> <p><i>José Domingo Marquez</i> Dr. José Domingo Marquez Médico Gineco-Obstetra Jefe de Servicio Hospital Ernesto Torres Galdames</p> <p><i>Paloma Ly Sánchez</i> Dra. Paloma Ly Sánchez Médico EDF Encargado R y CR Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>Yolanda Quishara A.</i> Yolanda Quishara A. Departamento de calidad Servicio de Salud Iquique</p>	<p>Aprobado Por:</p> <p><i>Patricia Quintard Rojas</i> Patricia Quintard Rojas Directora (s) Servicio de Salud Iquique</p>
<p>Fecha elaboración:</p> <p>Mayo 2018</p>	<p>Fecha revisión:</p> <p>Mayo 2018</p>	<p>Fecha próxima revisión:</p> <p>Mayo 2018</p>



PROCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 2 de 26

Vigencia: 3 años

INDICE

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES	3
INTRODUCCIÓN	3
MAPA DE RED.....	4
OBJETIVOS	4
ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN	5
RESPONSABLES	6
POBLACIÓN OBJETIVO	7
DEFINICIONES	7
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO.....	8
FLUJOGRAMA.....	24
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN	25
PLAN DE DIFUSION.....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	26



PROTOCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 3 de 26

Vigencia: 3 años

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.

En este protocolo no existen relaciones que podrían ser percibidas como potenciales conflictos de interés.

2. INTRODUCCIÓN.

El puerperio cuenta con una serie de cambios fisiológicos, anatómicos y del estado mental en la mujer, que deben ser conocidos adecuadamente para la pesquisa precoz de patologías.

Durante éste periodo existen dos causas frecuentes de morbimortalidad: las hemorragias y las infecciones. La anemia, por lo general, se debe a la deficiencia de hierro y a la pérdida de sangre; las infecciones son resultado de una endometritis puerperal y causan más carga económica al prolongar la estancia hospitalaria. Pacientes anémicas tienen mayor tendencia a la infección.

En la práctica cotidiana, frecuentemente se observa que las puérperas adolescentes presentan higiene perineal deficiente, desinterés por los alimentos, dejadez de sus cuidados personales y dificultad para brindar lactancia materna eficaz, además de reingresos por infecciones posparto, principalmente perineales y mastitis.

Si se considera que las prácticas de autocuidado son influenciadas por las creencias culturales, los hábitos y las costumbres de la familia, es posible que las adolescentes, por encontrarse en una etapa de maduración física y psicológica, no estén capacitadas para cuidar su propia salud, y aún necesitan



PROTOCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 4 de 26

Vigencia: 3 años

de sus cuidadores. Es así que muchas veces los cuidadores apoyan a las jóvenes adolescentes con base en su propia idiosincrasia y no siempre de la forma adecuada; corresponde, entonces, al personal de salud intervenir efectivamente.

3. MAPA DE RED.



4.

4. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

- Brindar atención integral en el área de la sexualidad y salud reproductiva de las adolescentes entre 10 y 19 años, durante la etapa del puerperio jerarquizando la prevención de complicaciones graves, nuevos embarazos y enfermedades de transmisión sexual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reforzar el trabajo con el sector educación, destinado a la promoción y prevención en cuanto a la salud sexual y reproductiva según nivel de riesgo. Haciendo énfasis en el escenario preconcepcional, para prevenir el embarazo.



PROTOCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 5 de 26

Vigencia: 3 años

- Mejorar la información otorgada a las adolescentes sobre derechos de atención en salud, conocimiento y accesibilidad a los distintos métodos anticonceptivos.
- Mejorar la disponibilidad de métodos anticonceptivos en todos los puntos de atención (Consultorios, Urgencias, Centros Hospitalarios) y así fomentar su inicio en el período de puerperio.
- Estandarizar la atención integral del puerperio fisiológico y patológico por médico y matrona.
- Favorecer y potenciar la atención integral de la puérpera adolescente mediante las acciones de Chile crece.
- Fortalecer y asegurar la articulación entre los niveles de atención.

5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), Consultorios Generales Rurales (CGR), centros de salud familiar (CESFAM), consultorio adosado de especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (CAE-HETG) y Unidad de Emergencia Ginecológica del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames(UEH-HETG).



PROTOCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 6 de 26

Vigencia: 3 años

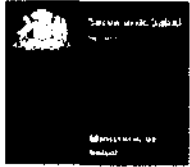
6. RESPONSABLES.

RESPONSABLES DE SU EJECUCION

- Médico y/o matrona APS es responsable de pesquisar, tratar las patologías de manejo en APS y derivar de forma oportuna las patologías que requieran de estudio y manejo por especialista.
- Médico especialista y/o matrona es responsable de realizar estudio diagnóstico e iniciar tratamiento y seguimiento, según corresponda.
- Médico especialista es responsable de realizar la contrarreferencia a APS.

RESPONSABLE DE EVALUACION Y MONITOREO

- Médico y/o Matrona de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.



PROTOCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 7 de 26

Vigencia: 3 años

7. POBLACIÓN OBJETIVO.

- Adolescentes entre 10 y 19 años, priorizando a las menores de 16 años, tomando en cuenta la familia y el entorno inmediato, Sin criterios de exclusión.

8. DEFINICIONES.

Embarazo adolescente: se produce en una mujer adolescente entre los 10 y 19 años de edad, que a su vez se divide en:

- Adolescencia temprana (10-13 años).
- Adolescencia media (14-16 años).
- Adolescencia tardía (17-19 años).

Puerperio: período que transcurre desde el momento inmediatamente posterior al parto, inicia luego de la expulsión de la placenta, hasta 40 días después, tiempo en que el organismo de la madre recupera progresivamente las características que tenía antes de iniciarse el embarazo.

- Inmediato: primeras 24 horas, destinado a lograr hemostasia uterina.
- Mediato: abarca del 2º al 7º día, actuando los mecanismos involutivos y comienza la lactancia.
- Tardío: 7º a los 42 días.

Abuso sexual infantil: involucramiento de un niño, niña o adolescente en actividades sexuales no acordes al nivel evolutivo, cognitivo o social esperado para su edad.



PROCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 8 de 26

Vigencia: 3 años

Violación sexual: relación sexual forzada con una persona que no ha dado su consentimiento. Puede involucrar fuerza física, amenaza de fuerza o ser ejercida contra alguien incapaz de resistirse.

9. DESARROLLO.

Principios y enfoques:

- **Interés superior de la persona adolescente:**
 - Establece que ante cualquier situación dada, se aplica la norma poniendo como prioridad la satisfacción y garantía de los derechos de las personas adolescentes.
 - En el ámbito de la salud, implica que la atención a las necesidades y la garantía de los derechos de las personas adolescentes son de aplicación prioritaria.
- **Principio de la capacidad o autonomía progresiva:**
 - Las personas adolescentes a medida que van creciendo y desarrollándose, también van adquiriendo capacidad de actuar y de participar en mayor grado de las decisiones que afectan sus vidas.
 - Los servicios de salud deben garantizar la confidencialidad y privacidad a las personas adolescentes.



PROTOKOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 9 de 26

Vigencia: 3 años

9.1. Conducta a seguir por parte del médico APS:

Diagnóstico:

Ante cualquier demanda de atención, cumpla con los siguientes lineamientos:

- Reciba a la adolescente de forma amigable, cordial y libre de prejuicios, en el área de recepción y en sala de espera.
- Si la adolescente es menor de 15 años y acude sola al centro de salud, sin familiares y/o acompañantes, siempre debe ser atendida.
- Oriente a la adolescente sobre los procesos de atención e informe sobre normas de privacidad y confidencialidad.

Aplique la historia clínica de adolescentes (CLAP), la cual permite la evaluación del riesgo psicosocial en los siguientes ámbitos: relación familiar, relaciones sociales, escolaridad, ámbito laboral, sexualidad, embarazo y/o infecciones de transmisión sexual, violencia en sus diferentes manifestaciones, riesgo de consumo de sustancias nocivas, riesgo de depresión y suicidio.

- En cuanto a factores de riesgo para el desarrollo de depresión posparto, revisiones sistemáticas han encontrado asociaciones a: depresión durante el embarazo, ansiedad durante el embarazo, acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo o el inicio del puerperio, bajos niveles de apoyo social, antecedentes personales de depresión.

Las madres adolescentes presentan riesgo de deserción escolar, abuso y negligencia hacia el niño y mayor probabilidad de un segundo embarazo adolescente.



PROCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 10 de 26

Vigencia: 3 años

Anamnesis:

- La persona adolescente puede consultar sola o acompañada, y es posible que los motivos de consulta no coincidan. Garantice que al menos una parte de la entrevista se lleve a cabo a solas con la persona adolescente, si esta así lo desea.
- Escuche ambas partes, pero sin dejar de reconocer que es la persona adolescente la usuaria de la consulta y a quien hay que garantizar sus derechos, inclinándose siempre por el interés superior de la persona adolescente y reconociendo la autonomía progresiva.
- Tenga presente, ante paciente puérpera < 15 años, la posibilidad de estar frente a una adolescente en situación de violencia (actualmente o en el pasado), quien podría no estar consciente de ello.

Examen físico:

- Consensuar con especialista, médicos y matronas APS la realización de examen físico a la adolescente junto a un técnico paramédico para evitar problemas éticos legales.
- Disponga de un espacio que garantice la privacidad y la confidencialidad de la atención, así como los insumos, materiales e instrumental requerido.
- Hágase acompañar de otro profesional de la salud capacitado, para apoyarle durante el procedimiento y para cubrir los aspectos éticos – legales.
- Acuerde con la persona adolescente la presencia o no durante el examen físico de algún familiar o acompañante. Ante el rechazo



PROTOCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 11 de 26

Vigencia: 3 años

hacia algún familiar y/o acompañante, valore la posibilidad de situación de violencia y regístrela en el expediente clínico.

- Tenga presente, ante la resistencia al examen especialmente en el área genital, la posibilidad de situación de violencia y regístrela en el expediente clínico.

PUERPERIO INMEDIATO:

En esta etapa, es importante que el personal de salud identifique las necesidades de información y apoyo de las madres adolescentes menores de 15 años a las que prestan atención médica.

- Refuerce la información sobre los cuidados del recién nacido (leche materna exclusiva, vacunas, inscripción en registro civil y de identificación, higiene y cuidados del cordón umbilical).
- Informe sobre el autocuidado y enfatice en el desmonte de mitos y creencias relacionados con el manejo del posparto y el cuidado del recién nacido.
- Explique los signos y síntomas de alarma durante el puerperio y sobre la cita de seguimiento (7 – 10 días).
- Promover el control de diada entre los 7 y 10 días post parto.
- Promueva la lactancia materna y el cuidado de las mamas, para evitar mastitis y otras alteraciones.
- Promueva el vínculo afectivo de la madre adolescente con su hijo/a.
- En caso de evolución satisfactoria, se puede dar de alta cuando hayan transcurrido al menos 48 horas de observación posparto. Si



PROTOCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 12 de 26

Vigencia: 3 años

no se han presentado complicaciones, se puede dar de alta a la madre con su recién nacido.

- Previo al egreso, la paciente deberá recibir información referente al método anticonceptivo efectivo que utilizará.

ANTICONCEPCIÓN POSPARTO:

El enfoque de la anticoncepción posparto de la adolescente está orientado a escoger el método que más se ajuste a ella y, en todos los casos deberá ser el de su elección, luego de recibir la consejería correspondiente.

Existen algunos requerimientos del anticonceptivo de por sí, como son:

- Reversibilidad.
- Fácil de utilizar.
- Adecuado según actividad sexual.
- Protección de infecciones de transmisión sexual.

Se han identificado algunos factores de riesgo que llevan a repetir el embarazo en las adolescentes. Tales como problemas para acceder a los anticonceptivos y sociodemográficos como:

- Edad menor de 16 años en el momento de la primera concepción.
- Pareja mayor de 20 años.
- Abandono de la escolarización.
- Nivel educacional inferior al esperado para su edad.
- Abandono del hospital sin control de la natalidad.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Pobre atención de los padres.



PROCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 13 de 26

Vigencia: 3 años

- Violencia doméstica.
- Abuso de sustancia.

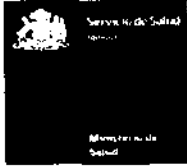
En caso de que la adolescente no lacte, se produzca un aborto o se entregue al recién nacido en adopción, la utilización de anticonceptivos combinados no estaría contraindicada, sin embargo, si se considera que la utilización de anticonceptivos orales combinados en este grupo poblacional tiene poca adherencia, se debe garantizar cualquiera de las opciones que se dan a continuación.

Recomendaciones anticonceptivas:

- Primera opción: implantes de liberación prolongada (levonorgestrel).
- Segunda opción: dispositivo intrauterino (DIU).
- Tercera opción: progestágeno inyectable trimestral de depósito.

El preservativo se utilizará como método complementario para la protección de las ITS/VIH.

** Este protocolo no recomienda la lactancia ni la abstinencia como métodos anticonceptivos.



PROTOCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 14 de 26

Vigencia: 3 años

PRIMER CONTROL PUERPERAL:

Esta visita se realizará por la matrona del equipo de atención primaria lo antes posible y, en cualquier caso, durante los primeros 10 días postparto. Podrá ser realizada en el domicilio o en el centro de salud.

Se llevará a cabo independientemente que el embarazo haya sido controlado o no en el centro de salud. El hospital de referencia notificará a la matrona encargada del Programa Adolescente del centro APS y éste se pondrá en contacto telefónico con la adolescente para proponer esta visita domiciliaria y/o planificar el momento adecuado para realizarla y agendar hora para control en el centro de salud.

Comentario: Visita domiciliaria antes del 7 día postparto para pesquisar precozmente cualquier alteración del puerperio normal y luego control de diada del 7 a 10 día postparto en el centro de salud.

Actividades:

- **Recogida de información** sobre la evolución del parto y post parto.
- **Valoración del entorno:**
 - Adaptación del entorno familiar a la nueva situación.
 - Condiciones de la vivienda.
 - Apoyar a la pareja en la adaptación a su papel como padres.
 - Proponer soluciones a las dificultades detectadas en la integración del nuevo miembro en la unidad familiar.



PROTOCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 15 de 26

Vigencia: 3 años

- **Valoración del estado psíquico:**

- Observar el estado emocional de la madre y sus preocupaciones. Atención de síntomas de depresión posparto.
- Potenciar la autoestima de la madre y la confianza en sus capacidades y en las del recién nacido.

- **Valoración del estado físico de la madre:**

- Controles vitales: presión arterial (si hubo hipertensión durante el embarazo), temperatura, Peso, IMC.
- Involución uterina: útero de consistencia dura.
 - 4 – 5º día posparto: palpación 2 dedos por debajo del ombligo.
 - 10º día posparto: por debajo de la sínfisis púbica.
- Loquios: > 3º día inferiores a una menstruación, olor característico.
- Perineo y episiotomía: evaluar presencia de dolor, descartar complicaciones de la episiotomía y presencia de hemorroides que requieran tratamiento.
- Herida quirúrgica (cesárea): evaluar presencia de hematomas, infección, seromas y dehiscencia de la herida operatoria.
- Mamas (lactancia): descartar la aparición de ingurgitación, tumefacción, dolor y evaluar el estado del pezón.
- Extremidades inferiores: descartar presencia de edemas, dolor u otros signos indicativos de tromboflebitis.
- Hábito miccional: micción regular, sin molestias ni incontinencia.



PROTOCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 16 de 26

Vigencia: 3 años

- Hábito intestinal: recuperar el patrón de eliminación intestinal previo al embarazo y potenciar actuaciones favorecedoras de la eliminación intestinal.
- **Valoración del estado físico del recién nacido.**
- **Observar una toma y asesorar sobre la práctica de la lactancia materna.**
 - Se evaluará la posición al mamar y la eficacia de la succión del recién nacido, mediante la observación de la tetada, así como el número de tomas diurnas y nocturnas, su duración, los pañales mojados, etc., para comprobar que la lactancia está bien instaurada.

SÍNTOMAS	CAUSAS
Dolor en los pezones y grietas	Incorrecta colocación del complejo areola-pezones en la boca del recién nacido
Ingurgitación, inflamación, mastitis	Inadecuado vaciamiento del pecho
El bebé mama largo rato (> 30 minutos) y no suelta el pecho espontáneamente	No consigue extraer la leche final y saciarse
Pide el pecho con gran frecuencia	No consigue extraer la leche que necesita
Está nervioso, intranquilo, llorón. A veces se pelea con el pecho	No consigue extraer la leche que necesita
Regurgita o vomita con frecuencia	Al no extraer la leche final, realiza tomar frecuentes ingiriendo grandes volúmenes de leche pobre en grasas
La ganancia de peso es escasa	Ingesta calórica insuficiente
Raramente peso normal o incluso elevado si mama con frecuencia	A pesar de no extraer la leche final puede conseguir suficientes calorías a expensas de tomas frecuentes de leche inicial



PROCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 17 de 26

Vigencia: 3 años

Fuertes y repetidos reflejos de eyección (apoyos)	La secreción de oxitonina aumenta para expulsar la leche que el bebé no es capaz de extraer
Escasas deposiciones	Ingesta inadecuada

- Si la ineficacia del amamantamiento queda demostrada:
 - Corregir la postura de forma que la succión sea eficaz. Enseñar a la madre a identificar la succión correcta.
 - Corregir creencias erróneas: horarios rígidos, duración limitada de las tomas, evitación de las tomas nocturnas, etc.
 - Establecer lactancia a libre demanda, pero siempre recomendando un número mínimo de las tomas.
 - Explicar que es necesario esperar siempre a que el lactante suelte espontáneamente el pecho.
 - Animar a realizar tomas nocturnas.
 - Desaconsejar el uso de chupetes mientras no se instaure la lactancia adecuadamente.
 - Recomendar el descanso materno, la alimentación e hidratación adecuada y la búsqueda de ayuda familiar.
 - Recomendar el contacto piel con piel y el colecho.
 - Enseñar a controlar el número de pañales mojados.
 - Derivar a médico, Clínica de Lactancia y Programa Chile Crece hasta que la lactancia quede instaurada.
 - Dar mensajes de apoyo a la mujer, transmitiendo la idea de que si desea amamantar puede conseguirlo y de que dispondrá de todo el asesoramiento que precise.



PROTOCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 18 de 26

Vigencia: 3 años

- **Evaluar las situaciones de riesgo de la madre o del recién nacido.**
 - Derivación a médico de APS.
- **Instaurar el plan de cuidados y el seguimiento posterior.**
- **Recomendar que acuda al centro de salud si aparece:** fiebre (t° axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$), metrorragia abundante, loquios malolientes, signos inflamatorios locales en las mamas, molestias en la episiotomía o cicatriz de cesárea, molestias urinarias.
- **Promoción de la salud y educación sanitaria:**
 - Alimentación: equilibrada, variada y normocalórica que permita la recuperación de la madre y el peso materno previo al embarazo.
 - Higiene: informar sobre hábitos principalmente en mamas y periné.
 - Recuperación física: paseo diario, enseñar ejercicios que mejoren el tono muscular del periné.
 - Reposo y sueño: establecer horarios que permitan la recuperación física y psíquica materna.

SEGUNDO CONTROL PUERPERAL:

Este control se realizará por la matrona o médico de atención primaria entre las 4 – 6 semanas posparto.

Actividades:

- **Preguntar** sobre situación y evolución del puerperio.
- **Valorar la adaptación** y el grado de autonomía alcanzado por la madre.
- **Valorar el estado de la madre y del recién nacido:**



PROTOCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 19 de 26

Vigencia: 3 años

- Estado de ánimo.
- Toma de presión arterial, Además, peso, IMC.
- Involución uterina, loquios.
- Valoración del periné o de la cicatriz abdominal.
- Tipo de lactancia. Exploración de las mamas.
- Si existen pérdidas involuntarias de orina o heces, recomendaciones para potenciar la musculatura del suelo pélvico.
- **Información sobre relaciones sexuales / contracepción.**
- **Vacunación de rubéola, si no está inmunizada.** La lactancia materna no es una contraindicación.
- **Si se le ha administrado gammaglobulina anti D posparto,** se realizará nuevo estudio de sensibilización materna a los seis meses del parto.
- **Si ha padecido una diabetes gestacional,** existe un riesgo incrementado de desarrollar diabetes mellitus tipo II, y se asocia frecuentemente con otros componentes del síndrome metabólico, por lo que se recomendará:
 - Mantener una dieta pobre en grasas saturadas y azúcares refinados.
 - Realizar ejercicio físico aeróbico de forma habitual.
 - Mantener el IMC en rangos de normalidad.
 - Evitar el consumo de tabaco.
 - Realizar prueba de tolerancia oral con 75 g de glucosa a partir de las 6 semanas después del parto y una vez que haya finalizado la lactancia materna, evitar la toma de anticonceptivos hormonales.



PROTOCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 20 de 26

Vigencia: 3 años

CONSULTA DE SEGUIMIENTO, ACOMPAÑAMIENTO DE LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD EN ADOLESCENTES

El equipo de salud debe brindar un espacio de trabajo interdisciplinario que facilite la atención de la madre y padre adolescentes, así como a su hijo o hija, hasta el primer año de vida, a fin de asistir en los procesos biopsicosociales y culturales que la maternidad y la paternidad determinan.

Funciones de acompañamiento:

- Dar seguimiento a la anticoncepción y a la planificación familiar.
- Fomentar la corresponsabilidad familiar en el cuidado de la familia.
- Dar seguimiento a los aspectos psicosociales: educación y/o reinserción escolar de la madre adolescente.
- Dar seguimiento, conjuntamente con salud mental, a las situaciones de violencia previa detectadas, según corresponda.
- Desarrollar programa de información y educación, con énfasis en los siguientes contenidos:
 - En relación al hijo o hija: crecimiento y desarrollo, lactancia y alimentación, inmunizaciones, prevención y cuidado de enfermedades prevalentes en la infancia.
 - En madre y padre adolescentes: sexualidad, fomento de empoderamiento, relaciones familiares, prevención de violencia, desarrollo integral y proyecto de vida, mitos y estereotipos de género en relación al cuidado familiar, planificación familiar.



PROTOCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 21 de 26

Vigencia: 3 años

CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS PERTENECIENTES A GRUPOS ESPECIALES:

En cuanto a la atención de la adolescente embarazada como resultado de violación, explotación sexual comercial de niñas y adolescentes, abuso sexual hacia adolescentes con discapacidad u otras modalidades de abuso sexual, y adolescentes embarazadas como resultado de cualquier forma de violencia sexual deben ser atendidas en un modelo de atención integral de salud a víctimas, destacando la intervención de salud física y mental a madres e hijos nacidos a raíz de la victimización sexual sufrida.

9.2. Derivación de pacientes desde APS a Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- Signos y/o síntomas de Síndrome Hipertensivo del embarazo.
- Signos y/o síntomas de sepsis puerperal.
- Signos y/o síntomas de endometritis.
- Infección y/o dehiscencia de herida quirúrgica.
- Infección y/o dehiscencia de episiorrafia.
- Complicaciones venosas del puerperio.
- Complicaciones anestésicas como cefalea pospunción, entre otras.

9.3. Exámenes que debe solicitar el médico APS previo a la derivación al servicio de urgencias.

Los exámenes por solicitar dependerán de cada caso según la sospecha diagnóstica y del estado clínico de la paciente.



PROTOCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 22 de 26

Vigencia: 3 años

9.4. Documentos emitidos por el médico tratante de APS:

El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) al Servicio de Urgencias, que contenga:

- Datos del paciente (nombre, Rut, edad).
- Anamnesis pertinente.
- Hallazgos del examen físico pertinentes.
- Hipótesis diagnóstica.
- Exámenes y sus resultados (hoja impresa o fotocopia adjunta).
- Tratamientos administrados o previos (indicar tipo, fecha, duración), si corresponde.
- Nombre, Rut, firma, timbre del profesional.

9.5. Conducta a seguir por parte del médico especialista y/o matrona:

- Evaluación clínica completa.
- Determinar necesidad de exámenes complementarios.
- Establecer diagnóstico.
- Indicar tratamiento más apropiado y/o conducta a seguir.
- Definir seguimiento y controles.

9.6. Contrarreferencia:

- Contrareferir a APS luego de instaurado tratamiento.
- Médico especialista deberá enviar formulario de contrarreferencia que contenga:
 - Diagnóstico definitivo.
 - Exámenes realizados.



PROTOCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 23 de 26

Vigencia: 3 años

- Tratamiento efectuado.
- Indicaciones a seguir en APS.
- Fecha de próximo control.

9.6. Tiempos de resolución:

Al identificar cualquiera de las complicaciones antes mencionadas la derivación a urgencias se hará de forma inmediata, siendo atendida por especialista según categorización de urgencia.



PROCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

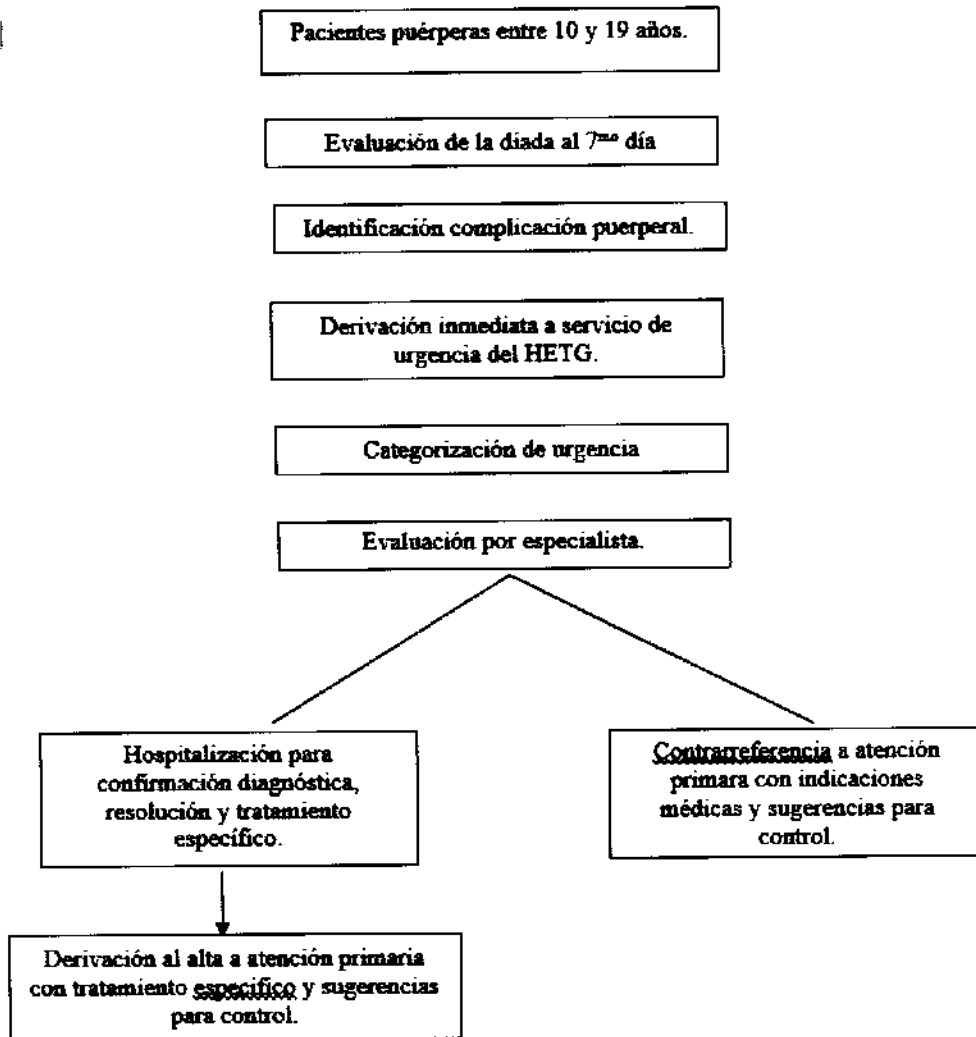
Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 24 de 26

Vigencia: 3 años

10. FLUJOGRAMA.





PROCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 25 de 26

Vigencia: 3 años

11. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.

- Médico interfase de APS es responsable de evaluar la correcta aplicación de las derivaciones según protocolo.
- Matrona de APS es responsable de evaluar la correcta aplicación de las derivaciones según protocolo.
- Médico interfase del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Ernesto Torres Galdames.
- Matrona de unidad de ginecoobstetricia de Hospital Ernesto Torres Galdames.

12. PLAN DE DIFUSION

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta.

Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del servicio de salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizara una primera reunión con médicos interfase de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Se realizara una nueva revisión y actualización del protocolo en mayo 2021.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.



**PROTOCOLO RYCR
PUERPERIO EN ADOLESCENTE
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ARO-028

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 26 de 26

Vigencia: 3 años

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Orientación técnica para la atención integral en el posparto – 2014. Documento en revisión. MINSAL. Chile.

Protocolo de atención para el manejo integral del embarazo, el parto y el puerperio en adolescentes menores de 15 años. Ministerior de Salud Pública, República Dominicana. Santo Domingo, D. N. 2016

Protocolo de atención al embarazo y puerperio. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. SA – 1.091 – 2007.

Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Colombia. 2014.



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO (S.O.P)

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
2018 – 2021

<p>Elaborado Por:</p> <p><i>Dr. Carlos Roco Flores</i> Dr. Carlos Roco Flores Médico Gineco- Obstetra Hospital Ernesto Torres Galdames</p> <p><i>Dra. Khanty Doyola Avila</i> Dra. Khanty Doyola Avila Médico EDF C.G.R Camiña</p> <p><i>Dra. Paloma Ly Sánchez</i> Dra. Paloma Ly Sánchez Médico EDF Consultorio Pedro Pulgar</p>	<p>Revisado Por:</p> <p><i>Dr. Jorge Cruz Terrazas</i> Dr. Jorge Cruz Terrazas Jefe APS Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>Dra. Alejandra Aranibar M.</i> Dra. Alejandra Aranibar M. Encargada (s) programa de la Mujer Servicio de Salud Iquique</p>	<p>Aprobado Por:</p> <p><i>Patricia Quintard Rojas</i> Patricia Quintard Rojas Directora (s) Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> DIRECTOR SERVICIO SALUD IQUIQUE</p>
<p>Fecha elaboración: Abril 2018</p>	<p>Fecha revisión: Mayo 2018</p>	<p>Fecha próxima revisión: Mayo 2021</p>



**PROTOCOLO SINDROME
DE OVARIO POLIQUISTICO**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-005

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 2 de 12

Vigencia: 3 años

INDICE

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES	3
INTRODUCCIÓN	3
MAPA DE RED.....	3
OBJETIVOS	4
ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN	4
RESPONSABLES	5
POBLACIÓN OBJETIVO	5
DEFINICIONES	6
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO.....	7
FLUJOGRAMA.....	10
INDICADOR	11
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN	11
PLAN DE DIFUSION.....	11
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	12



PROTOCOLO SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-005

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 3 de 12

Vigencia: 3 años

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.

No se declara conflicto de interés de los autores ni los revisores del siguiente protocolo.

2. INTRODUCCIÓN.

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un trastorno endocrino metabólico altamente prevalente y se considera en la actualidad una patología familiar. Su presencia debe sospecharse en cualquier adolescente o mujer en edad reproductiva con hirsutismo u otras manifestaciones cutáneas de hiperandrogenismo, irregularidades menstruales y obesidad. El síndrome de ovario poliquístico es un diagnóstico de exclusión y por lo tanto, debe diferenciarse de los cambios fisiológicos propios de la edad y de otros trastornos hiperandrogénicos que requieren de una terapia específica. El diagnóstico oportuno es importante ya que este síndrome se asocia a riesgos reproductivos, oncológicos y metabólicos. Lo anterior implica que estas pacientes deben ser diagnosticadas y tratadas oportunamente, necesitan ser informadas y educadas sobre su patología y finalmente, ser controladas en forma prolongada. Independiente del motivo por el cual consulta la paciente, el tratamiento debe iniciarse siempre con la corrección de las alteraciones metabólicas

3. MAPA DE RED.

Unidad Gineco-
obstetricia / HRTG



APS



PROTOCOLO SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-005

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 4 de 12

Vigencia: 3 años

4. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

- Actualizar el sistema de referencia y contrarreferencia de las pacientes con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico, pertenecientes a la red asistencial de la Región de Tarapacá dependiente del Servicio de Salud Iquique, con el objetivo de fortalecer la calidad de la atención, el uso de los recursos y optimizar la comunicación entre los diferentes niveles de atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer criterios diagnósticos de síndrome de ovario poliquístico (S.O.P).
- Establecer indicaciones y contraindicaciones para el manejo de "S.O.P"
- Establecer criterios de referencia y contrarreferencia de pacientes con éste diagnóstico, así como también exámenes necesarios para la derivación.
- Orientar el seguimiento y manejo en la atención primaria, posterior a la evaluación por especialista.

5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), centros de salud familiar (CESFAM), consultorio adosado de especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (CAE-HETG).



PROTOCOLO SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-005

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 5 de 12

Vigencia: 3 años

6. RESPONSABLES.

RESPONSABLES DE SU EJECUCION

- Médico APS es responsable de pesquisar, tratar las patologías de manejo en APS y derivar de forma oportuna las patologías que requieran de estudio y manejo por especialista.
- Médico especialista es responsable de realizar estudio diagnóstico e iniciar tratamiento y seguimiento, según corresponda.
- Médico especialista es responsable de realizar la contrarreferencia a APS.

RESPONSABLE DE EVALUACION Y MONITOREO

- Matrona APS, es responsable de pesquisar a pacientes que cumplan criterios diagnósticos y una vez sospechada la patología derivar con médico APS, para complementar evaluación y manejo posterior.
- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario. Realizar evaluación clínica y derivar según protocolo.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.

7. POBLACIÓN OBJETIVO.

- El siguiente protocolo está dirigido a población adulta femenina, que cumpla con los criterios diagnósticos señalados en éste documento.



PROTOCOLO SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-005

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 6 de 12

Vigencia: 3 años

8. DEFINICIONES.

- Síndrome que afecta al sistema metabólico y reproductivo asociándose en el primer caso a complicaciones que incluyen resistencia a la insulina y diabetes, hipertipidemias, hipertensión, hígado graso, síndrome metabólico y apnea del sueño. Las complicaciones reproductivas incluyen oligo/amenorrea, disminución de la fertilidad, hiperplasia endometrial y cáncer; además de estar asociado a alteraciones psicológicas como depresión y trastornos de la alimentación.
- Los factores más importantes son el **hiperandrogenismo y la anovulación crónica**.
- Su patogenia no está del todo conocida, pero se considera un trastorno funcional donde aspectos genéticos y estilo de vida contribuyen al desarrollo del fenotipo S.O.P. Se han evaluado potencial contribución de la secreción anormal de gonadotrofinas, resistencia a la insulina y factores ováricos.

8.1 DIAGNOSTICO:

- Su diagnóstico se realiza a través de una cuidadosa historia clínica, examen físico y un estudio de laboratorio dirigido. Siempre se deben descartar otras causas de anovulación crónica e hiperandrogenismo.
- **Criterios de Rotterdam:** El año 2003 las Sociedades Americana y Europea de reproducción Humana llegaron a un consenso sobre los criterios a considerar en la definición del SOP agregando al **Hiperandrogenismo y la anovulación crónica la presencia de ovarios poliquísticos** en la evaluación ecográfica. Con 2 de estos tres criterios se establece el diagnóstico.
- El criterio ecográfico para SOP, considera una ecografía realizada en fase folicular temprana y que sin mediar uso de anticonceptivos presente en alguno de sus dos ovarios, identificando 12 o más folículos que midan entre 2-9mm. Otro criterio es la presencia de un volumen ovárico > a 10 cc en cualquiera de los dos ovarios.
- El año 2006 la Sociedad de Excesos de Andrógenos plantea su acuerdo con los criterios de Rotterdam, pero agrega como **elemento fundamental para el diagnóstico la presencia de hiperandrogenismo** ya sea clínico o ecográfico.



PROTOKOLO SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-005

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 7 de 12

Vigencia: 3 años

- En la actualidad se considera inexacta la medición de testosterona y la definición de "hiperandrogenemia" resulta muy vaga; en este sentido son prometedoras algunas nuevas técnicas diagnósticas tales como la medición de la hormona anti-mülleriana y hormona luteinizante que tienen alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de SOP.

8.2 CUADRO CLINICO:

- La historia clínica y examen físico siempre debe estar dirigido a identificar las diferentes formas de presentación del SOP así como a descartar sus diagnósticos diferenciales.
 - Los síntomas del SOP son típicamente crónicos, comienzan en la adolescencia y progresan gradualmente en el tiempo y puede tener diversas formas de presentación.
 - **Infertilidad**
 - **Trastorno de los flujos rojos** (oligomenorrea, sangrado uterino disfuncional). Sin embargo, el 20% de los pacientes tiene ciclos menstruales normales.
 - **Problemas dermatológicos derivados del hiperandrogenismo** (acné, seborrea, hirsutismo, alopecia androgénica).
 - 80% se asocia a **obesidad**
 - 50% de la pacientes presentara una condición de **resistencia a la insulina**
 - 30% presentará **Síndrome metabólico**.

9. DESARROLLO.

9.1 Conducta a realizar por el médico y matrona de APS:

- Realizar una evaluación clínica completa
- Solicitando los exámenes descritos en el punto 9.2
- Iniciar tratamiento de forma oportuna, según disponibilidad en APS
- Identificar aquellas condiciones que requieren de evaluación a nivel secundario y/o terciario.



**PROTOCOLO SINDROME
DE OVARIO POLIQUISTICO**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-005

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 8 de 12

Vigencia: 3 años

9.2 Exámenes a solicitar por médico o matrona de APS previo a derivación y que deberá presentar el paciente al momento de su atención con el médico especialista (*):

- Hemograma, glicemia en ayuno y post carga, perfil lipídico.
- Insulinemia basal y post carga de glucosa.
- TSH y T4 libre.
- Prolactina.
- Subunidad B-HCG.

*En caso de estar disponibles.

9.3 Derivación de pacientes por médico desde APS al Policlínico de Ginecología del Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- Paciente con cuadro clínico compatible con S.O.P.
- Pacientes con diagnóstico confirmado de S.O.P que presenten infertilidad.

9.4. Documentos emitidos por el médico tratante de APS:

El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) al policlínico de Ginecología, que contenga:

- Datos del paciente (nombre, Rut, edad). El resto de los datos es responsabilidad de la sala SIC de cada centro de APS.
- Anamnesis pertinente. FUR, Infertilidad, alteración de los flujos rojos, resistencia a la insulina, síndrome metabólico.
- Hallazgos del examen físico general y ginecológico. obesidad, signos de hiperandrogenismo clínico (hirsutismo, acné, alopecia androgénica), uso de escala Ferriman Gallway
- Hipótesis diagnóstica.
- Exámenes y sus resultados (Hoja impresa o fotocopia adjunta).
- Tratamientos administrados o previos (Indicar tipo, fecha, duración), si corresponde.
- Nombre, Rut, firma, timbre del profesional.



**PROTOCOLO SINDROME
DE OVARIO POLIQUISTICO**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-005

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 9 de 12

Vigencia: 3 años

9.5 Criterios de priorización para atención por médico especialista en Policlínico de Ginecología:

- Anemia secundaria a sangrado uterino anormal
- Infertilidad

9.6 Tiempo de resolución (Primera atención de especialidad desde la derivación): 60 días.

10. Acciones a realizar en Policlínico de Ginecología por médico especialista:

- Examen clínico completo.
- Ultrasonografía ginecológica.
- Completar estudio de laboratorio hormonal del S.O.P
- Descartar tumores funcionales del ovario.
- Descartar enfermedad tiroidea, hiperprolactinemia, hiperplasia adrenal congénita no clásica, síndrome de Cushing, amenorrea hipotalámica, insuficiencia ovárica primaria, Tumor secretor de andrógenos, acromegalia
- Derivación a otra especialidad, en caso necesario.

11. CONTRARREFERENCIA y documentos emitidos por el médico especialista tratante a APS:

- El médico especialista debe contrarreferir mediante el formulario oficial para la contrarreferencia, el cual debe contener: diagnóstico definitivo, exámenes realizados y resultados, indicaciones de tratamiento, próximos controles en APS y/o nivel secundario.
- Nombre, Rut, firma y timbre del médico especialista.
- Se contraderivará a aquellos pacientes una vez realizada la ecografía ginecológica y descartado tumor funcional.



**PROTOCOLO SINDROME
DE OVARIO POLIQUISTICO**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-005

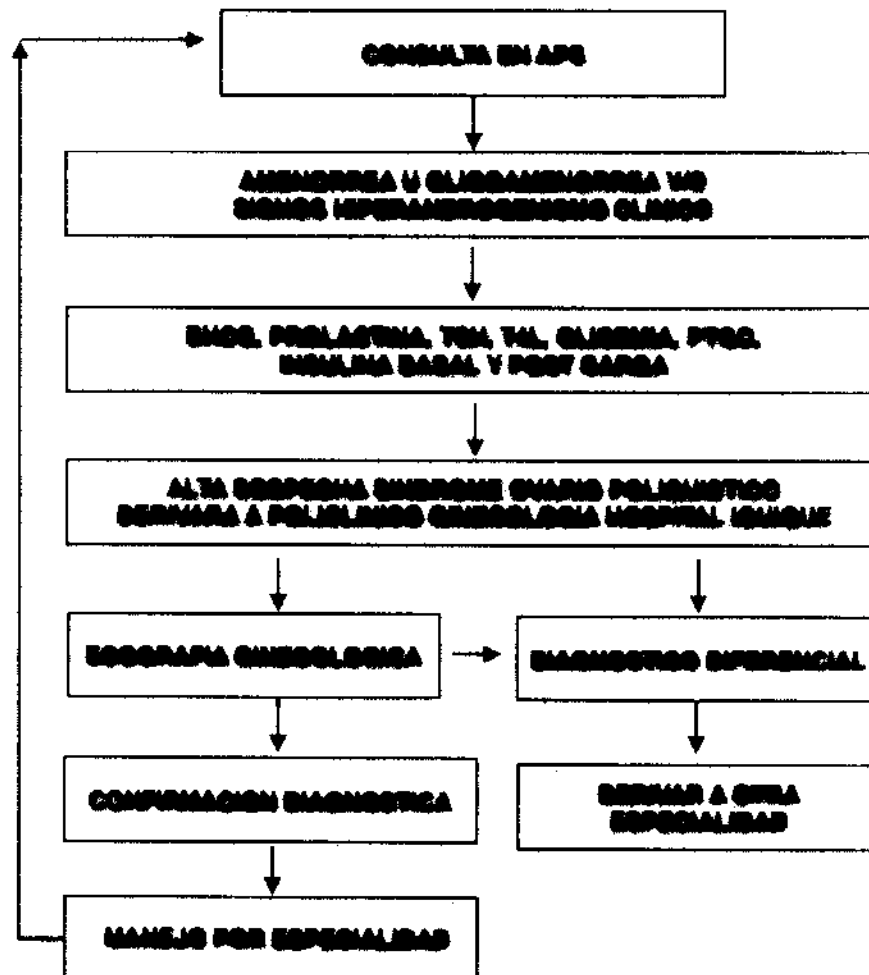
Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 10 de 12

Vigencia: 3 años

12. FLUJOGRAMA.





**PROTOCOLO SINDROME
DE OVARIO POLIQUISTICO**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-005

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 11 de 12

Vigencia: 3 años

13. INDICADOR:

Numerador: Σ de los tiempos (en días) desde la derivación a la primera atención por especialidad de los pacientes con diagnóstico SOP
Denominador: N° total de pacientes derivados a ginecología en la muestra del periodo a evaluar.

14. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.

- Médico interfase del servicio de gineco-obstetricia.
- Encargada (o) programa de la Mujer del Servicio de Salud Iquique.
- Referente de referencia y contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique.

15. PLAN DE DIFUSION

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta. Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del Servicio de Salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizara una primera reunión con médicos interfase de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Reuniones mensuales para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizara una nueva revisión y actualización del protocolo en mayo 2021.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.



**PROTOCOLO SINDROME
DE OVARIO POLIQUISTICO**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-005

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 11 de 12

Vigencia: 3 años

13. INDICADOR:

Numerador: Σ de los tiempos (en días) desde la derivación a la primera atención por especialidad de los pacientes con diagnóstico SOP

Denominador: N° total de pacientes derivados por SOP a ginecología en la muestra del periodo a evaluar.

14. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.

- Médico interfase del servicio de gineco-obstetricia.
- Encargada (o) programa de la Mujer del Servicio de Salud Iquique.
- Referente de referencia y contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique.

15. PLAN DE DIFUSION

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta. Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del Servicio de Salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizara una primera reunión con médicos interfase de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Reuniones mensuales para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizara una nueva revisión y actualización del protocolo en mayo 2021.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.



**PROTOCOLO SINDROME
DE OVARIO POLIQUISTICO**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-GIN-005

Edición: Segunda

Fecha: Mayo 2018

Página: 12 de 12

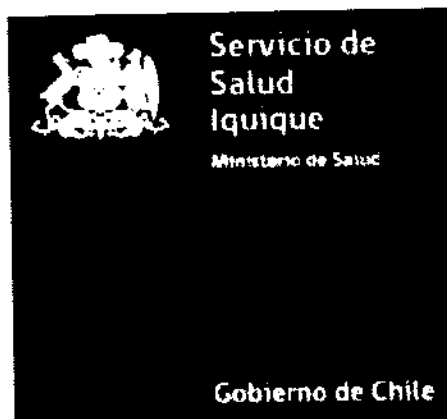
Vigencia: 3 años

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Implications of the 2014 Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome Society guidelines on polycystic ovarian morphology for polycystic ovary syndrome diagnosis. Christ JP, et al. *Reprod Biomed Online*. 2017.
- Polycystic Ovary Syndrome: Diagnosis and management [REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(5) 818-826]

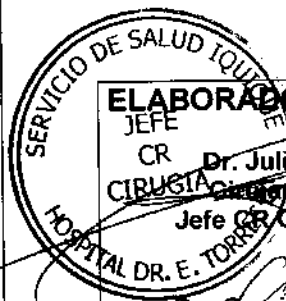
15. ANEXOS.

- No se incluyen anexos para esta patología.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
CÁNCER GÁSTRICO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

2018- 2021



ELABORADO POR:

JEFE
CR **Dr. Julio Zúñiga A.**
CIRUGÍA Cirujano General
Jefe CR Cirugía, HETG

Dra Camila Nuñez A.
Médico EDF
CESFAM Héctor Reyno

Dr Pedro Pérez G.
Médico EDF
CGR Pozo Almonte

REVISADO POR:

Dra. Paloma Ly Sánchez
Encargada de R - C R
Servicio de Salud Iquique

E.U Christian Carvajal H.
Encargado CES
Servicio de Salud Iquique

María Soledad
Encargada Jefe Unidad Calidad
Servicio de Salud Iquique

Carolina Pérez Rebolledo
Encargada de planificación
Servicio de Salud Iquique

APROBADO POR:

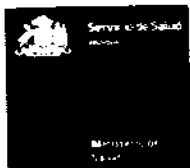
Patricia Quintard Rojas
Directora (s)
Servicio de Salud de Iquique



Fecha Elaboración: Diciembre 2017

Fecha Revisión: Mayo 2018

Fecha próxima revisión: Mayo 2021



PROTOCOLO RYCR
CANCER GASTRICO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-001

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 2 de 13

Vigencia: 3 años

INDICE

DECLARACIÓN DE INTERES	3
INTRODUCCION.....	3
MAPA DE RED	3
OBJETIVOS	4
ALCANCE O AMBITO DE APLICACIÓN	4
RESPONSABLES	5
POBLACION OBJETIVO	5
DEFINICIONES	6
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO	7
FLUJOGRAMA	11
INDICADOR	12
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN	12
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	13



PROTOCOLO RYCR
CANCER GASTRICO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-001

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 3 de 13

Vigencia: 3 años

- **DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.**

No se declara conflictos de interés.

- **INTRODUCCIÓN.**

En Chile el cáncer gástrico constituye la primera causa de muerte por tumores malignos en ambos sexos. Predomina en sexo masculino, a séptima y octava década de la vida, pero los pesquisados en etapa precoz tienen entre 40-45 años. El pronóstico está en directa relación con el estadio al momento de la confirmación diagnóstica, evidenciándose que cerca de la mitad de los pacientes ya tienen metástasis al momento del diagnóstico, es por esto que una prevención primaria o detección temprana efectiva es de vital importancia.

- **MAPA DE RED.**





PROTOCOLO RYCR
CANCER GASTRICO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-001

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 4 de 13

Vigencia: 3 años

OBJETIVOS.

• OBJETIVO GENERAL

- Establecer criterios estandarizados de manejo, derivación y priorización de pacientes, mejorando la pertinencia de la referencia y contrarreferencia entre los niveles primario y secundario de la red asistencial de la Región de Tarapacá, dependiente del Servicio de Salud Iquique.
- Establecer un proceso de referencia y contrarreferencia de patologías quirúrgicas con integración y coordinación eficaz entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional, mejorando los canales de comunicación que existen entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.

• OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar criterios de manejo y derivación oportuna frente a pacientes con sospecha de cáncer gástrico.
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias a dicha patología.
- Cumplir con garantías asociadas a ley GES.

ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), servicios de urgencia rural (SUR), servicios de atención primaria de urgencia (SAPU), centros de salud familiar (CESFAM), consultorio adosado de especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (CAE-HETG) y unidad de emergencia hospitalaria (UEH-HETG).



PROCOLO RYCR
CANCER GASTRICO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-001

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 5 de 13

Vigencia: 3 años

RESPONSABLES.

○ RESPONSABLES DE SU EJECUCION

- Médico APS encargado de pesquisar, iniciar tratamiento y derivar pacientes según los criterios de derivación del presente documento.
- Médico Especialista responsable de efectuar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, así como de realizar la contrarreferencia a APS.

○ RESPONSABLE DE EVALUACION Y MONITOREO

- Médico interfase de APS, responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación a atención secundaria y terciaria.
- Médico interfase de nivel secundario, responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar el cumplimiento de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE HETG.
- Jefe del CAE, responsable de efectuar control y seguimiento de los indicadores e informar al Director, sub director médico del HETG y gestor de red con copia al departamento de planificación y control del SSI.
- Encargados de GES de HETG y SSI, serán responsable de evaluar cumplimiento según GES.

POBLACIÓN OBJETIVO.

- Pacientes sintomático de ambos sexos, toda edad; con cáncer gástrico diagnosticado, en cualquier estado de avance o asintomáticos con factores de riesgo:
 - **Infección asociada a *Helicobacter pylori***
 - Antecedentes de gastritis crónica, Menetrier, Peutz-Jeghers
 - Gastrectomía parcial por lesiones benignas
 - Tabaquismo



PROTOCOLO RYCR
CANCER GASTRICO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-001

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 6 de 13

Vigencia: 3 años

- Familiares de primer grado con antecedentes de cáncer gástrico

DEFINICIONES

- **Cáncer gástrico:** corresponde a adenocarcinomas originados en el estómago (que corresponden 95%), excluyendo a otras neoplasias como el linfoma gástrico, sarcomas, carcinoide y carcinomas escamosos (5%).
- **Clínica:**
 - Asintomático en etapas tempranas o tardías
 - Baja de peso (baja ingesta – mayor catabolismo). Anemia.
 - Epigastralgia leve persistente, de mayor intensidad a medida que la enfermedad progresa. Disfagia en cáncer gástrico proximal.
 - Tumor palpable epigástrico.
 - Hemorragia digestiva alta o baja
 - El diagnóstico se realiza mediante Endoscopia Digestiva Alta.
 - Pirosis, distensión abdominal, náuseas, vómito
- **TNM**

Patología GES: Guía clínica de Cáncer Gástrico.



PROTOCOLO RYCR
CANCER GASTRICO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-001

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 7 de 13

Vigencia: 3 años

Clasificación

▪ INCIPIENTE		▪ AVANZADO	
I	ELEVADO	I	LESIÓN POLIPOIDEA, BASE ANCHA Y BIEN DEMARCADA DE LA MUCOSA ALREDEDOR
II a	LEVEMENTE ELEVADO	II	SIMILAR A LA ANTERIOR CON ULCERACIÓN CENTRAL
II b	PLANO	III	ULCERADO SIN LIMITES DEFINIDOS, INFILTRANDO MUCOSA DE ALREDEDOR
II c	DEPRIMIDO	IV	DIFUSAMENTE INFILTRANTE O LINITIS PLÁSTICA
III	EXCAVADO O ULCERADO	V	NO ASIMILABLE A LOS ANTERIORES

DESARROLLO

Conducta a seguir por parte del médico APS:

- Evaluación clínica completa.

Derivación de pacientes desde APS al Policlínico de Cirugía

(CAE-HETG):

- Independiente de la edad y el sexo, derivar paciente con diagnóstico confirmado por Endoscopia Digestiva Alta y biopsia.



PROCOLO RYCR
CANCER GASTRICO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-001

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 8 de 13

Vigencia: 3 años

Derivación de pacientes desde APS a la Unidad de Endoscopia Alta (CAE-HETG):

- En caso de sospecha clínica o por antecedentes familiares, solicitar EDA con carácter de urgente (GES).
- Si EDA confirma cáncer gástrico será derivado directamente desde la unidad de endoscopia al policlínico de cirugía.
- Si EDA descarta cáncer gástrico será remitido a APS para manejo.

Exámenes solicitados por el profesional APS previo derivación y que debe presentar el paciente en el policlínico de Cirugía:

- Hemograma, VHS, glicemia, uremia, nitrógeno ureico, creatininemia, orina completa.
- Protrombinemia, % actividad y TTPK.
- ECG en personas mayores de 40 años.
- Endoscopia digestiva alta según criterios de derivación a dicha unidad. (adjuntar informe).
- Los resultados de estos exámenes no deben retrasar la derivación a nivel secundario.

Documentos emitidos por el médico tratante de APS:

El médico de APS deberá derivar SIC realizada desde el sistema informático Rayen en caso de disponibilidad (según comuna) o con el formulario oficial de solicitud de interconsultas (SIC) que contenga:

- Datos del paciente (nombre, RUT, edad). El resto de los datos es responsabilidad de sala SIC de cada centro de APS.
- Anamnesis pertinente: antecedentes familiares de cáncer gástrico, factores de riesgo, fármacos, etc.
- Examen físico respectivo.
- Hipótesis diagnóstica y tratamiento administrado previamente.



PROTOCOLO RYCR
CANCER GASTRICO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-001

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 9 de 13

Vigencia: 3 años

- Exámenes y sus resultados.
- Recalcar si es sospecha de patología GES.
- Nombre, RUT, firma y timbre del profesional.

- **Criterios de priorización:**
 - Diagnóstico confirmado mediante endoscopia – biopsia de cáncer gástrico.

- **Conducta a seguir por parte del médico nivel secundario.**
 - Paciente con confirmación de cáncer gástrico será manejado exclusivamente en nivel secundario. Según criterios asociados a ley GES.
 - Médico especialista deberá enviar el formulario oficial de contrarreferencia señalando: diagnóstico definitivo, fecha de control post operatorio después de 10 días en policlínico de cirugía y controles en APS si médico especialista sugiere.

Contrarreferencia:

- El médico especialista contra referirá a aquellos pacientes sin criterio de manejo en nivel secundario, habiéndose descartado patología quirúrgica de urgencia.
- Todo paciente evaluado en la atención secundaria, debe ser referido por el médico especialista, mediante el Formulario de Contrarreferencia, el cual debe contener: diagnóstico definitivo, exámenes realizados y resultados, indicaciones de tratamiento, próximos controles en APS y/o nivel secundario, según corresponda. Siempre señalando nombre, Rut, timbre y firma.



PROTOCOLO RYCR
CANCER GASTRICO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-001

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 10 de 13

Vigencia: 3 años

Tiempos de resolución:

a) Acceso

- **Beneficiario menor de 40 años:**
Con confirmación diagnóstica de cáncer, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- **Beneficiario de 40 años y más:**
Que cumpla con criterios de inclusión contenidos en las Normas Técnico Médico y Administrativo:
 - Con sospecha, tendrá acceso a atención por especialista.
 - Con indicación de especialista, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
 - Con diagnóstico confirmado, tendrá acceso a tratamiento.

b) Oportunidad

- **Diagnóstico:**
 - Evaluación por especialista: dentro de 30 días desde la sospecha.
 - Confirmación diagnóstica (incluye etapificación): dentro de 30 días desde la solicitud por especialista.
- **Tratamiento:**
 - Intervención Quirúrgica: dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.
 - Tratamiento adyuvante: dentro de 30 días desde la indicación médica.



PROCOLO RYCR
CANCER GASTRICO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-001

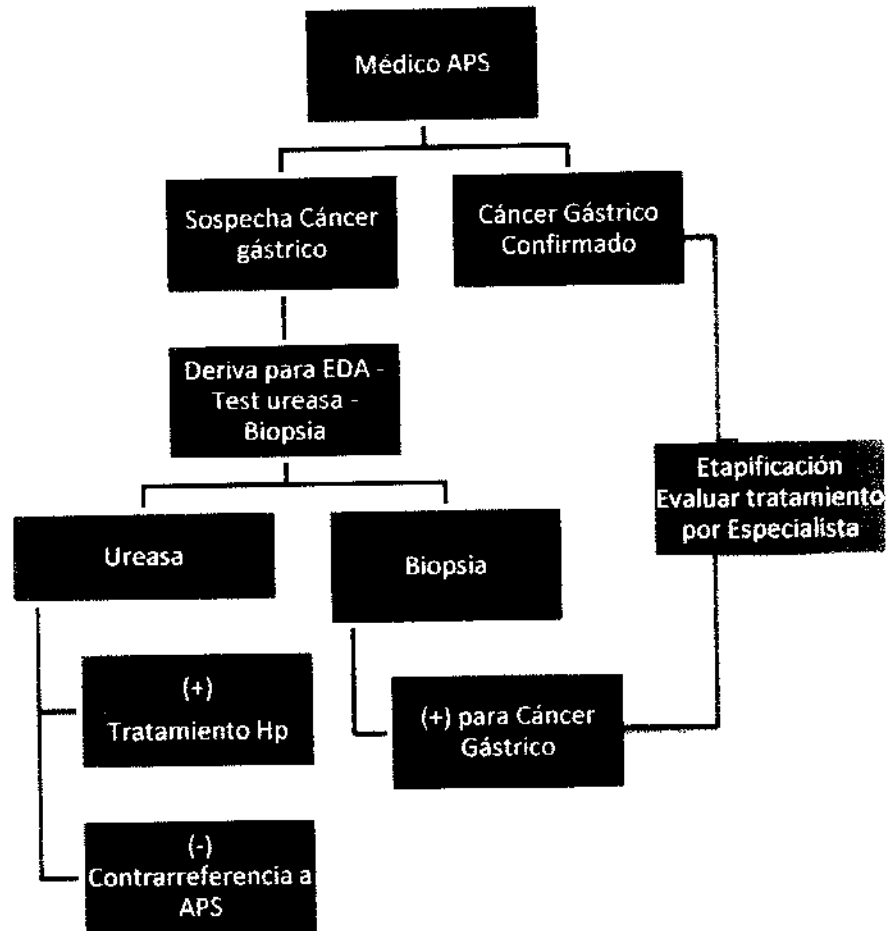
Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 11 de 13

Vigencia: 3 años

FLUJOGRAMA.





PROCOLO RYCR
CANCER GASTRICO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-001

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 12 de 13

Vigencia: 3 años

INDICADOR.

- **Numerador:** N° total de pacientes con EDA realizada derivados desde APS con sospecha de cáncer gástrico.
- **Denominador:** N° de pacientes derivados desde APS con sospecha de cáncer gástrico para realización de EDA.

N° total de pacientes con EDA realizada derivados desde APS con sospecha de
cáncer gástrico.

N° de pacientes derivados desde APS con sospecha de cáncer gástrico para
realización de EDA.

RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.

- Médico Jefe del servicio de Cirugía del Hospital Ernesto Torres Galdámez.
- Referente de referencia y contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique.



PROTOCOLO RYCR
CANCER GASTRICO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-001

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 13 de 13

Vigencia: 3 años

PLAN DE DIFUSIÓN

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta.

Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del servicio de salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizara una primera reunión con médicos interfase de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Reuniones mensuales para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizara una nueva revisión y actualización del protocolo en mayo 2021.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

- Ministerio de Salud. Guía clínica GES. Guía clínica de Cáncer Gástrico. Santiago: Minsal, 2010.
- Goic, A. Semiología médica 2° edición. Editorial Mediterráneo, 1998, Santiago de Chile.
- Carvajal H, Camacho M. Manual de cirugía General. Editorial Mediterráneo, 2002, Chile
- Myhus L, Baker E. Mastery of Surgery 2° Edition. Boston: Little Brown, 1992.

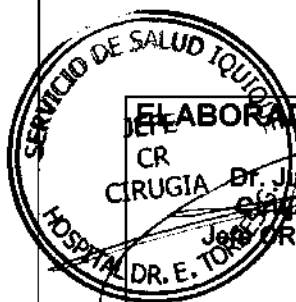


PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED

COLELITIASIS

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

2018-2021



<p>ELABORADO POR:</p> <p>DEFE CR CIRUGIA Dr. Julio Zúñiga A. Cofundador General Jefe CR Cirugía, HETG</p> <p>Dra Camila Núñez A. Médico EDF CESFAM Héctor Reyno</p> <p>Dr. Pedro Pérez Médico EDF CGR Pozo Almonte</p>	<p>REVISADO POR:</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. Paloma Ly Sanchez Encargada R y CR Servicio Salud Iquique</p> <p>E.U Christian Carvajal H. Encargado GES Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> Depto. Salud Iquique Encargada de la Unidad Calidad del Hospital Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> Cristina Perez Rebolledo Encargada de planificación Servicio Salud Iquique</p>	<p>APROBADO POR:</p> <p><i>[Signature]</i> MINISTERIO DE SALUD DIRECTOR SERVICIO SALUD IQUIQUE</p> <p>Patricia Quintard Rojas Directora (s) Servicio de Salud de Iquique</p>
<p>Fecha Elaboración: Mayo 2018</p>	<p>Fecha Revisión: Mayo 2018</p>	<p>Fecha próxima revisión: Mayo 2021</p>



PROCOLO RYCR
COLELITIASIS
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-002

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 2 de 12

Vigencia: 3 años

INDICE

DECLARACIÓN DE INTERES	3
INTRODUCCION.....	3
MAPA DE RED	3
OBJETIVOS	4
ALCANCE O AMBITO DE APLICACIÓN	4
RESPONSABLES	4
POBLACION OBJETIVO	5
DEFINICIONES	5
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO	6
FLUJOGRAMA	10
INDICADOR	11
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN	11
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	12



PROTOCOLO RYCR
COLELITIASIS
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-002

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 3 de 12

Vigencia: 3 años

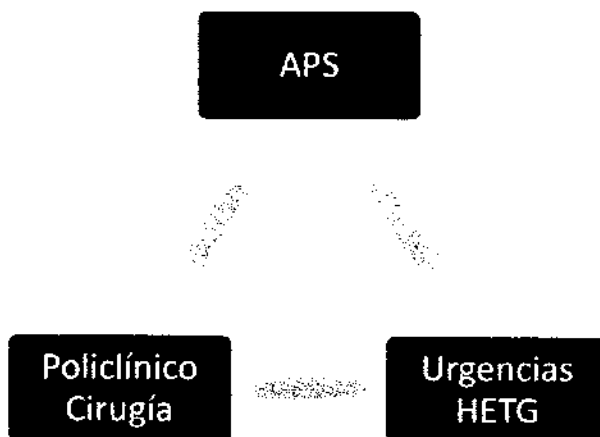
- **DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.**

No se declara conflictos de interés.

- **INTRODUCCIÓN.**

El cáncer de vesícula constituye la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en Chile y es reconocido como una prioridad de salud pública en el país. Es por esto que la prevención se ha vuelto una tarea fundamental en la labor de APS: identificación de la población de riesgo, prevención secundaria mediante ecografía abdominal selectiva y derivación oportuna de coleditiasis (90% de los casos de cáncer de vesícula se asocian a coleditiasis) para realizar colecistectomía profiláctica. Tanto coleditiasis como cáncer de vesícula aumentan con la edad. La presencia de un cálculo mayor a 3 cm se asocia a un riesgo 10 veces mayor de tener cáncer, que cálculos menores de 1 cm.

- **MAPA DE RED.**





PROTOCOLO RYCR
COLELITIASIS
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-002

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 4 de 12

Vigencia: 3 años

1. OBJETIVOS.

• OBJETIVO GENERAL

- Establecer criterios estandarizados de manejo, derivación y priorización de pacientes, mejorando la pertinencia de la referencia y contrarreferencia entre los niveles primario y secundario de la red asistencial de la Región de Tarapacá, dependiente del Servicio de Salud Iquique.

Establecer un proceso de referencia y contrarreferencia de patologías quirúrgicas con integración y coordinación eficaz entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional, mejorando los canales de comunicación que existen entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.

• OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar criterios de manejo y derivación oportuna frente a pacientes con coleditiasis
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias a dicha patología.

1. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), servicios de urgencia rural (SUR), servicios de atención primaria de urgencia (SAPU), centros de salud (CES), centros de salud familiar (CESFAM), consultorio adosado de especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (CAE-HETG) y unidad de emergencia hospitalaria (UEH-HETG).

1. RESPONSABLES.

○ RESPONSABLES DE SU EJECUCION

- Médico APS encargado de pesquisar, iniciar tratamiento y derivar pacientes según los criterios de derivación del presente documento.



PROTOCOLO RYCR
COLELITIASIS
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-002

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 5 de 12

Vigencia: 3 años

- Médico Especialista responsable de efectuar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, así como de realizar la contrarreferencia a APS.
- **RESPONSABLE DE EVALUACION Y MONITOREO**
- Médico interfaz de APS, responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación a atención secundaria y terciaria.
- Médico interfaz de nivel secundario, responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar el cumplimiento de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE HETG.
- Jefe del CAE, responsable de efectuar control y seguimiento de los indicadores e informar al Director, sub director médico del HETG y gestor de red con copia al departamento de planificación y control del SSI.
- Encargado GES de HETG y SSI, serán responsables de evaluar cumplimiento según GES.

1. POBLACIÓN OBJETIVO.

- El protocolo va destinado principalmente a pacientes asintomático o sintomático que en resultado de ecotomografía abdominal se confirme presencia de cálculos, sin evidencia de complicaciones en urgencia.

1. DEFINICIONES

- **Colelitiasis:** corresponde a la presencia de cálculos en la vesícula biliar.
- **Cólico biliar típico:** dolor en epigastrio o hipocondrio derecho, irradiado a espalda o región escapular. De inicio rápido, puede durar horas y acaba cediendo. Primer episodio o haber tenido cuadros similares previos. Asociado a náuseas, vómitos.
- **Cólico biliar complicado:** dolor persistente refractario a tratamiento médico adecuado, presencia de fiebre, ictericia y/o peritonismo abdominal (Murphy +)
- **Colelitiasis asintomática:** diagnóstico ecográfico incidental de litiasis biliar en pacientes sin manifestaciones clínicas.



PROTOCOLO RYCR
COLELITIASIS
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-002

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 6 de 12

Vigencia: 3 años

Patología GES: Colectomía preventiva en adultos entre 35 a 49 años.

2. DESARROLLO

9.1. Conducta a seguir por parte del médico APS:

- Evaluación clínica completa y solicitud de ecotomografía abdominal.

Derivación de pacientes desde APS al Policlínico de Cirugía (CAE-HETG):

- Paciente asintomático o sintomático que en resultado de ecotomografía abdominal se confirme presencia de cálculos, sin evidencia de complicaciones de urgencia.

Derivación de pacientes desde APS a Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- Cuadro agudo sin respuesta a tratamiento analgésico iv.
- Cuadro agudo con signos de complicación (Ictericia – Fiebre):
 - Perforación, formación de abscesos y fistulas vesiculares
 - Coledocolitiasis
 - Colangitis o pancreatitis aguda

Recomendación de tamizaje con ecografía abdominal:

- Mujeres asintomáticas con factores de riesgo demostrados (colecistitis, ser mujer, edad, raza, obesidad, dieta rica en grasa, embarazo)
- Población sintomática de ambos sexos (síntomas actuales, cólico biliar previo, colecistitis crónica no operada o ecotomografía abdominal previa compatible con colecistitis).



PROTOCOLO RYCR
COLELITIASIS
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-002

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 7 de 12

Vigencia: 3 años

- **Exámenes solicitados por el profesional APS previo derivación y que debe presentar el paciente en el policlínico de Cirugía:**
 - Hemograma - VHS
 - Glicemia
 - Uremia
 - Nitrógeno ureico
 - Creatininemia
 - Orina completa
 - Protrombinemia, % actividad y TTPK
 - Pruebas hepáticas
 - ECG en personas > de 40 años
 - Ecotomografía abdominal

- **Documentos emitidos por profesional tratante en APS al médico especialista:**
 - El médico de APS deberá derivar SIC realizada desde el sistema informático Rayen en caso de disponibilidad (según comuna) o con el formulario oficial de solicitud de interconsultas (SIC) que contenga:
 - Datos del paciente (nombre, rut, edad). El resto de los datos es responsabilidad de sala SIC de cada centro de APS.
 - Anamnesis pertinente.
 - Examen físico respectivo.
 - Hipótesis diagnóstica y tratamiento administrado previamente.
 - Exámenes y sus resultados.
 - Destacar si es caso GES (35 – 49 años)
 - Formulario de notificación GES (cuando corresponda).
 - Nombre y RUT del profesional.



PROTOCOLO RYCR
COLELITIASIS
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-002

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 8 de 12

Vigencia: 3 años

- **Acciones a realizar médico especialista de la atención secundaria.**
- Será contrarreferido a APS todo paciente operado sin complicaciones dado de alta de Policlínico de Cirugía.
- Médico especialista deberá enviar el formulario oficial de contrarreferencia señalando:
 - Diagnóstico definitivo
 - Indicaciones
 - Tratamiento indicado
 - Controles en nivel primario y/o secundario
- Siempre señalando nombre, rut, timbre y firma

9.6. Contrarreferencia:

- El médico especialista contra referirá a aquellos pacientes sin criterio de manejo en nivel secundario, habiéndose descartado patología quirúrgica de urgencia.
- Todo paciente evaluado en la atención secundaria, debe ser referido por el médico especialista, mediante el Formulario de Contrarreferencia, el cual debe contener:
 1. Diagnóstico definitivo.
 2. Exámenes realizados y resultados.
 3. Indicaciones de tratamiento, próximos controles en APS y/o nivel secundario, según corresponda. Siempre señalando nombre, Rut, timbre y firma.



PROTOCOLO RYCR
COLELITIASIS
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-002

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 9 de 12

Vigencia: 3 años

9.6. Tiempos de resolución:

- Evaluación por urgencia: antes de las 6 hrs. de llegado al Servicio de urgencia.
- Resolución quirúrgica: Resolución quirúrgica inmediata una vez confirmado el cuadro ecográficamente (tiempo máximo de resolución una vez iniciado el cuadro: 12 hrs.)

Control por especialista: Control a los 7 días y al mes post operado (con Eco doppler de control). Si paciente presente un flujo sanguíneo adecuado, alta. Si no presenta flujo adecuado, paciente se mantiene en atención secundaria ambulatoria para programación de Orquiectomía electiva

Los tiempos de respuesta y criterios de priorización dependerán de la evaluación de médico interfaz secundario en base a signos de alarma y riesgos potenciales del paciente. Toda coordinación se realizará en Red, con el objetivo de asegurar la atención oportuna de quienes así lo requieran.



PROTOCOLO RYCR
COLELITIASIS
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-002

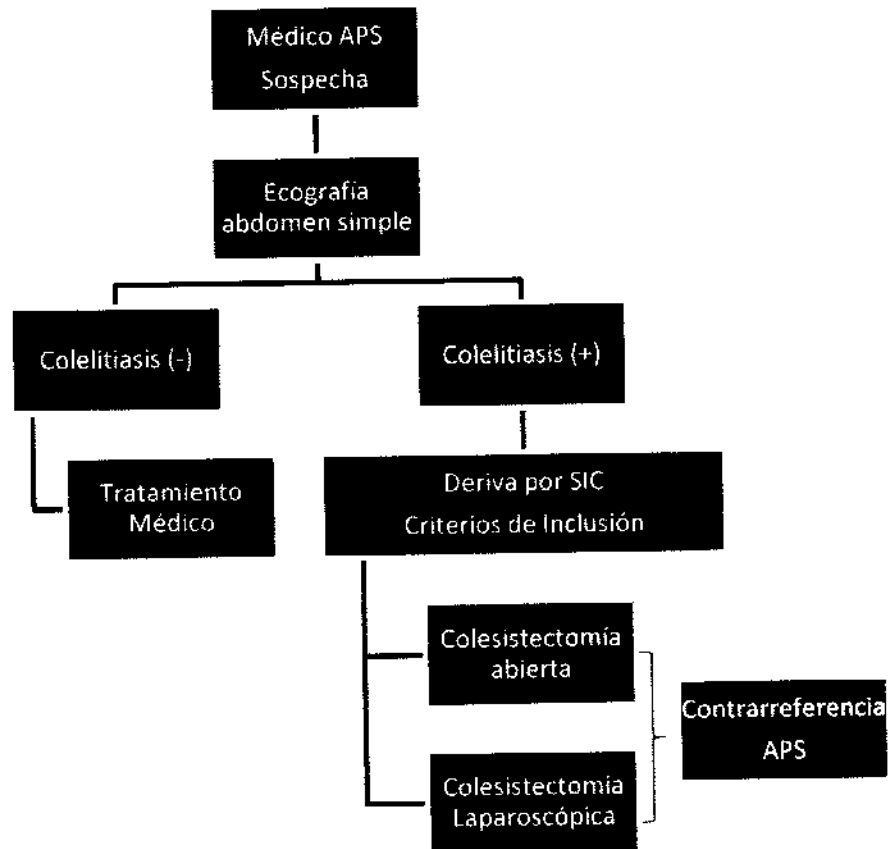
Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 10 de 12

Vigencia: 3 años

10. FLUJOGRAMA





PROCOLO RYCR
COLELITIASIS
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-002

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 11 de 12

Vigencia: 3 años

INDICADOR 6.1 (COMGES 6).

Numerador: Σ de los tiempos (en días) de resolución de la totalidad de pacientes seleccionados en la muestra por patología protocolizada en el año t.

Denominador: Total de pacientes seleccionados en la muestra del período a evaluar.

Σ de los tiempos (en días) de resolución de la totalidad de pacientes seleccionados en la muestra por patología protocolizada en el año t.

Total de pacientes seleccionados en la muestra del período a evaluar.

3. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.

- Médico Jefe del servicio de Cirugía del Hospital Ernesto Torres Galdames
- Referente de referencia y contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique

4. PLAN DE DIFUSIÓN

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta.

Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:



PROTOKOLO RYCR
COLELITIASIS
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-002

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 12 de 12

Vigencia: 3 años

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del servicio de salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizara una primera reunión con médicos interfase de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Reuniones mensuales para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizara una nueva revisión y actualización del protocolo en mayo 2021.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.

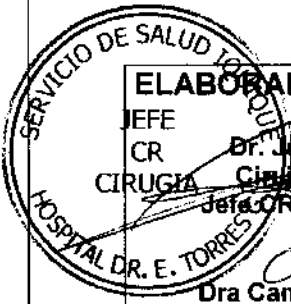
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

- Ministerio de Salud. Guía clínica GES. Colectomía preventiva en adultos de 35 a 49 años. Santiago: Minsal, 2010.
- Goic, A. Semiología médica 2° edición. Editorial Mediterráneo, 1998, Santiago de Chile.
- Carvajal H, Camacho M. Manual de cirugía General. Editorial Mediterráneo, 2002, Chile
- Myhus L, Baker E. Mastery of Surgery 2° Edition. Boston: Little Brown, 1992.



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
HERNIA DE PARED ABDOMINAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

2018- 2021



ELABORADO POR:

JEFE
CR *[Signature]*
Dr. Julio Zúñiga A.
Cirujano General
Jefe CR Cirugía, HETG

[Signature]
Dra Camila Núñez A.
Médico EDF
CESFAM Héctor Reyno

[Signature]
Dr. Pedro Pérez G.
Médico EDF
CGR Pozo Almonte

REVISADO POR:

[Signature]
Dra. Paloma Ly Sánchez
Encargada de R - C R
Servicio de Salud Iquique

[Signature]
Dpto. Calidad
En la Unidad Calidad
Servicio de Salud Iquique.

[Signature]
Carolina Pérez Espolledo
Encargada Jefa Unidad Calidad
Servicio de Salud Iquique.

APROBADO POR:

[Signature]
Patricia Quintard Rojas
Directora (s)
Servicio de Salud de Iquique

Fecha Elaboración:
Diciembre 2017

Fecha Revisión: Mayo 2018

Fecha próxima revisión: Mayo 2021



PROTOCOLO RYCR
HERNIA DE PARED ABDOMINAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-003

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 2 de 11

Vigencia: 3 años

INDICE

DECLARACIÓN DE INTERES	3
INTRODUCCION.....	3
MAPA DE RED	3
OBJETIVOS	4
ALCANCE O AMBITO DE APLICACIÓN	4
RESPONSABLES	5
POBLACION OBJETIVO	5
DEFINICIONES	6
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO	6
FLUJOGRAMA	9
INDICADOR	10
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN	11
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	11



PROTOCOLO RYCR
HERNIA DE PARED ABDOMINAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-003

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 3 de 11

Vigencia: 3 años

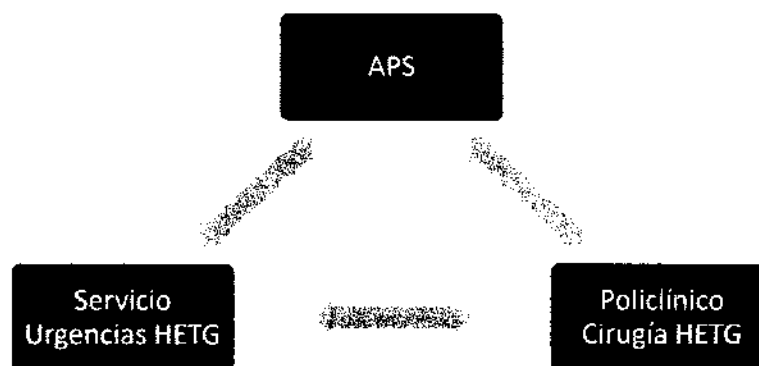
1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.

- No se declara conflictos de interés.

2. INTRODUCCIÓN.

- La hernia abdominal corresponde a una protrusión de peritoneo parietal (con o sin vísceras intra-abdominales) a través de un orificio o anillo anatómicamente débil de la pared abdominal. Su cirugía de reparación se ubica en la segunda cirugía electiva más frecuente en Chile con una recidiva de un 10% tras su cirugía.
- 5% de la población general presenta una hernia en la pared abdominal, de estas: 75% son inguino-femorales, 10% umbilicales. La hernia inguinal indirecta es más común independiente del sexo.
- Entre los factores de riesgo de su aparición se encuentran: masculino, sobrepeso, tos crónica, constipación, HPB, realizar grandes esfuerzos.

3. MAPA DE RED.





PROTOCOLO RYCR
HERNIA DE PARED ABDOMINAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-003

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 4 de 11

Vigencia: 3 años

4. OBJETIVOS.

• OBJETIVO GENERAL

- Establecer criterios estandarizados de manejo, derivación y priorización de pacientes, mejorando la pertinencia de la referencia y contrarreferencia entre los niveles primario y secundario de la red asistencial de la Región de Tarapacá, dependiente del Servicio de Salud Iquique.
- Establecer un proceso de referencia y contrarreferencia de patologías quirúrgicas con integración y coordinación eficaz entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional, mejorando los canales de comunicación que existen entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.

• OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar criterios de manejo y derivación oportuna frente a pacientes con diagnóstico de hernia de pared abdominal.
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias a dicha patología.

5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), servicios de urgencia rural (SUR), servicios de atención primaria de urgencia (SAPU), centros de salud familiar (CESFAM), consultorio adosado de especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (CAE-HETG) y unidad de emergencia hospitalaria (UEH-HETG).



PROTOCOLO RYCR
HERNIA DE PARED ABDOMINAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-003

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 5 de 11

Vigencia: 3 años

6. RESPONSABLES.

a. RESPONSABLES DE SU EJECUCION

- Médico APS encargado de pesquisar, iniciar tratamiento y derivar pacientes según los criterios de derivación del presente documento.
- Médico Especialista responsable de efectuar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, así como de realizar la contrarreferencia a APS.

b. RESPONSABLE DE EVALUACION Y MONITOREO

- Médico interfase de APS, responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación a atención secundaria y terciaria.
- Médico interfase de nivel secundario, responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar el cumplimiento de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE HETG.
- Jefe del CAE, responsable de efectuar control y seguimiento de los indicadores e informar al Director, sub director médico del HETG y gestor de red con copia al departamento de planificación y control del SSI.

7. POBLACIÓN OBJETIVO.

- El protocolo va destinado principalmente a pacientes asintomático o sintomático mayores de 15 años con hernia en la pared abdominal.



PROTOCOLO RYCR
HERNIA DE PARED ABDOMINAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-003

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 6 de 11

Vigencia: 3 años

8. DEFINICIONES:

- a. **Hernia de pared abdominal:** protrusión de peritoneo parietal (con o sin vísceras intraabdominales) a través de un orificio o anillo anatómicamente débil de la pared abdominal.
- b. **Hernia reductible:** cuando el contenido de la hernia es susceptible de ser regresado a su sitio de origen.
- c. **Hernia atascada:** No es posible volver su contenido al origen
- d. **Hernia encarcerada:** hernia con compromiso de la irrigación de la víscera o tejido que está fuera de su lugar.
- e. **Hernia inguinal y femoral:** defecto en el anillo profundo y/o pared posterior del canal inguinal, en caso de femorales en el orificio crural o femoral
- f. **Hernia Umbilical:** hernia a través del ombligo (aponeurosis y peritoneo)
- g. **Hernia incisional:** hernia a través de un defecto en la pared abdominal producido por una cicatriz quirúrgica o traumática.
 - i. Simple: anillo mide menos de 10 cm.
 - ii. Compleja: anillo mayor 10 cm, gran saco, volumen es mayor que la capacidad de la cavidad abdominal.

9. DESARROLLO

Derivación de pacientes desde APS al Policlínico de Cirugía (CAE-HETG):

- a. Todo paciente con confirmación diagnóstica de hernia de pared abdominal no complicada, que incluye:
 - i. Hernia inguinal, femoral o crural no complejas.



PROTOCOLO RYCR
HERNIA DE PARED ABDOMINAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-003

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 7 de 11

Vigencia: 3 años

- ii. Hernia inguinal compleja.
 - iii. Hernia incisionales simples y complejas.
 - iv. Hernias umbilical no complicada.
- b. El diagnóstico es clínico.
- c. En algunas hernias complejas, puede requerirse Ecotomografía de pared abdominal, TAC de abdomen y pelvis, etc. para confirmación (pero no serán condicionantes para derivación).

Derivación de pacientes a Unidad de Emergencia Hospitalaria:

- d. Todo paciente con hernia abdominal complicada (atascada o encarcerada)
- **Exámenes solicitados por el profesional APS previo derivación y que debe presentar el paciente en el policlínico de Cirugía:**
 - Hemograma - VHS
 - Glicemia
 - Uremia, nitrógeno ureico
 - Creatininemia
 - Orina completa
 - Protrombinemia, % actividad y TTPK
 - ECG en personas > de 40 años y con obesidad mórbida (perfil lipídico)



PROTOCOLO RYCR
HERNIA DE PARED ABDOMINAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-003

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 8 de 11

Vigencia: 3 años

- **Documentos emitidos por profesional tratante en APS al médico especialista:**
 - El médico de APS deberá derivar SIC realizada desde el sistema informático Rayen en caso de disponibilidad (según comuna) o con el formulario oficial de solicitud de interconsultas (SIC) que contenga:
 - Datos del paciente (nombre, rut, edad). El resto de los datos es responsabilidad de sala SIC de cada centro de APS.
 - Anamnesis pertinente.
 - Examen físico respectivo.
 - Hipótesis diagnóstica y tratamiento administrado previamente.
 - Exámenes y sus resultados.
 - Nombre, RUT, firma, timbre del profesional.
 - Timbre de Médico Interfase si corresponde.
- **Acciones a realizar médico especialista de la atención secundaria.**
 - Será contrarreferido a APS todo paciente operado sin complicaciones dado de alta de Policlínico de Cirugía.
 - Médico especialista deberá contrarreferir, señalando:
 - Diagnóstico definitivo
 - Indicaciones
 - Tratamiento indicado
 - Controles en nivel primario y/o secundario
 - Siempre señalando nombre, RUT, timbre y firma

Los tiempos de respuesta y criterios de priorización dependerán de la evaluación de médico interfase secundario en base a signos de alarma y riesgos potenciales del paciente. Toda coordinación se realizará en Red, con el objetivo de asegurar la atención oportuna de quienes así lo requieran.



PROTOCOLO RYCR
HERNIA DE PARED ABDOMINAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-003

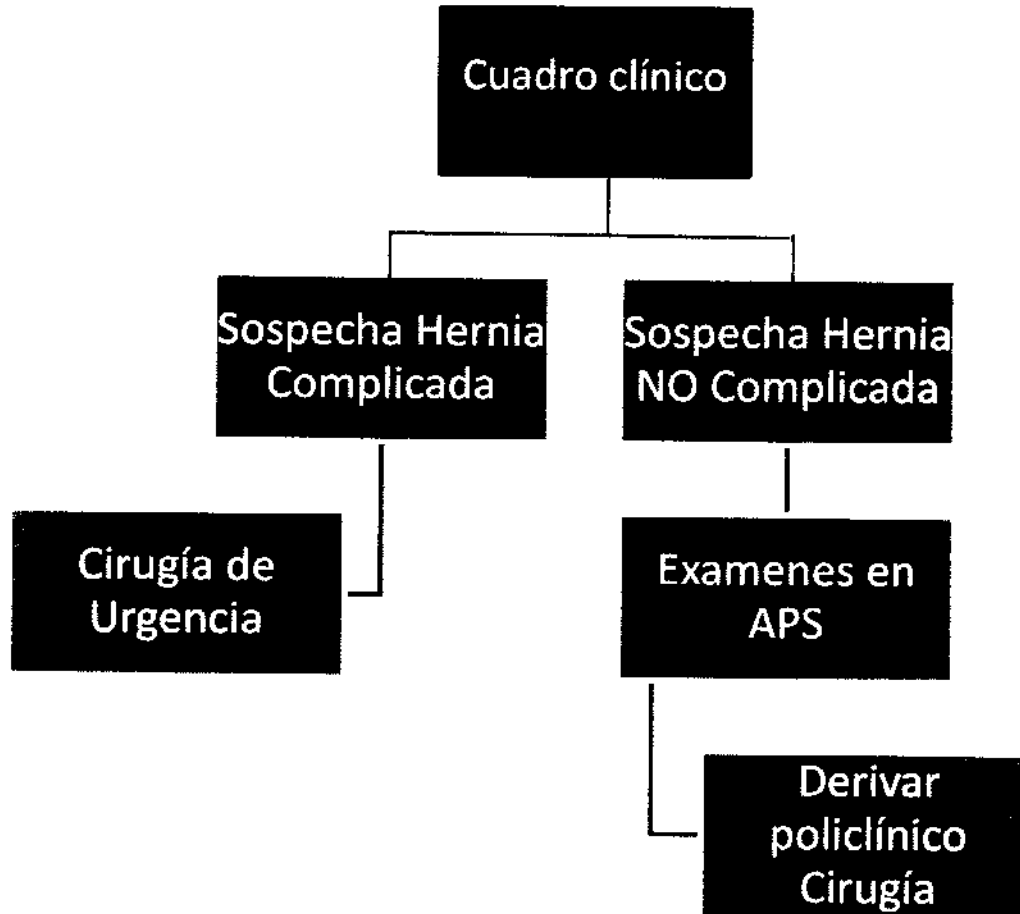
Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 9 de 11

Vigencia: 3 años

10. FLUJOGRAMA





PROTOCOLO RYCR
HERNIA DE PARED ABDOMINAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-003

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 10 de 11

Vigencia: 3 años

Tiempos de resolución:

- **Primera evaluación médica:** el paciente que presenta signos de gravedad debe ser evaluado inmediatamente en servicio de urgencia por medico de turno.
- **Evaluación por especialista:** Si paciente no presenta signos de complicación, la primera evaluación por especialista debe ser antes de 6 meses.
- **Resolución quirúrgica:**
- **Tiempo de alta:** La contrarreferencia del paciente a nivel primario quedará sujeto al carácter de la patología presentada y al criterio del especialista.

11. INDICADOR 6.1 (COMGES 6).

- **Numerador:** Σ de los tiempos (en días) de resolución de la totalidad de los pacientes seleccionados en la muestra por patología protocolizada en el año t.
- **Denominador:** Total de pacientes seleccionados en la muestra del período a evaluar.

Numerador: Σ de los tiempos (en días) de resolución de la totalidad de los pacientes seleccionados en la muestra por patología protocolizada en el año t.

Denominador: Total de pacientes seleccionados en la muestra del período a evaluar.



PROTOKOLO RYCR
HERNIA DE PARED ABDOMINAL
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-CAD-003

Edición: Tercera

Fecha: Mayo 2018

Página: 11 de 11

Vigencia: 3 años

12. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.

- Médico Jefe del servicio de Cirugía del Hospital Ernesto Torres Galdames.
- Referente de referencia y contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique.

13. PLAN DE DIFUSIÓN

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del servicio de salud Iquique, con su respectiva resolución.
- Reuniones mensuales para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizara una nueva revisión y actualización del protocolo en mayo 2021.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

- Guía clínica Hernias de la pared abdominal, Santiago: Ministerio de Salud, 2008.
- Goic, A. Semiología médica 2° edición. Editorial Mediterráneo, 1998, Santiago de Chile.
- Carvajal H, Camacho M. Manual de cirugía General. Editorial Mediterráneo, 2002, Chile.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
TRASTORNO DEL ESPECTRO
AUTISTA (TEA)**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE
2018 - 2021**

<p>Elaborado Por:</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. Paola Vacarinas Médico Neurologo Infantil Hospital E. Torres G.</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. Camila Cruz P. Médico EDF CESFAM C. Guzmán</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Francisco Cuevas R. Médico EDF CESFAM Sur</p> <p><i>[Signature]</i> Alex Capera T. Referente Salud Mental Servicio Salud Iquique</p>	<p>Revisado Por:</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. Paloma Ly Sánchez Médico EDF Subdirección Gestión Asistencial Servicio Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> Depto. Calidad, Innovación y Seguridad del Paciente Oficina de Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> Mayleen Pol Jacome Encargada (s) Ciclo Infantil Servicio de Salud Iquique</p>	<p>Aprobado Por:</p> <p><i>[Signature]</i> Paola Quintard Soto Directora (s) Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> DIRECTOR SERVICIO SALUD IQUIQUE</p>
<p>Fecha Elaboración: Noviembre 2017</p>	<p>Fecha Revisión: Mayo 2018</p>	<p>Fecha próxima revisión: Mayo 2021</p>



PROTOCOLO RYCR
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-N-INF-004

Edición: Primera

Fecha: MAYO 2018

Página: 2 de 18

Vigencia: 3 años

INDICE

DECLARACIÓN DE INTERES	3
INTRODUCCION.....	3
MAPA DE RED	3
OBJETIVOS	4
ALCANCE O AMBITO DE APLICACIÓN	5
RESPONSABLES	5
POBLACION OBJETIVO	5
DEFINICIONES	5
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO	6
FLUJOGRAMA	14
INDICADOR	16
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN	16
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	17
ANEXOS	17



PROTOCOLO RYCR
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-N-INF-004

Edición: Primera

Fecha: MAYO 2018

Página: 3 de 18

Vigencia: 3 años

- **DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.**

No se declara conflictos de interés.

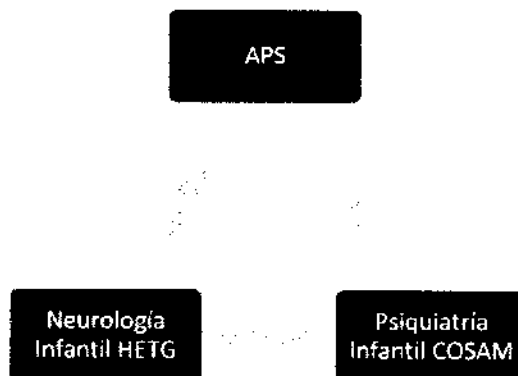
- **INTRODUCCIÓN.**

Los TEA se consideran trastornos evolutivos, con diferentes manifestaciones clínicas pero que afectan tres ejes fundamentales: alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca- alteraciones en la comunicación verbal y no verbal- presencia de patrones restrictivos, repetitivos y estereotipados de la conducta.

La detección e identificación temprana de niños con TEA es esencial, ya que permite la intervención temprana lo que favorece un mejor desempeño posterior.

En Chile no existe un registro diagnóstico, sin embargo, al cruzar la prevalencia internacional (9 de cada 1000 RNV) con datos nacionales, es posible estimar que para los 242.005 nacidos vivos registrados en el 2013 (DEIS), la cantidad aproximada de personas con diagnóstico de TEA en Chile sería de 2178 niños. En la región de Tarapacá esto se traduciría en 51 personas con diagnóstico de TEA para los 5.766 nacidos vivos registrados en el 2013 (DEIS).

- **MAPA DE RED.**





PROTOCOLO RYGR
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-N.INF-004

Edición: Primera

Fecha: MAYO 2018

Página: 4 de 18

Vigencia: 3 años

OBJETIVOS.

• **OBJETIVO GENERAL**

- Aumentar la pesquisa oportuna de personas con TEA, idealmente previo a los 5 años.
- Establecer criterios estandarizados de pesquisa, manejo, derivación y priorización de pacientes, mejorando la pertinencia de la referencia y contrarreferencia entre los niveles primario y secundario de la red asistencial de la Región de Tarapacá, dependiente del Servicio de Salud Iquique.
- Establecer un proceso de referencia y contrarreferencia de patologías relacionadas a los trastornos del espectro autista con integración y coordinación eficaz entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional, logrando optimizar los tiempos de permanencia del paciente durante la atención por especialista.
- Mejorar los canales de comunicación que existen entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.

• **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Entregar criterios de pesquisa y derivación oportuna frente a pacientes con sospecha de trastorno del espectro autista.
- Estandarizar el manejo de los pacientes con trastorno del espectro autista logrando tratamientos eficientes.
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias de dichas patologías.



PROTOCOLO RYCR
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-N.INF-004

Edición: Primera

Fecha: MAYO 2018

Página: 5 de 18

Vigencia: 3 años

ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), centros de salud (CES), centros de salud familiar (CESFAM), Consultorio adosado de especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (CAE-HETG)

RESPONSABLES DE SU EJECUCION

- Médico APS encargado de pesquisar y derivar pacientes a la atención secundaria (neurología y psiquiatría infantil, pediatría) según los criterios de derivación del presente documento.
- Médico Especialista es responsable de confirmar el diagnóstico, realizar tratamiento y seguimiento, así como realizar la contrarreferencia a APS.

POBLACIÓN OBJETIVO.

El protocolo va destinado principalmente a pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico confirmado de trastornos del espectro autista.

DEFINICIONES

Las causas precisas de los TEA son objeto de constante discusión. Sin embargo, según investigaciones durante los últimos años éstos tendrían un origen neurobiológico multifactorial, genéticamente determinado y que afecta los procesos de diferenciación neuronal y sináptica, en períodos tempranos de la ontogénesis cerebral.



**PROTOCOLO RYCR
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-N.INF-004

Edición: Primera

Fecha: MAYO 2018

Página: 6 de 18

Vigencia: 3 años

El diagnóstico de TEA es de tipo dimensional, considerando los diferentes espectros e implica los fenómenos que se distribuyen según grados de funcionalidad o disfuncionalidad. Es así como la gravedad del caso depende de factores como comorbilidades médicas, sintomatología presente y nivel intelectual.

Los niños con Autismo de inicio temprano cursan con un desarrollo deficiente pero mantenido de las habilidades sociales. Entre un 20-40% de los TEA se presentan como pérdida o regresión de hitos evolutivos del desarrollo lingüístico. Un tercio de los niños con Autismo Clásico presentan además un retroceso en otros aspectos del desarrollo psicomotor.

Entre las comorbilidades asociadas se encuentran: deficiencia cognitiva (29.8%), Epilepsia de aparición precoz o tardía (33%), Trastorno de la integración sensorial (69%-90%), Trastornos del sueño (40%-80%), Dispraxias motoras, Alteraciones auditivas, Alteraciones motoras y alteraciones conductuales.

El TEA debe tener un abordaje clínico y comunitario precoz, con planes de tratamiento integral individualizados según el caso particular y teniendo en cuenta si existen otras comorbilidades médicas.

Los profesionales de atención primaria de salud (APS) deben tener formación específica en el trastorno del espectro autista (mínimo 100h horas certificadas) y los profesionales del nivel secundario y terciario deben ser especializados en el TEA.

PROCEDIMIENTO O DESARROLLO

El desarrollo del área del lenguaje y social es parte del desarrollo psicomotor y se debe evaluar en todo niño cada vez que acude a supervisión de salud o control sano.



PROTOCOLO RYCR
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-N.INF-004

Edición: Primera

Fecha: MAYO 2018

Página: 7 de 18

Vigencia: 3 años

La sospecha de TEA debe ser evaluada por el médico de APS mediante el chequeo de la presencia de Señales de Alerta de TEA.

El retraso en áreas de lenguaje y desarrollo social en el EEDP (a los 8, 18 meses y sus repeticiones) y el retraso en el área de lenguaje en el TEPSI (a los 36 meses y sus repeticiones) en la evaluación de DPM son motivo para que el profesional aplique la Pauta de Cotejo de Señales de Alerta de TEA.

Se recomienda registrar el progreso del niño, detallando los logros observados desde el último control. En la primera consulta se deben averiguar los antecedentes de la madre, el padre y hermanos; del embarazo, patologías perinatales, determinantes sociales de salud (nivel socioeconómico, educacional de los padres, condiciones de vivienda y establecimiento educacional) que pudieran alterar el desarrollo.

Hitos del desarrollo normal área del lenguaje y social

- **Recién nacido:** llanto
- 1 mes: vínculo padres-lactante/alerta especial a la madre
- 2 meses: sonrisa social/gorjeo
- 4 meses: ríe fuerte/apego lactante con sus padres
- 6 meses: dirige la vista buscando lo que se ha caído/balbuceo
- 7 meses: angustia separación
- 8 meses: disilabos
- 9 meses: aplaude
- 10 meses: detiene la acción a la orden de "no"
- 12 meses: dice "chao" con las mano/2-3 palabras con significado. Entiende una orden simple.
- 15 meses: 2-6 palabras/ inicia formación de relaciones



PROCOLO RYCR
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-N.INF-004

Edición: Primera

Fecha: MAYO 2018

Página: 8 de 18

Vigencia: 3 años

- 2 años: imita a otros para complacerlos/tolera la separación/frases de 2-3 palabras/dice su nombre
- 3 años: Utiliza verbos y el "yo" /juega con otros niños, imita acciones de adultos.

BANDERAS ROJAS AREA SOCIAL/LENGUAJE

- Falta vocalización a los 4 meses
- No muestra alerta especial a la madre a los 2 meses, sin sonrisa social
- No hace contacto visual a los 3 meses
- No se ríe a los 6 meses
- No busca objeto escondido a los 12 meses
- No decir ninguna palabra con sentido a los 12 meses
- No comprender y obedecer el "no" a los 15 meses
- No decir palabras sueltas fuera de papa o mama a los 18 meses
- No juega con otros niños a los 2 años
- Lenguaje incomprensible a los 3 años. No conoce su nombre.

Tartamudeo y errores de pronunciación después de los 5 años



**PROCOLO RYCR
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-N.INF-004

Edición: Primera

Fecha: MAYO 2018

Página: 9 de 18

Vigencia: 3 años

Pauta de Cotejo de Señales de Alerta de TEA:

RANGO ETARIO	SEÑALES OBLIGATORIAS	SEÑALES DE PRECAUCIÓN
Hasta los 12 meses	Ausencia balbuceo	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de contacto ocular - Ausencia de sonrisa social - No reconoce su nombre - Falta de ansiedad ante extraños (desde los 9 meses)
Entre los 12 y los 18 meses	<p>Ausencia de actividad gestual (saludar, señalar, ect)</p> <p>Ausencia de palabras aisladas (desde los 16 meses)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No señala para pedir - Poca frecuencia del uso de la mirada dirigida a personas - No muestra anticipación cuando va a ser cogido - Falta de interés en juegos interactivos simples como el "no está- ahí está" o el "toma y dame"
Entre los 18 y 24 meses	No dice palabras sencillas a los 18 meses	Ausencia de gestos como señalar con el dedo (protodeclarativos)
Desde los 24 meses en adelante	<p>No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas) a los 24 meses</p> <p>Ausencia de frases de dos palabras o uso ecológico de ellas</p> <p>Pérdida de cualquier habilidad comunicativa-lingüística, social o escolar sobre los 36 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad en el seguimiento de la mirada - Ausencia de juego simbólico - Falta de interés en otros niños - No responde cuando se le llama - No imita ni repite gestos o acciones que otros hacen (muecas, aplaudir) - Pocas expresiones para compartir afecto positivo - Antes usaba palabras pero ahora no (regresión en el lenguaje) - Ausencia del juego de ficción



PROTOCOLO RYCR
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-N.INF-004

Edición: Primera

Fecha: MAYO 2018

Página: 10 de 18

Vigencia: 3 años

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

1.1. Conducta a desarrollar por médico APS:

- Anamnesis y evaluación clínica completa incluyendo antecedentes del embarazo, sociodemográficos, hitos del DSM, evolución y comorbilidades.
- Identificar vulnerabilidad social con visita domiciliaria.
- Adjuntar cuestionarios de pesquisa en retraso del DSM como EEDP y TEPSI durante controles de niño sano.
- Supervisar manejo interdisciplinario en APS incluyendo equipo de sector, educadoras de párvulos de sala de estimulación, fonoaudiólogas, enfermeras y kinesiólogos, según disponibilidad del centro, con el fin de entregar oportunamente las intervenciones requeridas para que el paciente logre su máximo potencial.

1.2. Derivación de pacientes desde APS a Policlínico de Neurología Infantil del Consultorio de Especialidades en el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- En niños entre 0 y 16 meses con presencia de Señales de Alerta Obligatoria correspondiente a su rango etario en la Pauta de Cotejo de Señales de Alerta de TEA y una o más de las Señales de Alerta de Precaución correspondiente a su rango etario o al anterior será motivo de derivación INMEDIATA al período de vigilancia.
- En el período de vigilancia se realiza un cribado de mayor especificidad para el cual se debe aplicar el instrumento M-CHAT (ANEXO 1) en 2 ocasiones, con un intervalo de 30 días entre cada aplicación. El resultado positivo para sospecha de TEA en ambas aplicaciones es motivo para derivación inmediata a la etapa de Confirmación Diagnóstica.
- En niños entre 30 meses y 4 años y 11 meses de edad, la presencia de una Señal de Alerta Obligatoria de las correspondientes a su rango etario en la Pauta de Cotejo de Señales de Alerta de TEA más una o más de las Señales de Precaución



PROTOCOLO RYCR
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-N.INF-004

Edición: Primera

Fecha: MAYO 2018

Página: 11 de 18

Vigencia: 3 años

correspondientes a su rango etario o a los anteriores, será motivo de la aplicación del M-CHAT (ANEXO 1) (de forma cualitativa y complementaria) y de la posterior derivación INMEDIATA a la etapa de Confirmación Diagnóstica.

- Los hermanos de niños con TEA, con mayor razón si son gemelos, deben ser vigilados de forma prioritaria en su desarrollo mediante la Pauta de Cotejo de Señales de Alerta de TEA. Éstos además serán cribados a los 18, 24 meses y a los 3 años con el instrumento M-CHAT/ES (ANEXO 1).

1.3. Derivación de pacientes desde APS a policlínico de Psiquiatría Infanto-juvenil COSAM:

- Pacientes mayores de 6 años con sospecha de TEA y trastornos de la conducta y/o comorbilidades psiquiátricas asociadas.

1.4. Exámenes solicitados por profesional APS previo a derivación:

- No se requiere.
- Adjuntar pautas de evaluación si corresponde, de haber sido aplicadas por profesional capacitado. (EEDP, TEPSI, MCHAT/ES)

1.5. Documentos emitidos por médico tratante de APS

- El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) que contenga:

Datos del paciente (nombre, Rut, edad). El resto de los datos es responsabilidad de la sala SIC de cada centro de APS.

- Hipótesis diagnóstica
- Antecedentes mórbidos personales (epilepsia, convulsiones febriles, trastorno del sueño, alteraciones del tono muscular, alergias, alteraciones digestivas, infecciones recurrentes)
- Antecedentes embarazo y parto



PROTOCOLO RYCR
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-N.INF-004

Edición: Primera

Fecha: MAYO 2018

Página: 12 de 18

Vigencia: 3 años

- Antecedentes mórbidos familiares (epilepsia, trastorno del aprendizaje/psiquiátrico/del Lenguaje/del espectro autista)
- Antecedentes del desarrollo psicomotor (sedestación con/sin apoyo, gateo, marcha con/sin apoyo, control esfínter vesical diurno/nocturno, control esfínter anal diurno/nocturno, retroceso o pérdida de habilidades motoras)
- Examen físico (antropometría, estigmas genopatía, ect.)
- Exámenes complementarios (EEDP/TEPSI/MCHAT)
- Nombre, Rut, firma, timbre del profesional.

1.6. Criterios de priorización para atención en Policlínico de Neurología y Psiquiatría Infantil:

- Ante los tiempos de respuesta y criterios de priorización dependerán de la evaluación de médico interfase secundario en base a signos de alarma y riesgos potenciales del paciente. Toda coordinación se realizará en Red, con el objetivo de asegurar la atención oportuna de quienes así lo requieran.

Acciones a realizar médico neurólogo y/o psiquiatra infantil HETG

- Evaluación clínica completa.
- Exámenes complementarios
- Trabajo multidisciplinario y derivación a otras especialidades según se requiera.
- Contrarreferencia.

2. CONTRARREFERENCIA y documentos emitidos por el médico especialista de atención secundaria.



PROTOCOLO RYCR
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-N.INF-004

Edición: Primera

Fecha: MAYO 2018

Página: 13 de 18

Vigencia: 3 años

- Una vez que se confirme un diagnóstico se mantendrá en control en el nivel secundario.
- El médico especialista deberá enviar el formulario oficial de contrarreferencia, señalando: diagnóstico definitivo, indicaciones, tratamiento indicado, controles en nivel primario y/o secundario, según corresponda.
- Siempre señalando nombre, rut, timbre y firma



PROCOLO RYCR
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-N-INF-004

Edición: Primera

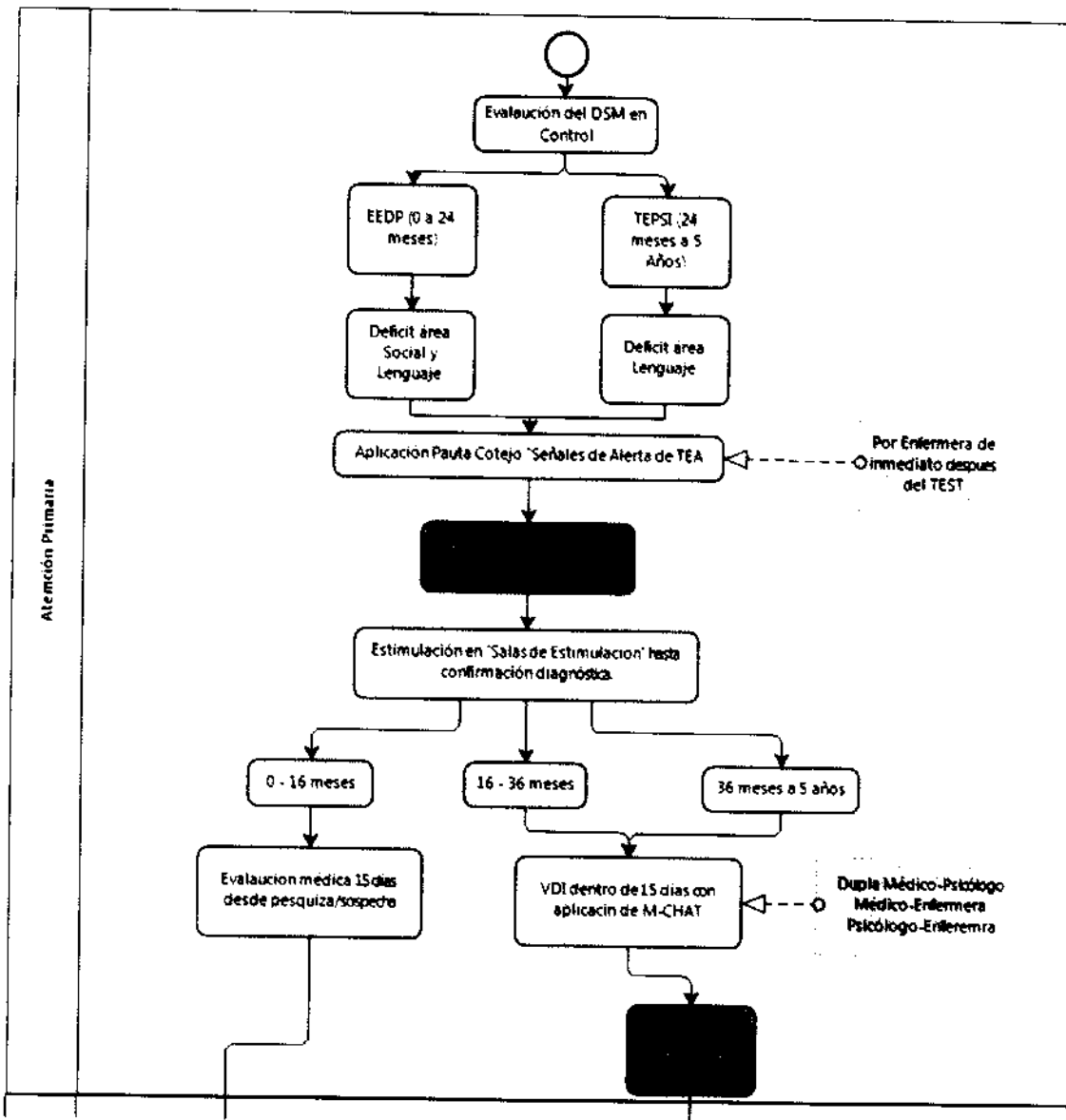
Fecha: MAYO 2018

Página: 14 de 18

Vigencia: 3 años

9. FLUJOGRAMA DE INGRESO EN LA RED SALUD PÚBLICA DESDE APS

Puerta de entrada APS





PROTOCOLO RYCR
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-N.INF-004

Edición: Primera

Fecha: MAYO 2018

Página: 16 de 18

Vigencia: 3 años

INDICADOR.

- **Numerador:** N° de pacientes con diagnóstico con Trastornos del Espectro Autista tratados por de Neurología Infantil y derivados de APS, de acuerdo a los lineamientos contenidos en el presente protocolo de RYCR.
- **Denominador:** N° de pacientes referidos desde médico APS hacia Neurología Infantil por sospecha Trastornos del Espectro Autista, que cumplen con criterios de derivación establecidos en este protocolo de RYCR.

(N° de pacientes confirmados en Neurología Infantil derivados desde APS por sospecha TEA)

----- X 100

(N° de pacientes referidos desde APS por sospecha de TEA)

RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.

- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación el nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones al y velar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.



PROTOCOLO RYCR
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-N.INF-004

Edición: Primera

Fecha: MAYO 2018

Página: 17 de 18

Vigencia: 3 años

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

- *Guía Práctica Clínica "Detección y Diagnóstico Oportuno de Trastornos del Espectro Autista", MINSAL 2011.*
- *Mesa técnica "Diagnóstico y tratamiento del espectro autista", Servicio de Salud Iquique, Enero 2016.*
Manual PUC de pediatría.
- *Estrategias de pesquisa del déficit del desarrollo psicomotor en atención primaria. Luisa Schonhaut, Maria Elena Herrera. Revista Pediatría v. Electrónica. 2008, vol 5, nº3.*

ANEXO

CUESTIONARIO M-CHAT

Cuestionario a realizar en conjunto con padres/cuidadores. Seleccione la respuesta que parece ser la **MÁS COMÚN**. Si la conducta reflejada no suele realizarla de forma común sino en ocasiones excepcionales (solo lo ha visto 1 o 2 veces) debe marcar **NO**.

	CUESTIONARIO M-CHAT	SI	NO
1	¿Disfruta su niño cuando lo balancea o hacen saltar sobre sus rodillas?		
2	¿Se interesa su niño por otros niños o niñas?		
3	¿Le gusta a su niño subirse a cosas, por ejemplo, subir escaleras, los muebles lo juegos de la plaza, ect?		
4	¿Disfruta su niño jugando al "ahí está" (juegos en los que el padre tapa los ojos, para esconder la cara y luego aparecer, esconderse para luego aparecer)?		



PROTOCOLO RYCR
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-N-INF-004

Edición: Primera

Fecha: MAYO 2018

Página: 18 de 18

Vigencia: 3 años

5	¿Le gusta a su niño simular que habla por teléfono, que cuida a sus muñecos o simular cualquier otra cosa?		
6	¿Utiliza su niño el dedo índice para señalar algo o para preguntar algo?		
7	¿Usa su niño el dedo índice para señalar algo o indicar interés por algo?		
8	¿Puede su niño jugar bien con juguetes pequeños (como coches o cubos) sin llevárselos a la boca, manipularlos o dejarlos caer?		
9	¿Le trae su niño a ustedes objetos o cosas con el propósito de mostrarle algo alguna vez?		
10	¿Lo mira su niño directamente a los ojos por más de uno a dos segundos?		
11	¿Parece su niño demasiado sensible al ruido (por ejemplo, se tapa los oídos)?		
12	¿Sonríe su niño en respuesta a su cara o su sonrisa?		
13	¿Lo imita su niño? Por ejemplo, si usted hace una mueca, ¿su niño trata de imitarlo?		
14	¿Responde su niño a su nombre cuando lo llama?		
15	Si usted señala un juguete que está al otro lado de la habitación, ¿su niño lo mira?		
16	¿Ha aprendido a caminar su niño?		
17	¿Presta atención su niño a las cosas que usted está mirando?		
18	¿Hace su niño movimientos raros con los dedos cerca de su cara?		
19	¿Trata su niño de llamar la atención sobre las actividades que está realizando?		
20	¿Se ha preguntado alguna vez si su niño es sordo?		
21	¿Comprende lo que otros le dicen?		
22	¿Fija su niño su mirada en nada o camina sin sentido algunas veces?		
23	¿Su niño mira a su cara para comprobar su reacción cuando está en una situación diferente?		

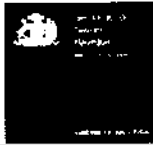
Puntos de corte para considerar fallo o sospecha: Fallo en 3/23 o 2/23 en los ítems críticos (número 2, 7, 9, 13, 14 y 15)



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
NECESIDADES ESPECIALES EN
SALUD (NANEAS)
SERVICIO SALUD IQUIQUE

2018 - 2021

<p>Elaborado Por:</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Rodrigo Barraza Médico Pediatra Hospital. E. Torres. G.</p> <p>Dra. Vacarisas Médico Neurologo Infantil Hospital E. Torres G.</p> <p>Dra. Camila Cruz P. Médico EDF CESFAM C. Guzmán</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. Maria José Perez Médico EDF CESFAM Pica</p>	<p>Revisado Por:</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. Paloma Ly Médico EDF Subdirección Gestión Asistencial Servicio Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> Ukko Huaynara A. Oficina de Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> E.U Macarena Parada Soto Encargada Ciclo Infantil Servicio de Salud Iquique</p>	<p>Aprobado Por:</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Patricia Quintard Rojas Directora(s) Servicio de Salud Iquique</p>
<p>Fecha elaboración: Marzo 2018</p>	<p>Fecha revisión: Mayo 2018</p>	<p>Fecha próxima revisión: Mayo 2021</p>



**Niños y adolescentes con
necesidades especiales de
atención en salud
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-PED-006

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página: 2 de 15

Vigencia: 3 años

INDICE

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES	3
INTRODUCCIÓN	3
MAPA DE RED.....	4
OBJETIVOS	4
ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN	5
RESPONSABLES	5
POBLACIÓN OBJETIVO	7
DEFINICIONES	7
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO.....	10
FLUJOGRAMA.....	12
INDICADOR	13
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN	13
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	14
ANEXOS.....	15



**Niños y adolescentes con
necesidades especiales de
atención en salud
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-PED-006

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página: 3 de 15

Vigencia: 3 años

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.

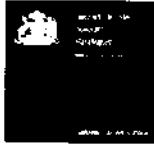
- No se declara conflictos de interés.

2. INTRODUCCIÓN.

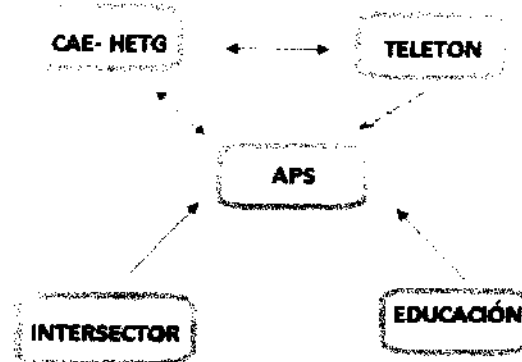
En las últimas décadas, se han producido cambios epidemiológicos en la salud pediátrica. El desarrollo de nuevas tecnologías y la disminución de la mortalidad infantil se ven acompañado de un aumento de niños que presentan enfermedades crónicas o secuelas. A nivel nacional no conocemos la prevalencia ni las características específicas de este grupo de niños y niñas. Estudios en países desarrollados reportan una prevalencia entre un 13 y un 19% donde las patologías más prevalentes son obesidad, asma y alergias.

En el año 2008 la Sociedad Chilena de Pediatría decidió utilizar el término NANEAS en reemplazo de "enfermedades crónicas en la infancia" para enfatizar el cuidado integral, centrado en la familia, y a cargo de un equipo multidisciplinario. Corresponde a un grupo con problemas de salud heterogéneos y de complejidad variable que impactan tanto su calidad de vida como la de sus familias.

Históricamente el concepto o definición de NANEAS ha evolucionado de una visión centrada en el ámbito médico, por lo tanto marcado por la presencia de patologías, hacia una visión más holística e integrativa en el cual se incluye el **riesgo de presentar** una condición (ya no necesariamente patológica), lo cual agrega la posibilidad de anticipar el daño y actuar a nivel de prevención primaria y secundaria, así como, de plantearse como meta alcanzar el máximo potencial de desarrollo de estas personas lo que posibilita un enfoque terapéutico positivo y dinámico en el cual se incluye la prevención terciaria (instaurada ya la condición o patología, buscando evitar que empeore esta o que presente complicaciones). La APS, donde se encuentra implementado el modelo de salud familiar, es el contexto y espacio ideado para el seguimiento biopsicosocial de las familias, con un enfoque integral. La integración del nivel primario con los niveles secundarios y terciarios, en pro de la atención de NANEAS, permite mayores beneficios para ellos, ellas y sus familias, y una mejor utilización de los recursos a nivel de la red de atención en general.



3. MAPA DE RED.



4. OBJETIVOS.

• OBJETIVO GENERAL

- Contribuir a una mejor calidad de vida de NANEAS y su familia.
- Brindar atención integral de salud a pacientes NANEAS basado en el concepto de equidad con enfoque biopsicosocial.

• OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Establecer criterios diagnósticos, de derivación, seguimiento y de re-evaluación en los diferentes niveles de atención.
- Generar documentos de referencia y contra-referencia según nivel de atención.
- Establecer un proceso de referencia y contra-referencia de pacientes NANEAS con integración y coordinación entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional.
- Potenciar el trabajo en red en relación a los prestadores de salud y sus respectivos niveles de atención.
- Articular trabajo con el intersector en relación a NANEAS.
- Creación de flujogramas de atención según niveles de atención en salud.
- Orientación sobre NANEAS en temas técnicos y administrativos.



Niños y adolescentes con
necesidades especiales de
atención en salud
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-PED-006

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página: 5 de 15

Vigencia: 3 años

5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rural (PSR), centros de salud familiar (CESFAM), centro comunitario de salud familiar (CECOSF), consultorio adosado de especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (CAE- HETG), unidad emergencia Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (UE-HETG), CR pediatría HETG, CR Neonatología HETG, COSAM, Teletón.

6. RESPONSABLES DE SU EJECUCIÓN.

- Profesional APS:
 - Encargado de pesquisar pacientes NANEAS, para posteriormente ser evaluado y clasificado por médico de sector para que éste a su vez realice derivación a nivel que corresponda.
- Comité NANEAS:
 - Encargado de supervisar las prestaciones realizadas, sensibilizar al equipo de salud en temas relacionados a NANEAS, difundir y realizar seguimiento de pacientes.
 - Facilitar prestaciones en salud dependientes de la APS según necesidades específicas.
- Médico APS:
 - Encargado de pesquisar y derivar pacientes a atención secundaria, según norma.
 - Responsable de derivar a policlínico de NANEAS (policlínico pediatría), según los criterios de derivación considerados en este protocolo.
 - Realizar atenciones y seguimiento de los NANEAS de baja complejidad.
 - Contribuir al tratamiento y seguimiento de NANEAS de moderada y alta complejidad, en especial mediante el trabajo con enfoque de salud familiar.
- Médico Pediatra policlínico NANEAS (CAE-HETG):
 - Confirmar diagnóstico en caso de solicitarse.
 - Definir el dispositivo o nivel de atención donde se realizará seguimiento o control del usuario NANEAS según criterios de complejidad.
 - Elaborar referencia y/o contra-referencia según corresponda.
 - Realizar seguimiento o controles a NANEAS de moderada o alta complejidad.
 - Facilitar acciones de salud dependientes del nivel secundario y terciario Ej: Subespecialistas, cirugías, procedimientos invasivos, atención de urgencia, etc.
 - Derivación a nivel terciario de salud según corresponda: hospitalizados o centros de referencia.



**Niños y adolescentes con
necesidades especiales de
atención en salud
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-PED-006

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página: 6 de 15

Vigencia: 3 años

- **Pediatra CR pediatría (hospitalizado):**
 - Es responsable de derivar a policlínico NANEAS y APS una vez finalizada dicha hospitalización a los menores que presenten condiciones de salud o mayor riesgo de incluirse en el concepto NANEAS.
- **Neonatologo o Pediatra de CR Neonatología:**
 - Es responsable de derivar a policlínico NANEAS y APS a los RN o lactantes egresados de su servicio que presenten condiciones de salud o mayor riesgo de incluirse en el concepto NANEAS.
- **Neuropediatra con atención en NANEAS:**
 - Es responsable de la evaluación y manejo de pacientes con patologías de origen neurológico. Pacientes serán derivados a ésta especialidad a través de pediatra de policlínico NANEAS en caso de requerirlo.
- **Odontólogo con atención en NANEAS:**
 - Profesional de APS es responsable de pesquisar, iniciar tratamiento y derivar pacientes que por su complejidad requieran manejo por odontopediatra.
 - Odontopediatra es responsable de realizar tratamiento y seguimiento de pacientes que por su complejidad no puedan ser manejados en atención primaria, o bien que por su clasificación NANEAS requiera manejo especializado.
- **Médico APS es responsable de realizar atenciones y seguimiento de los NANEAS de baja complejidad.**
- **Referente NANEAS Servicio de Salud (SS):**
 - Coordinación de red, gestión y disposición de recursos en relación a NANEAS desde SS.
 - Coordinación de acciones de salud con otros referentes de programas dependientes del servicio de salud relacionados al ámbito pediátrico.



Niños y adolescentes con
necesidades especiales de
atención en salud
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR- PED- 006

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página: 7 de 15

Vigencia: 3 años

7. POBLACIÓN OBJETIVO.

Menores de 18 años que se incluyan en el concepto de usuarios de la red pública de salud dependiente del servicio de salud Iquique.

8. DEFINICIONES

La definición internacionalmente más citada es la de McPerson de 1998:

"Todos aquellos que tienen o están en riesgo de presentar una enfermedad crónica de tipo físico, del desarrollo, conductual o emocional, y que además requieren mayor utilización de servicios de salud".

"Aquellos niños y adolescentes que tienen riesgo aumentado de tener o que padecen una condición crónica que no poseen los niños habitualmente, que dure o se espera que dure, más de un año y que podría afectar su potencial crecimiento, desarrollo físico, intelectual, emocional o su integración social".

Debido a que los NANEAS son un grupo heterogéneos de niños y jóvenes con distintos problemas de salud, es que se hace necesario clasificarlos de acuerdo a sus necesidades y no a sus diagnósticos; por lo cual se enumeraron 6 áreas importantes a evaluar:

1. **Atención por especialistas pediátricos, incluidos aquellos del área de la salud mental:** seguimiento mayor a doce meses y mayor a una vez por año.
2. **Medicamentos de uso crónico:** uno o más medicamentos, suplementos o vitaminas de medicina alópata por un tiempo mayor de 12 meses o que se estime durará más de 12 meses.
3. **Alimentación especial para vivir o mejorar calidad de vida:** formulas especiales ya sea enterales (poliméricas, modulares, fórmulas elementales- hidrolizadas, semi elementales o fórmulas especiales para enfermedades metabólicas), o preparados de nutrición parenteral.
4. **Asistencia tecnológica médica:** cualquier dispositivo necesario para vivir o mejorar la calidad de vida (ej. Monitor cardiorespiratorio, sondas, ostomías, oxigenoterapia, equipos para ventilación asistida, marcapasos, diálisis y elementos ortopédicos).
5. **Rehabilitación por discapacidad física, visual, auditiva o cognitiva:** necesidad de terapia kinésica, fonoaudiológica, terapia ocupacional y/o psicopedagogía.
6. **Educación especial:** asistencia a escuela especial, escuela hospitalaria o necesidad de adaptaciones curriculares

Cada una de estas 6 áreas se subdivide a su vez en necesidades de mayor o Menor, según la dificultad y tipo de cuidado requerido:



Niños y adolescentes con
necesidades especiales de
atención en salud
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-PED-006

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página: 8 de 15

Vigencia: 3 años

• **Tabla de evaluación según necesidades (Tabla 1):**

NECESIDADES ESPECIALES	NECESIDAD MENOR	NECESIDAD MAYOR
1) NECESIDAD DE ATENCIÓN DE ESPECIALISTAS		Menor o igual a 4 especialistas pediátricos o de especialidad
2) NECESIDAD DE MEDICAMENTOS DE USO CRÓNICO	Menor o igual a 4 medicamentos de uso prolongado que no requiera ser administrado endovenoso o intrahospitalario.	Mayor o igual a 5 medicamentos de uso prolongado o terapia que requiera ser administrada endovenosa o intrahospitalariamente, quimioterapia.
3) TIPO DE ALIMENTACIÓN ESPECIAL		Necesita nutrición parenteral o enteral (continua o intermitente)
4) NECESIDAD DE TECNOLOGÍA PARA VIVIR	No necesita dispositivos ni tecnología o necesita elementos ortopédicos de cualquier tipo, monitoreo no invasivo, usuario de sondas y ostomías, válvulas, derivativas, oxigenoterapia, sin necesidad de ventilación asistida.	Necesita ventilación asistida (invasiva o no invasiva) con o sin sondas u ostomías, diálisis crónica, marcapasos, sondeo vesical intermitente o neovejiga o mitrafanoff.
5) NECESIDAD DE REHABILITACIÓN POR SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD		Necesita rehabilitación mayor o menor con necesidad de sesiones muy frecuente (más de 3 sesiones de rehabilitación semana)
6) NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES	Necesidad de asistencia a Escuela Especial o con necesidad de adaptaciones curriculares.	Necesidad de asistencia a Escuela Hospitalaria por período que supere hospitalización.



Niños y adolescentes con
necesidades especiales de
atención en salud
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-PED-006

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página: 9 de 15

Vigencia: 3 años

Finalmente esta clasificación permitirá definir un plan de trabajo, privilegiando la participación de uno u otro nivel de atención:

- **NANEAS de baja complejidad:** pacientes que tiene un máximo de 2 necesidades en categoría mayor, excepto presencia de categoría mayor en las áreas 3 (alimentación especial) o 4 (necesidad de tecnología para vivir), situación que aumenta su nivel de complejidad. Generalmente corresponde a pacientes estables y cuya familia cuenta con herramientas que les permite ser autovalentes en el cuidado. Este grupo NANEAS puede ser atendido por el equipo APS capacitado, el que tiene un rol privilegiado por la posibilidad de seguimiento, enfoque biopsicosocial, cercanía al domicilio y posibilidad de desarrollar un trabajo con la red comunal.

Ejemplo: con dispositivos y tecnología médica de apoyo, con movilidad reducida, ciegos, sordos, con Síndrome de Down y otras condiciones de baja complejidad.

- **NANEAS de mediana complejidad:** son aquellos que tiene entre 3 a 5 necesidades en categoría mayor, o una necesidad en categoría mayor en las áreas 3 (alimentación especial) y/o 4 (necesidad de tecnología para vivir). En general son paciente estables pero que requieren cuidados específicos permanente o frecuente para realizar actividades de la vida diaria o para superar situaciones de discapacidad. El cuidado de este grupo requiere de un equipo especializado y multidisciplinario para resolver necesidad complejidad, por lo que deberían ser ubicados a nivel secundario de salud.
- **NANEAS de alta complejidad:** Son aquellos con fragilidad médica extremas y limitaciones funcionales severas y permanentes. Presentan todas las necesidades en categoría mayor y frecuentemente requieren de hospitalización por descompensación de su condición de base de forma transitoria o permanente.
- **Comité NANEAS:** Se define por comité NANEAS al grupo conformado por diferentes profesionales que trabajarán para llevar a cabo las atenciones en Salud y desde el punto de vista biopsicosocial con NANEAS, se deben incluir los siguientes actores;



**Niños y adolescentes con
necesidades especiales de
atención en salud
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-PED-006

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página: 10 de 15

Vigencia: 3 años

- 1- Médico cirujano o médico familiar (donde se disponga).
- 2- Enfermera (o).
- 3- Kinesiólogo.
- 4- Nutricionista.
- 5- Asistente social.
- 6- Terapeuta ocupacional (donde se disponga).
- 7- Odontólogo.
- 8- Psicólogo.

• **Equipo NANEAS, Hospital Ernesto Torres Gáldames:**

- 1- Pediatra.
- 2- Neurólogo infantil.
- 3- Odontopediatra.

9. DESARROLLO

9.1 Conducta a seguir por parte del equipo sector:

- Médico APS que pesquisa paciente NANEAS leve debe derivar a paciente a comité NANEAS para su ingreso.
- Médico APS que pesquisa paciente NANEAS moderado o alta complejidad debe derivar a paciente a policlínico NANEAS en Hospital Ernesto Torres Gáldames.
- En caso que otros profesionales sospechen que paciente es NANEAS deben derivar a médico de sector para su evaluación.

9.2 Conducta a seguir por parte del médico APS:

- Establecer el nivel de complejidad, según definición de complejidad basado clasificación (tabla 1).
- Derivación a policlínico NANEAS, pacientes de mediana y alta complejidad.
- Mantener controles en pacientes de baja complejidad.

9.2 Conducta a seguir por parte del médico especialista (pediatra policlínico NANEAS):

- Establecer el nivel de complejidad, según definición de complejidad basado en la siguiente clasificación (tabla 1) y mantener controles en pacientes de mediana y alta complejidad, además debe referir pacientes a APS para su manejo integral desde el punto de vista biopsicosocial.
- Corresponderá a éste nivel evaluar la necesidad de establecer tratamiento especializado ya sea desde el punto de vista farmacológico como de apoyos técnicos o bien realizar cambios en el tratamiento de uso.
- Deberá realizar la referencia y/o contrareferencia en formulario oficial (Anexo 2).
- Evaluar la necesidad de intervención por especialista de neuro- NANEAS o especialista odontológico y otras especialidades y derivación a centros de referencia (Hospital Luis Calvo Mackenna, Teletón).



9.3 Documentos emitidos por parte de médico tratante y equipo de APS- NANEAS:

- Datos del paciente (nombre completo, rut, edad), teléfono(s) de contacto de familiar responsable o cuidador.
- Anamnesis y hallazgos del examen físico pertinentes.
- Hipótesis diagnóstica.
- Exámenes y sus resultados (hoja impresa o fotocopia adjunta) si procede.
- Tratamientos administrados o previos (indicar tipo, fecha, duración) si corresponde.
- Nombre y Rut del profesional.
- Teléfono de contacto de equipo NANEAS o representante.
- Estudio de familia (Equipo de Sector) según enfoque en salud familiar, más informe social.

9.4 Conducta a seguir por parte del médico neuropediatría:

- Recibir a paciente derivado desde policlínico NANEAS.
- Realizar diagnósticos de la especialidad, con sus exámenes diagnósticos de laboratorio, imágenes, electroencefalograma (si corresponde).
- Iniciar tratamiento farmacológico y no farmacológico de acuerdo al diagnóstico.
- Realizar seguimiento de acuerdo al diagnóstico.
- Mantener comunicación fluida con equipo tratante.

9.5 Conducta a seguir por parte de especialista en odontología:

Pacientes serán evaluados por odontólogo y este realizará atención en el nivel que corresponda (APS o especialidad) según nivel de complejidad.

Referirse a protocolo NANEAS- odontología.

9.6 Contrarreferencia:

- El médico especialista contrarreferirá a aquellos pacientes sin criterios de manejo en nivel secundario, habiéndose descartado patología que requiera de manejo a nivel hospitalario, con documento de contrarreferencia (Anexo 2).
- Todo paciente evaluado en la atención secundaria, debe ser referido por el médico especialista, mediante el formulario de contrarreferencia (Anexo 2) el cual debe contener: diagnóstico definitivo, exámenes realizados y resultados, indicaciones de tratamiento, próximos controles en APS y/o nivel secundario, según corresponda. Siempre señalando, Rut, timbre y firma del profesional.

9.7 Tiempos de resolución:

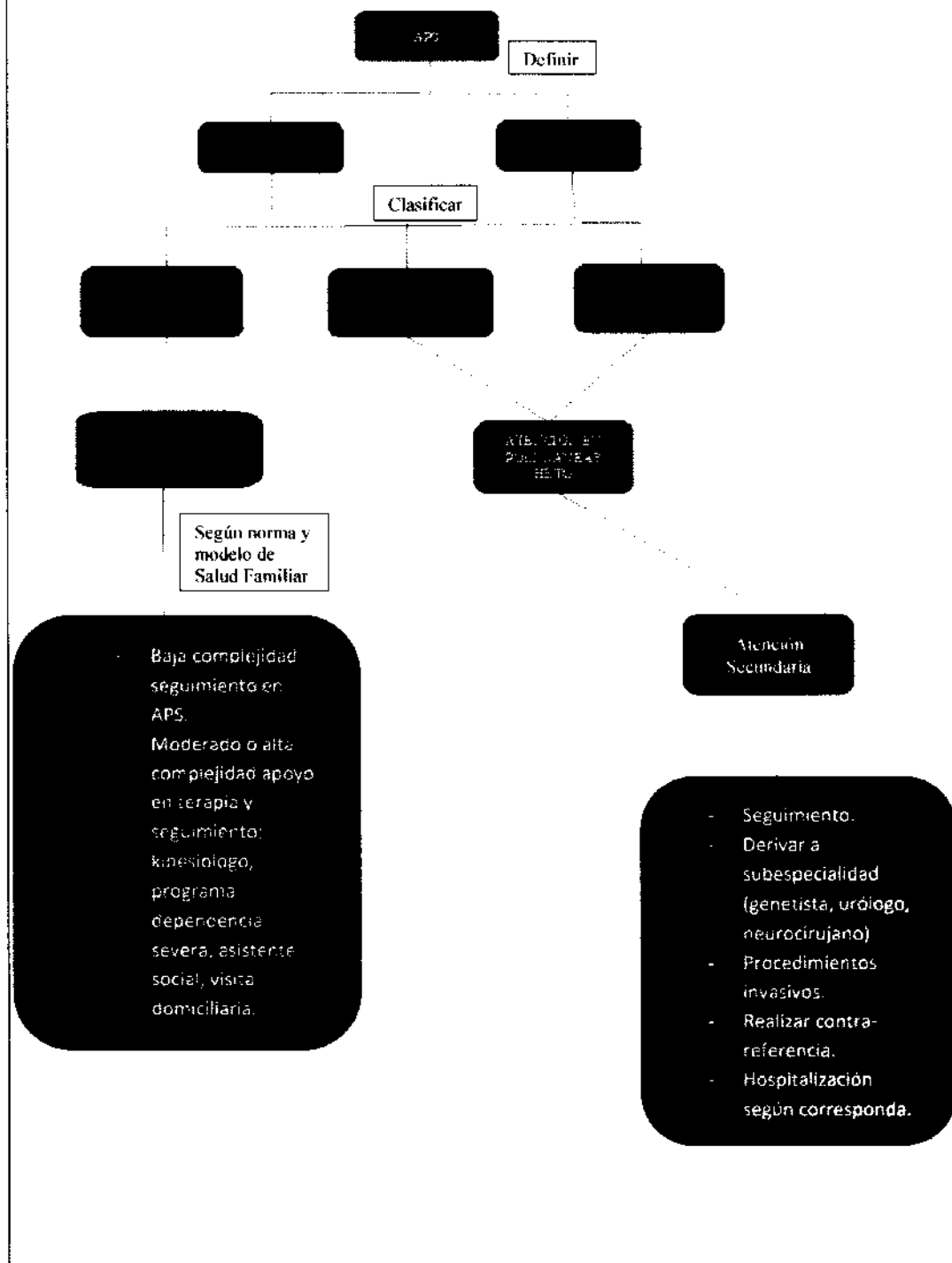
- 30 días desde la derivación de la APS.

9.8 Reunión equipo NANEAS Tarapacá:

- Regional: Se programará reunión de comité NANEAS en forma semestral (1 ó 2 representantes por centro).
- Centros de Salud: Reunión comité por centros de salud, de forma bimensual.



10 FLUJOGRAMA:





Niños y adolescentes con
necesidades especiales de
atención en salud
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-PED-006

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página: 13 de 15

Vigencia: 3 años

11 INDICADOR:

1.- Porcentaje de NANEAS clasificados según complejidad:

N° de NANEAS Clasificados (APS y Hospital regional) x100

Totalidad de NNA identificados como NANEAS en la Red de Salud

2. Porcentaje de derivación de NANEAS según pertinencia:

2.1 N° de NANEAS derivados por hospital regional a APS x100

NANEAS de categorizados como Necesidad MENOR.

2.2. N° de NANEAS derivados por APS a hospital regional x100

NANEAS de categorizados como Necesidad MAYOR.

12 RESPONSABLES DE EVALUACIÓN:

- Médico interfase pediatra de policlínico NANEAS del Hospital Ernesto Torres Galdames.
- Referente de NANEAS del Servicio de Salud Iquique.

13 PLAN DE DIFUSIÓN:

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta.

Con el fin de realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del servicio de salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizará una primera reunión con médicos interfase de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Reuniones semestrales de comité regional NANEAS para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizara una eventual auditoria para evaluar la correcta implementación del protocolo.
- Se realizará una nueva revisión y actualización del protocolo en noviembre 2021.
- Se realizarán actualizaciones previas en caso de ser necesario.



**Niños y adolescentes con
necesidades especiales de
atención en salud
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-PED-006

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página: 14 de 15

Vigencia: 3 años

14 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- "Recomendaciones para el cuidado de niños y adolescentes con necesidades especiales de atención de salud (naneas)" documento oficial comité NANEAS SOCHIPE (Marzo 2008)
- Norma técnica para la supervisión de niñas y niños de 0 a 9 años, MINSAL. 2014
- Modelo de atención y clasificación de «Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud-NANEAS»: recomendaciones del Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. **Rev. chil. pediatr. vol.87 no.3 Santiago jun. 2016**
- Children and youth with special care needs. Uptodate. Marzo 2018
- World Health Organization. Towards a common language for functioning, disability, and health. Geneva 2002. Available at: <http://www.who.int/classifications/icf/en/> (Accessed on November 29, 2017).



ANEXO Nº1

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
PAUTA PARA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE
NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES

Identificación del Niño/a		
Nombre:	RUT:	
Fecha de Nacimiento:	CESFAM:	
Nombre Madre:	RUT:	
Nombre Padre o Cuidador:	RUT:	
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Teléfono 3:
Domicilio:		

Diagnóstico

Criterios	Descripción	Observaciones / Indicaciones
Control por Especialistas.		
Medicamentos de uso crónico.		
Requerimiento de alimentación especial.		
Requerimiento de tecnología.		
Plan de Rehabilitación.		
Necesidades educativas especiales.		
Necesidades de apoyo psicosocial a la familia.		
Próximo control sugerido en CESFAM		
Próximo control sugerido en NANEASNANEAS		

Datos del Profesional Responsable:	
Nombre	
Mail / Teléfono	
Fecha de derivación	



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
CONSULTORIAS Y TELEASISTENCIA ENDOCRINOLOGÍA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
2018 – 2021

<p>Elaborado por:</p> <p><i>Valeria Suazo R.</i> Dra. Valeria Suazo R. Endocrinóloga Hospital E. Torres G</p> <p><i>Paloma Ly Sánchez</i> Dra. Paloma Ly Sánchez Médico EDF Servicio Salud Iquique</p> <p><i>Kanthy Loyola Avila</i> Dra. Kanthy Loyola Avila Médico EDF Servicio Salud Iquique</p>	<p>Revisado por:</p> <p><i>Carolina Pérez R.</i> Carolina Pérez R. Encargada Planificación Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>Patricia Quintard Rojas</i> Patricia Quintard Rojas Encargada de Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>Dr. Jorge Cruz Terrazas</i> Dr. Jorge Cruz Terrazas Jefe APS Servicio de Salud Iquique</p>	<p>Aprobado por:</p> <p><i>Patricia Quintard Rojas</i> Patricia Quintard Rojas Directora (s) Servicio de Salud Iquique</p>
<p>Fecha elaboración: Marzo 2018</p>	<p>Fecha revisión: Abril 2018</p>	<p>Fecha próxima revisión: Abril 2021</p>
<p>Modificaciones:</p>		



**PROTOCOLO CONSULTORIAS
ENDOCRINOLOGIA
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-END-006

Edición: Segunda

Fecha: Marzo 2018

Página 1 de 20

Vigencia: 3 años

INDICE

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES	2
INTRODUCCIÓN	2
MAPA DE RED	3
OBJETIVOS	3
ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN	4
RESPONSABLES	5
POBLACIÓN OBJETIVO	6
DEFINICIONES	6
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO	7
FLUJOGRAMA	10
INDICADOR	11
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.....	12
PLAN DE DIFUSION	12
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	13
ANEXOS	14



**PROTOCOLO CONSULTORIAS
ENDOCRINOLOGIA
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-END-006

Edición: Segunda

Fecha: Marzo 2018

Página 2 de 20

Vigencia: 3 años

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES

No se declara conflictos de interés de los autores ni los revisores del siguiente protocolo.

2. INTRODUCCIÓN

La Endocrinología es una especialidad médica que tiene como misión atender enfermedades muy prevalentes. La diabetes mellitus y las otras enfermedades crónicas asociadas a ella (obesidad abdominal, hipertensión arterial y dislipidemia) son causa del incremento de la mortalidad cardiovascular. Las enfermedades tiroideas (hipo e hipertiroidismo, bocio, cáncer de tiroides, etc.) son también muy comunes y motivan consultas frecuentes al especialista endocrinólogo. Nos encontramos, por lo tanto, ante unas enfermedades idóneas para ser atendidas de forma integral por todos los niveles asistenciales y en donde la coordinación entre estos será básica para abordarlas de forma eficiente.

El sistema de salud chileno se organiza en función de las necesidades de la población usuaria, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral. A fin de diversificar los sistemas de atención de los pacientes de la Red de Salud local, así como también disminuir las listas de espera existentes para la especialidad, es que se instaura la modalidad de atención mediante consultorías.

3. MAPA DE RED



**PROTOCOLO CONSULTORIAS
ENDOCRINOLOGIA
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-END-006

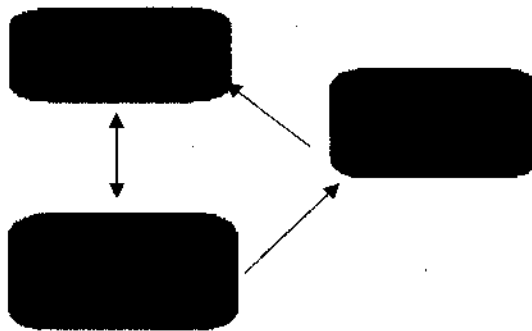
Edición: Segunda

Fecha: Marzo 2018

Página 3 de 20

Vigencia: 3 años

3. MAPA DE RED



4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Entregar asesoría médica que permita el acceso oportuno a la atención de la especialidad Endocrinológica.
- Entregar una atención de calidad.
- Entregar asesoría médica endocrinológica a distancia, que permite procesos de referencia y contrareferencia y el acceso oportuno a la atención de especialidad Endocrinológica, a través de dispositivos móviles de Teleasistencia (DMT).



PROTOCOLO CONSULTORIAS ENDOCRINOLOGIA

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-END-006

Edición: Segunda

Fecha: Marzo 2018

Página 4 de 20

Vigencia: 3 años

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Planificar y desarrollar un trabajo en red, resguardando la continuidad de los cuidados en salud establecidos en el proceso clínico asistencial.
- Aumentar la resolutivez de los médicos de APS y mejorar la pertinencia.
- Lograr interacción entre los médicos de atención primaria y los médicos especialistas en Endocrinología del Consultorio Adosado de Especialidades del HETG.
- Optimizar la pertinencia en las derivaciones hacia la atención de mayor complejidad.
- Sentar las bases para realización de Telemedicina en Endocrinología.
- Establecer un proceso de Teleasistencia para facilitar la integración y coordinación entre centros de atención primaria y Hospital Ernesto Torres Galdames (HETG).

5. ALCANCE O AMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento será de aplicación en el nivel primario y secundario de atención, que incluyen: centro general urbano (CGU), centros de salud familiar (CESFAM), CGR y Consultorio adosado de especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (CAE-HETG).



**PROTOCOLO CONSULTORIAS
ENDOCRINOLOGIA**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-END-006

Edición: Segunda

Fecha: Marzo 2018

Página 5 de 20

Vigencia: 3 años

6. RESPONSABLES.

Médico Referente de Consultoría es responsable de pesquisar, diagnosticar y establecer el contacto con el médico especialista Endocrinólogo del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital Dr. Ernesto Torres G. Esta responsabilidad debe recaer en un médico nominado previamente.

Médico Referente Telemedicina es responsable de pesquisar y seleccionar pacientes que cumplan los criterios de inclusión (señalados en este documento), formular hipótesis y/o diagnosticar adecuadamente y solicitar el contacto con el médico especialista en Endocrinología del Consultorio Adosado de Especialidades del HETG. Debe conocer a cabalidad la historia clínica, examen físico, exámenes de laboratorio e imagenológicos del paciente.

Médico Interfase o Contralor es responsable de facilitar y cooperar con el médico a cargo de este proceso.

Médico especialista Endocrinólogo del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital Dr. Ernesto Torres G. es responsable de sugerir conductas y/o tratamiento a través de las consultorías realizadas.

Médico especialista Endocrinólogo del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital Dr. Ernesto Torres G. es responsable de sugerir conductas y/o tratamiento a través de los DMT, en referencia a lo solicitado por el médico de atención primaria.

Encargado de consultorías de Servicio de Salud es responsable de entregar programación semestral de las consultorías a realizar por los distintos centros de salud, así como también coordinar los cambios que se generen según agenda de profesionales y facilitar la comunicación entre ambos niveles de atención.

Encargado de Telendocrinología de Servicio de Salud es responsable de entregar programación semestral de las teleasistencias a realizar por los distintos centros de salud, así como también coordinar los cambios que se generen según agenda de profesionales y facilitar la comunicación entre ambos niveles de atención. Para obtener pacientes informar listado RNLE para endocrinología, una vez realizada la teleasistencia se procederá para egreso de RNLE por causal 17.



**PROTOCOLO CONSULTORIAS
ENDOCRINOLOGIA**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-END-006

Edición: Segunda

Fecha: Marzo 2018

Página 6 de 20

Vigencia: 3 años

7. POBLACIÓN OBJETIVO.

El siguiente protocolo se enfoca en la derivación de pacientes con diagnóstico o sospecha de:

1. Hipotiroidismo- Hipertiroidismo.
2. Bocio- nódulo tiroideo.
3. Síndrome de Cushing.
4. Insuficiencia suprarrenal.
5. Hipocalcemia- Hipercalcemia.
6. Incidentaloma hipofisario o suprarrenal.
7. Otras patologías endocrinológicas menos frecuentes.
8. Diabetes mellitus 2 con mal control.

8. DEFINICIONES.

“La OMS define a la telemedicina como la prestación de servicios de atención de salud cuando la distancia es un factor crítico, utilizando tecnologías de la información y la comunicación por parte de los profesionales de la salud. Ello proporciona el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, y para la formación continua de los profesionales de la salud. Todo ello en el interés de la promoción de la salud de los individuos y sus comunidades”.

La Consultoría se considera un recurso fundamental, cuyos efectos, entre otros, son: Mejorar la salud de las personas a lo largo del curso de vida, incrementar la capacidad resolutoria del nivel primario de atención, mejorando la pertinencia de derivación al nivel de mayor complejidad, lo que reduce los tiempos de espera y la hospitalización, mejorar la integración entre el nivel primario de atención y el nivel especializado de atención, favorecer la integralidad de la atención y la continuidad de cuidados.



PROTOCOLO CONSULTORIAS ENDOCRINOLOGIA

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-END-006

Edición: Segunda

Fecha: Marzo 2018

Página 7 de 20

Vigencia: 3 años

9. DESARROLLO.

9.1 Procedimiento Clínico Asistencial de las Consultorías

El programa de Consultorías en Endocrinología se llevará a cabo entre Médicos de atención primaria de salud de la comuna de Iquique y un médico endocrinólogo del Hospital Ernesto Torres G.

- Frecuencia: bimensual o según calendario acordado.
- Horario: Días miércoles de 10:30 a 12:00 hrs. (según disponibilidad horaria).
- Rendimiento: 3 pacientes por hora, para atenciones directas con paciente, en pacientes diabéticos (rendimiento 2 pacientes por hora).
- Lugar: Consultorios APS, según calendarización.

9.2 Procedimiento Clínico Asistencial de Telemedicina


El programa de Telemedicina se llevará a cabo entre CGU Dr. Héctor Reyno, CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo, ambos ubicados en la comuna de Alto Hospicio, así como también entre CGR Pozo Almonte y Policlínico de Endocrinología del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames o bien en dependencias acordadas por Servicio de Salud donde se disponga de dispositivo de telemedicina.

- Frecuencia: Las modalidades se efectuarán, 2 veces al mes (1 centro por vez).
- Horario: Miércoles de 10:30 a 12:00 hrs.
- Rendimiento: Tres pacientes por hora, en caso de diabetes, 2 pacientes por hora.
- Lugares: CGU Dr. Héctor Reyno, CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo, CGR Pozo Almonte (Todos según calendarización).

9.3 Conducta realizada por médico APS previo a Consultorías con especialista.

Selección de pacientes según criterios de inclusión de pacientes en consultorías:

- Obtención de datos para confección de ficha de ingreso a pacientes a consultoría de Endocrinología por parte de Centro de Salud donde se atiende paciente. (Anexo 1) Para realizar este proceso el médico responsable deberá contar con tiempo disponible de su jornada laboral en acuerdo con la Dirección de su establecimiento.

	PROTOCOLO CONSULTORIAS ENDOCRINOLOGIA SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RCR-END-006
		Edición: Segunda
		Fecha: Marzo 2018
		Página 8 de 20
		Vigencia: 3 años

- Rendimiento: 2 pacientes por hora.
- Presentación del caso con anamnesis endocrinológica tipo (Anexo 1), la cual debe ser enviada previamente con los datos respectivos del paciente, vía e-mail, a más tardar dos días antes de la teleasistencia (para contar con la ficha clínica hospitalaria al momento del enlace entre los centros y tener posibilidad de registrar en ambos niveles).
- El paciente debe estar presente en la teleconsulta con el especialista para verificación de datos, observación del paciente, entrega de información al usuario sobre la resolución y directrices a seguir en relación a su caso y comprobar entendimiento de las medidas tomadas.
- Consentimiento informado del paciente para realización de la consultoría (Anexo 2) y Teleasistencia (Anexo 3).
- Si paciente no se presenta el día de la Teleasistencia, de igual forma será presentado su caso y se definirá la conducta a seguir y será responsabilidad de su CESFAM, CGU, CGR, etc. Entregar la información al paciente.
- La atención por telendocrinología o por consultoría debe quedar registrada en ficha de paciente (RAYEN o manual).

9.4 Criterios de priorización para atención en nivel secundario:

Pacientes con enfermedades endocrinológicas de mayor complejidad serán atendidos en nivel secundario.

9.5 Conducta a realizar por médico especialista en Consultoría:

Evaluación clínica del paciente según corresponda y de sus exámenes disponibles.

En relación a patología endocrinológica que motiva consulta, se definirá necesidad de mayor estudio y pertinencia de nuevos controles en atención primaria o secundaria.

Quedará definido controles futuros del paciente en atención primaria o en Consultorio de Especialidades Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames.

Retroalimentar al médico de atención primaria en cuanto a la pertinencia del uso de este instrumento.



**PROTOCOLO CONSULTORIAS
ENDOCRINOLOGIA**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-END-006

Edición: Segunda

Fecha: Marzo 2018

Página 9 de 20

Vigencia: 3 años

9.6 Registro

El médico APS a cargo de la consultoría completará un documento con la lista diaria de actividades programadas y realizadas en el que quedarán registrados nombre, edad, sexo, diagnóstico, utilidad de la interconsulta y causa de no realización de la consultoría, si correspondiera (Tabla 1).

TABLA 1

RUT	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Utilidad de la interconsulta *	Causa de no realización

*Refiérase a si la información recibida fue útil en la toma de conductas, contestar con un sí o no.

En la Serie A del REM 07, Sección E. (Anexo 3) se registrará aquellas interconsultas que siendo generadas en la APS, se sabe fueron resueltas por esta modalidad.

Se reportará al Servicio de Salud las atenciones diarias realizadas por consulta endocrinología, en forma mensual.



**PROTOCOLO CONSULTORIAS
ENDOCRINOLOGIA**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-END-006

Edición: Segunda

Fecha: Marzo 2018

Página 11 de 20

Vigencia: 3 años

11. INDICADOR

Numerador: N° de consultorías en la especialidad de endocrinología realizadas en APS que cumplen con procedimientos establecidos en este protocolo.

Denominador: N° total de consultorías en la especialidad de endocrinología realizadas en APS.


N° de consultorías en la especialidad de endocrinología realizadas en APS que cumplen con procedimientos establecidos en este protocolo. _____ x 100
N° total de consultorías en la especialidad de endocrinología realizadas en APS.

Numerador: N° de teleasistencias endocrinológicas por DMT básicos realizadas en APS que cumplen con los procedimientos establecidos en este protocolo.

Denominador: N° total de teleasistencias endocrinológicas realizadas en APS.

N° de teleasistencias endocrinológicas por DMT básicos realizadas en APS que cumplen con los procedimientos establecidos en este protocolo. _____ x 100
N° total de teleasistencias endocrinológicas realizadas en APS.

* Medición mensual.

	PROTOCOLO CONSULTORIAS ENDOCRINOLOGIA SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RCR-END-006
		Edición: Segunda
		Fecha: Marzo 2018
		Página 12 de 20
		Vigencia: 3 años

12. DIFUSIÓN.

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta.

Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del servicio de salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizara una primera reunión con médicos interfase de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Reuniones mensuales para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizara en Diciembre una auditoria para evaluar la correcta implementación del protocolo
- Se realizara una nueva revisión y actualización del protocolo en abril 2021.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.

13. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN

- Será responsabilidad del Referente de Servicio de Salud de Telendocrinología, evaluar la correcta aplicación de lo protocolizado, así como de la coordinación en red de los distintos centros donde se realiza la teleasistencia.
- Será responsabilidad del Referente de Servicio de Salud de consultorias, evaluar la correcta aplicación de lo protocolizado, así como de la coordinación en red de los distintos centros donde se realicen las consultorias.
- Será responsabilidad del médico APS encargado de Teleasistencia endocrinología y consultorias, resguardar la correcta aplicación de protocolo a nivel local, así como resguardar la información de paciente y solicitar el consentimiento informado.



**PROTOCOLO CONSULTORIAS
ENDOCRINOLOGIA**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-END-006

Edición: Segunda

Fecha: Marzo 2018

Página 13 de 20

Vigencia: 3 años

14. BIBLIOGRAFIA

- ***Gua Clínica Hipotiroidismo 2013 (www.minsal.cl)***
- ***Gua Clínica Examen Preventivo del Adulto 2009 (www.minsal.cl)***
- ***Manual Endocrinología Clínica, Editorial Mediterráneo 2012, Dr. E Arteaga, Baudrand.***
- ***Protocolos Referencia y Contra-referencia vigentes.***

www.soched.cl (información para pacientes).



**PROTOCOLO CONSULTORIAS
ENDOCRINOLOGIA**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-END-006

Edición: Segunda

Fecha: Marzo 2018

Página 14 de 20

Vigencia: 3 años

15. ANEXOS

Anexo 1

INGRESO POLICLÍNICO DE ENDOCRINOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Rut: _____ Ad- A- AM (Inscrito en programa adulto mayor)

Fecha nacimiento: _____

Red de Apoyo: _____

Lugar de Residencia: _____

Motivo de consulta o derivación

Antecedentes:

a) Médicos:

Diabetes: SI NO Tipo 1 2 Edad al diagnóstico: _____

Fecha y resultado más reciente de:

HbA1c: >8 _____ ≤8, Alb/Creat urinaria AN N, FO: RDNP RDP N

HTA: SI NO Edad al diagnóstico: _____

Complicaciones: _____

b) Otras

patologías: _____

c) Quirúrgicos (cirugía y

año): _____

d) Gineco-obstétricos: G _____ P _____ A _____ PAP(año) _____ AN N FUR _____ RR RI

MAC _____ Mamografía (año) _____ AN N

e) Alergias a medicamentos: Sí - NO; ¿Cuál?: _____

f) Hábitos:

Tabaco: Sí _____ No _____ OH: Sí _____ NO _____ Drogas: Sí _____ No _____

Ejercicio: Sí _____ No _____ 3 lácteos/día: Sí _____ NO _____



**PROTOCOLO CONSULTORIAS
ENDOCRINOLOGIA**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-END-006

Edición: Segunda

Fecha: Marzo 2018

Página 15 de 20

Vigencia: 3 años

g) Familiares:

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------|----------|
| - Enfermedad tiroidea | Sí, Cuál? _____ | No _____ |
| - Ca mama línea materna | Sí _____ | No _____ |
| - Fx Cadera materna | Sí _____ | No _____ |
| - Litiasis renal | Sí _____ | No _____ |
| - IAM/AVE familiar 1er grado ≤65 años | Sí _____ | No _____ |
| - Otros: | _____ | |

Tratamiento Actual (detallar nombre y dosis de medicamento en uso)

Examen Físico

Peso: _____ Kg Talla: _____ cm IMC: ≥30 (evaluación nutricionista) <30

PC: _____ cm PA: _____ mmHg Pulso: _____ lpm

Piel y mucosas: _____

Cabeza: _____ Cuello: _____

Corazón: _____ Pulmonar: _____

Abdomen: _____

Extremidades: _____

Exámenes de Laboratorio disponibles más recientes:

(Fecha y laboratorio _____)

HG: HTO _____ % Leucocitos _____ Plaquetas: _____ VHS: _____

PBQ: AN N Glicemia: _____ mg/dl Prot total _____ g/L Albúmina: _____ g/dl

BUN: _____ mg/dl

Na+ _____ mEq/l K+ _____ mEq/l

Ca* _____ mg/dl. P* _____ mg/dl (* Sólo si están disponibles, no corresponde toma en APS)

FA _____ GOT/GPT _____

Col total _____ mg/dl HDL _____ mg/dl LDL _____ mg/dl TG _____ mg/dl

Creat _____ mg/dl

OC: AN N TSH: _____ T4L: _____

Otros: _____

Imágenes más recientes (si están disponibles)

Ecografía tiroidea (fecha y resultado): _____

Ecotomografía abdominal (Fecha y resultado): _____



**PROTOCOLO CONSULTORIAS
ENDOCRINOLOGIA**
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-END-006

Edición: Segunda

Fecha: Marzo 2018

Página 16 de 20

Vigencia: 3 años

Diagnóstico:

HTA
Dislipidemia
DM 1 2
Obesidad
Hipotiroidismo

Plan:

Indicaciones:



**PROTOCOLO CONSULTORIAS
ENDOCRINOLOGIA
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-END-006

Edición: Segunda

Fecha: Marzo 2018

Página 17 de 20

Vigencia: 3 años

**Anexo 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

AUTORIZACIÓN

Yo,..... RUT Nº:..... ; autorizo al Dr.(a)
..... del consultorioa realizar la consultoría
Dr(a).....del CAE Endocrinología-HETG para que oriente a mi médico
tratante sobre el diagnóstico y/o manejo de mi patología .

Firma.....

RUT:.....

Fecha.....



**PROTOCOLO CONSULTORIAS
ENDOCRINOLOGIA**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-END-006

Edición: Segunda

Fecha: Marzo 2018

Página 18 de 20

Vigencia: 3 años

**Anexo 3
CONSENTIMIENTO INFORMADO
TELEENDOCRINOLOGÍA**

Autorización

Yo, _____, Rut N° _____;

Autorizo al Dr(a) _____ del _____

A realizar la consulta a distancia a través del dispositivo móvil de Teleasistencia con Dr(a) _____ del consultorio adosado de especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, para orientar a mi médico tratante sobre el diagnóstico, tratamiento y directrices a seguir en relación a mi caso.

Firma: _____

Rut: _____

Fecha: _____



**PROTOCOLO CONSULTORIAS
ENDOCRINOLOGIA**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-END-006

Edición: Segunda

Fecha: Marzo 2018

Página 19 de 20

Vigencia: 3 años

**ANEXO 4
REM 07: ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES
SECCIÓN A: CONSULTORÍAS DE MEDICOS ESPECIALISTAS DEL NIVEL
SECUNDARIO EN APS**

ESPECIALIDADES	Nº CONSULTORIAS	Nº DE CASOS REVISADOS POR EL EQUIPO	Nº DE CASOS ATENDIDOS
Neurología			
Dermatología			
Neurocirugía			
Gastroenterología			
Cardiología			
Endocrinología			
Traumatología			
Urología			
Patología Mamaria			
Cirugía General			
Otorrinolaringología			
Oftalmología			
Otras			

