



INFORME DE AUDITORÍA DE SÍFILIS. 2013

Programa ITS-VIH/Sida. Programa Salud de la Mujer.

Departamento de Salud Sexual y Reproductiva.

División de Programación Estratégica en Salud. DIGESA.

Ministerio de Salud Pública

ANTECEDENTES

El aumento en la incidencia de sífilis congénita (SC) en nuestro país en la última década ha cobrado especial atención como problema de Salud Pública. A pesar de ser una enfermedad prevenible en el recién nacido mediante un tratamiento altamente efectivo y de bajo costo a la mujer durante el embarazo, la percepción reinante entre la población y el personal de salud de enfermedad erradicada, parecen ser uno de los obstáculos para su eliminación.

A nivel nacional, el incremento de la sífilis gestacional (SG) y la SC se puso de manifiesto, fundamentalmente, a través del análisis de la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) entre los años 2004 y 2008 del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) que mostró un incremento gradual de la SC, según datos de resultado del VDRL de cordón umbilical.¹

Un estudio identificó algunos de los determinantes de SC a través de auditorías de historias clínicas de niños con prueba reactiva de sífilis en el cordón nacidos en un período de 4 meses en el CHPR, describiendo la ausencia de tratamiento oportuno en el embarazo y la reinfección como factores principales.² Un estudio similar realizado en el Hospital de Maldonado en un período de 8 meses, encontró una prevalencia de SC de 3.5% y de SG de 5.3%, describiéndose una elevada tasa de diagnóstico tardío de la sífilis materna y una baja proporción de tratamiento adecuado de la mujer y de tratamiento de la pareja, 36% y 22% respectivamente.³

A pesar de contar de herramientas para la vigilancia – notificación obligatoria de casos, uso de la Historia Clínica Perinatal y del Sistema Informático Perinatal – se presume que la información e indicadores disponibles a nivel nacional pueden ser poco certeros, tanto por el subregistro o el sobre registro que determinan estas herramientas.

El sistema informático perinatal se ha constituido en un instrumento de vigilancia epidemiológica de relevancia con una cobertura creciente. Nuestro país ha sido pionero en el uso del Sistema Informático Perinatal (SIP), siendo esta una herramienta fundamental de registro clínico, análisis epidemiológico y de gestión. Su uso ha facilitado la asistencia, permitido “conocer” la realidad epidemiológica de nuestro país y establecer acciones sanitarias, que han colaborado en la mejora de los resultados de la salud materna y perinatal. A partir del año 2011 se estableció como meta prestacional el llenado del SIP y envío de las bases al MSP para su análisis consolidado. Respecto a su uso para el registro de pruebas reactivas de sífilis en la mujer y en el recién nacido, ha constituido el estándar para evaluar las tendencias en el tiempo. En la siguiente tabla y gráficos se muestran resultados del mencionado análisis en los campos correspondientes a pruebas reactivas de sífilis en el embarazo y en el cordón.

¹ Cuevas L. De Oliveira R. Sífilis congénita: un desafío nacional. Arch Gin Obstet 2005; 43(3):143-7.

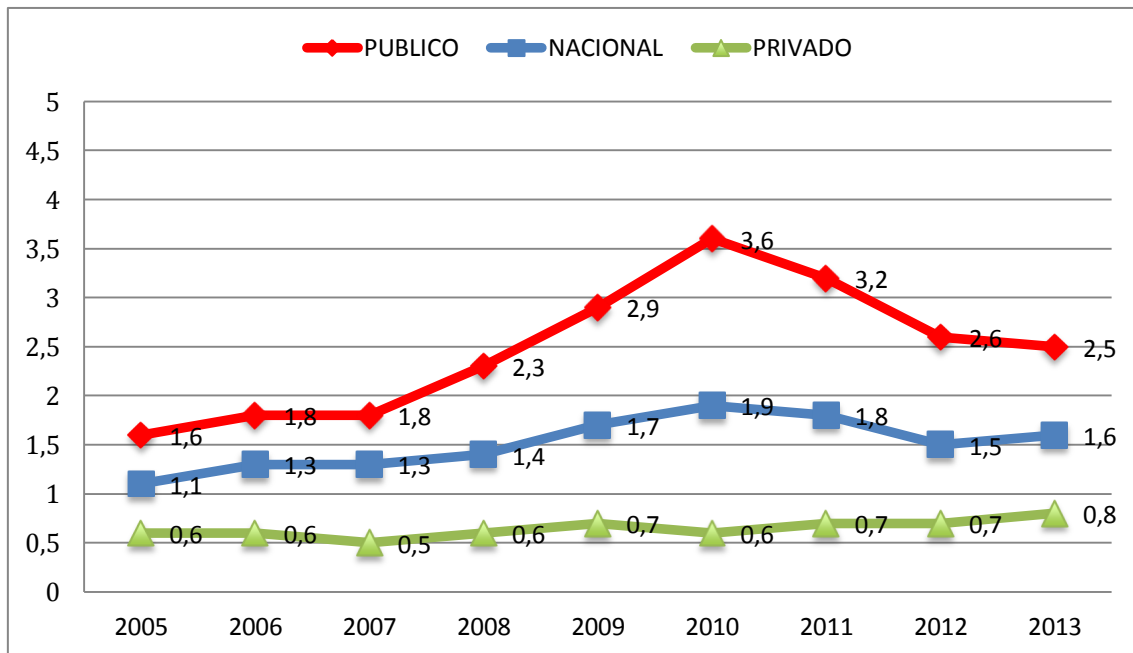
² Agorio C, De Mucio B, Iraola I, Hortal M. Sífilis congénita: auditorías en tiempo real. Rev Med Urug 2009; 25: 219-23

³ Blanco B, Fierro P, Moraes M. Incidencia de sífilis materna y sífilis congénita en Maldonado. Arch Gin Obstet 2011, 49 (2): 45-69

Tabla 1. Prevalencia de prueba reactiva en embarazo y en sangre de cordón según cobertura SIP y cobertura de pruebas. (2005-2013)

Año	MUJERES EMBARAZADAS				RECIÉN NACIDOS		
	Cobertura SIP	Casos SIP	Con prueba de sífilis (%)	Prevalencia prueba reactiva (n)	Prueba en el cordón	Prueba en hijos de casos reactivos	Prevalencia
2005	77%	36778	34003 (92.5)	1.1 (370)	25355	229 (62%)	0.6 (141)
2006	79%	38438	35470 (92.3)	1.1 (404)	26786	257 (64%)	0.7 (198)
2007	79%	37591	33235 (93.7)	1.3 (432)	22068	s/d	1.0 (220)
2008	89%	41839	39167 (93.6)	1.4 (556)	29382	443 (80%)	1.2 (352)
2009	88%	42384	39950 (94.3)	1.7 (696)	30645	419 (60%)	1.1 (337)
2010	89%	42902	39770 (92.7)	1.9 (762)	35787	598 (78%)	1.2 (440)
2011	90%	42556	40215 (94.5)	1.8 (725)	35939	555 (77%)	1.1 (395)
2012	94%	45257	43626 (96.4)	1.5 (657)	38766	496 (75%)	0.8 (318)
2013	96%	47174	45523 (96.5)	1.6 (712)	40625	532 (75%)	0.8 (338)

Gráfico 1. Evolución de la prevalencia de prueba reactiva de sífilis en el embarazo (2005-2013)



Cobertura SIP: 77.1% 78.6% 79.1% 86.8% 88% 89.1% 91.1% 95.2% 96.2%

Gráfico 2. Evolución de la prevalencia de prueba reactiva de sífilis en el cordón (2005-2013)

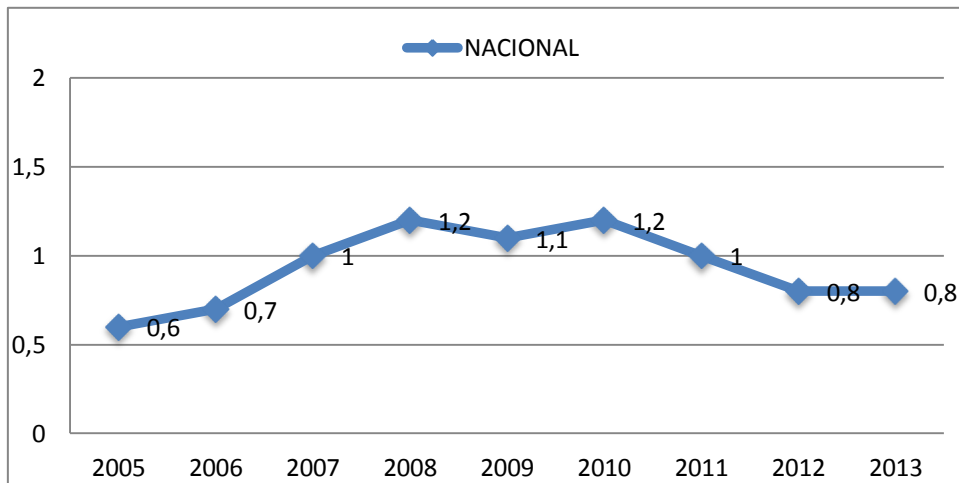
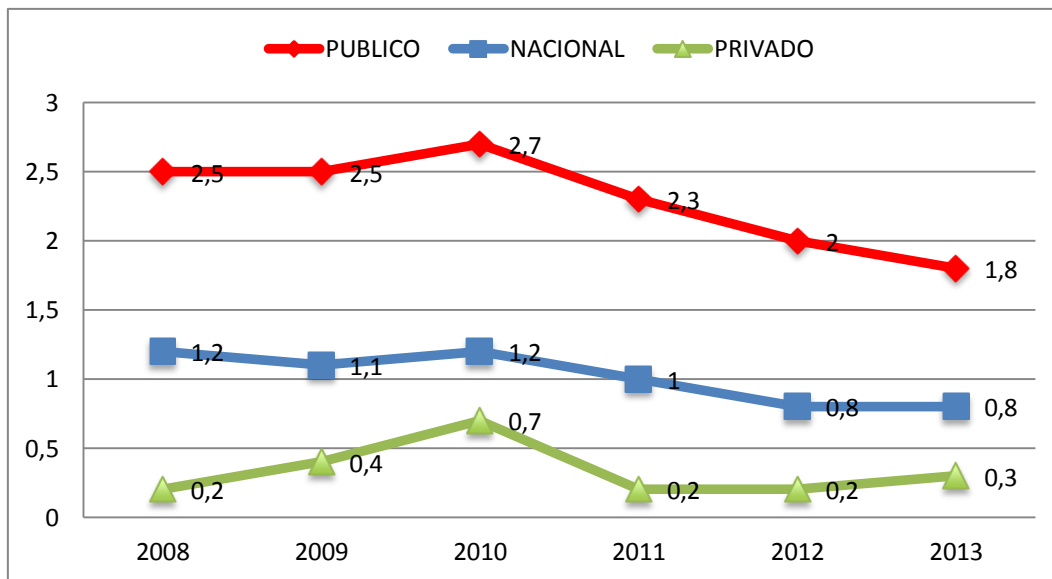


Gráfico 3. Evolución de la prevalencia de prueba reactiva de sífilis en el cordón, total, público, privado (2008-2013)



En el año 2010, el MSP consideró una prioridad el diseño de estrategias que profundizaran las acciones emprendidas en el período anterior para la eliminación de la sífilis congénita. En tal sentido, desde el Departamento de SS y SR trabajando de manera articulada con el Programa de ITS-VIH/Sida y el Programa de la Mujer, se priorizó la atención integral de la mujer embarazada con especial énfasis en la captación precoz del embarazo y la disponibilidad de pruebas diagnósticas rápidas para prevenir la sífilis congénita y la transmisión vertical del VIH.

En este marco y a través de un trabajo inter e intrainstitucional se diseñó el “Plan de Impacto para disminuir la transmisión vertical de la Sífilis, 2010-2015”.⁴

Dentro de las acciones implementadas en el período 2010-2014, se destacan:

- Actualización de los algoritmos de diagnóstico y tratamiento de la sífilis en el embarazo, varones, mujeres y personas trans en el Primer Nivel de Atención (PNA), priorizando el uso de pruebas rápidas tanto de sífilis como de VIH en mujeres embarazadas no controladas o en su primer contacto con el sistema de salud en el PNA y en poblaciones con sospecha de ITS y en poblaciones con riesgo de pérdidas de seguimiento. Estos algoritmos promueven el tratamiento inmediato de la sífilis, independientemente de continuar con el flujograma de diagnóstico, así como la captación de la/s pareja/s sexuales.
- Elaboración de la “*Guía de Sífilis en la mujer embarazada y Sífilis Congénita*” (2012); “*Guía Clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH*” (2013) y el “*Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*” (2014).
- Capacitaciones en consejería y diagnóstico de sífilis y VIH con inclusión del uso de pruebas rápidas, promoción del abordaje de la pareja sexual y cumplimiento de auditorías. Estas capacitaciones fueron realizadas por integrantes del Programa ITS – VIH /Sida en conjunto con equipos docentes de la Facultad de Medicina y de la Policlínica de VIH del CHPR, en Montevideo y varios departamentos del país así como a integrantes de los equipos técnicos del programa Uruguay Crece Contigo.
- Elaboración de un plan de monitoreo con indicadores de: a) control de embarazo, b) sífilis materna, tratamiento y tratamiento de contactos sexuales, c) VIH en el embarazo y tratamiento. Como indicadores de impacto: tasa de incidencia de sífilis congénita y transmisión vertical de VIH.
- Implementación de la nueva versión de carné perinatal del SIP para Latinoamérica e incorporación de variables específicas para nuestro país respecto al diagnóstico de sífilis recién nacidos/as y de VIH.
- Creación de un nuevo formulario de notificación de sífilis congénita y de un sistema de notificación online por DEVISA.
- Elaboración e implementación de las Ordenanzas 447/12 y 367/13 respecto a las pautas a seguir en el control del embarazo, con énfasis en diagnóstico de sífilis y VIH y con obligaciones especiales para aquellos prestadores de salud con tasas de 15% o mayores de mal control obstétrico y realización de auditoría interna en todos los casos de sífilis y/o VIH gestacional e infantil.
- Decreto 534/2014 que recomienda el acompañamiento de toda mujer embarazada por su pareja al menos una consulta en el primer y tercer trimestre del embarazo, enfatizando la importancia de asesoría a la pareja sexual para realizarse pruebas diagnósticas serológicas.
- Incorporación como meta prestacional la obligatoriedad de realizar las auditorías de Sífilis y VIH.

⁴ Una década de sífilis gestacional y congénita en Uruguay 2000-2009. Plan de Impacto para reducción de la transmisión vertical de sífilis, Uruguay 2010-2015. CLAP/SMR 2011. Pág: 83-96. <http://www.paho.org/clap/>



IMPLEMENTACIÓN DE LA AUDITORÍA DE SÍFILIS

Se definió como objetivo de la auditoría de SG y SC: “Apoyar el proceso de monitoreo y evaluación de la aplicación del Plan de Impacto para la Eliminación de la Sífilis Congénita (SC) y la transmisión Vertical (TV) de VIH en Uruguay”.

Las auditorías de casos permitirían definir una línea de base confiable de prevalencia de sífilis en el embarazo y de incidencia de sífilis congénita. Además de aportar la información necesaria para identificar las brechas de atención que inciden en los casos de transmisión vertical de sífilis para la implementación de acciones correctivas.

Previo a la implementación de la auditoría se diseñó la herramienta de recolección de información: formularios de auditorías de sífilis. Se realizó una fase de prueba piloto de estos formularios en un período de un mes en el CHPR, que permitió adecuar y mejorar el instrumento.⁵ Se diseñó un instructivo definiéndose como responsable de la auditoría a la Dirección Técnica institucional y un período de envío de 60 días luego del parto.

Posteriormente, se envió Información a todos los Efectores de Salud respecto a la nueva normativa, adjuntando las respectivas ordenanzas, a través diferentes medios: Junta nacional de Salud (JUNASA) para los efectores privados y directamente a los públicos vía email.

Al recibo de la auditoría se completaba una base de datos diseñada para tal fin y en caso de quedar dudas o verificar falta de datos se realizaban los reclamos correspondientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se definieron como criterios para aplicar el formulario de auditoría: todo caso de mujer con prueba reactiva de sífilis (no treponémica o treponémica incluida prueba rápida) en el embarazo o en el puerperio y todo caso de prueba no treponémica reactiva de sífilis en sangre del cordón.

VARIABLES RELEVADAS

Datos de la Unidad Notificadora: ciudad donde se asistió el nacimiento, responsable de la auditoría y medios de contacto.

Datos de la embarazada: identificación mediante cédula de identidad y nombre; edad; teléfono de contacto y dirección; antecedente de sífilis previa y tratamiento; hijo/a con SC previo al embarazo actual.

Datos del embarazo actual: institución y responsable donde del control; edad gestacional del primer control y número de controles (estratificado: 0, 1 a 4, 5 o mas); motivo de no control; tolerancia del embarazo; edad gestacional de la primera prueba de sífilis, técnica y resultado.

Respecto al diagnóstico de sífilis: edad gestacional y/o puerperio; técnica diagnóstica y resultado; notificación a DEVISA; tratamiento indicado (fármaco, dosis, edad gestacional de la última dosis); controles serológicos posteriores; diagnóstico y/o tratamiento a contactos; provisión de preservativos.

De la finalización del embarazo: fecha; edad gestacional; resultado del nacimiento (RN vivo, aborto, óbito); anatomía patológica (se solicitaba envío de resultado)

Del diagnóstico del RN: escenario (con definiciones de los mismos); tratamiento.

⁵ Quiñones P, Franciulli A, Greif D, Fiol V, Nozar MF, Visconti A, Cabrera S. Resultados de la validación del formulario nacional de auditoría de sífilis congénita en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Rev Med Urug 2014; 30 (4): 226-34



Finalmente se solicitaba un análisis del caso orientado con preguntas: ¿el diagnóstico fue oportuno?; ¿el tratamiento fue adecuado y completo?; ¿se trataron los contactos adecuadamente?; ¿se adoptaron acciones preventivas (consejería, entrega de preservativos)?; en los casos de sífilis congénita, ¿qué acciones o intervenciones fallaron en la prevención de la transmisión de la sífilis?

OBSTÁCULOS EN LA IMPLEMENTACIÓN

Las principales dificultades fueron la falta de cumplimiento en el envío espontáneo de las auditorías y la mala calidad del llenado.

La primera fue subsanada a través de la identificación de casos y el reclamo a las instituciones. Las fuentes utilizadas para identificar los casos de prueba reactiva de sífilis en mujeres embarazadas y/o en el cordón, fueron: los registros de pruebas de tamizaje serológico de sífilis reactivos del Sistema Informático Perinatal (SIP) (a partir de julio del 2013, se dispuso de registros de pruebas reactivas de sífilis del Certificado de Nacido vivo electrónico – CNVe, aunque para las auditorías del 2013 no fueron incluidos). A partir de esta información se realizó la búsqueda activa desde las fuentes de información mencionadas y la solicitud dirigida a cada Institución a través de expedientes administrativos con los casos identificados que cumplían con los criterios de inclusión.

Para mejorar la calidad de la información se realizó reclamos de datos faltantes y se recurrió a la historia SIP para completar datos. En aquellos donde se identificó errores en la clasificación de escenarios de SC se solicitó el resultado del estudio del cordón y de sangre periférica realizado al recién nacido.

Se identificó la necesidad de realizar nuevos cambios al formulario que permitieran mejorar su interpretación los cuales fueron incluidos en el formulario de auditoría utilizado en el año 2014.

DEFINICIONES

Sífilis gestacional:

- prueba no treponémica reactiva más prueba treponémica positiva en una mujer sin el antecedente de tratamiento de sífilis previa
- prueba no treponémica reactiva con un valor ≥ 8 UI sin resultado de prueba treponémica
- prueba rápida (prueba treponémica) reactiva en mujer sin antecedentes de sífilis previa

Falso positivo:

- prueba no treponémica reactiva con prueba treponémica negativa

Sífilis previa o recuerdo inmunológico:

- prueba no treponémica reactiva con un valor < 8 UI con tratamiento previo

Sífilis congénita

Para identificar la incidencia de SC en la auditoría se tomó la definición de caso de OPS/OMS:

- RN, óbito fetal o aborto espontáneo de una mujer con sífilis que no ha recibido tratamiento adecuado
- RN con títulos de anticuerpos no treponémicos 4 veces mayor en sangre periférica a los títulos maternos
- Niño con manifestaciones clínicas de SC independientemente del título de anticuerpos en sangre periférica
- Producto de la gestación con evidencia histológica de infección por *Treponema pallidum*

A fin de facilitar la interpretación, se definieron los casos por escenarios según la clasificación de cdc (*Centers for Diseases Control and Prevention*), interpretándose a los escenarios 1 y 2 como verdaderas SC, en consonancia con la definición de caso de OPS/OMS. Al incluir el escenario 2 (madre no tratada o tratada de manera incorrecta) aumenta la sensibilidad de la definición.

Escenario 1: SC confirmada o altamente probable

1. Niño con examen físico compatible con sífilis congénita, o,
2. Títulos de anticuerpos no treponémicos que cuadruplican los títulos maternos, o,
3. Prueba de campo oscura positivo en algún fluido

Escenario 2. SC probable.

1. Niño con examen físico normal y/o
 - Títulos de anticuerpos iguales o superiores a los maternos
 - Madre no tratada
 - Madre no tratada o inadecuadamente tratada (incluye tratamiento antibiótico diferente a la penicilina, tratamiento realizado 4 semanas o menos antes del parto, tratamiento no documentado).

Escenario 3: Bajo riesgo de SC.

1. Niño con examen físico normal y:
 - VDRL con títulos de anticuerpos iguales a los maternos
 - Madre tratada durante el embarazo, apropiado a la etapa de la infección y administrado en un tiempo mayor a 4 semanas del parto (bien tratada)
 - Madre sin evidencia de reinfección o recaída.No se requiere evaluación ni tratamiento del niño

Escenario 4. Muy bajo riesgo de SC

1. Niño con examen físico normal, y,
 - Títulos de anticuerpos iguales o mas bajos que los maternos
 - La madre recibió un tratamiento adecuado antes o durante el embarazo
 - Los títulos serológicos maternos permanecieron bajos y estables antes o durante el embarazo hasta el parto (VDRL < 1/2; RPR < 1/4).

Tratamiento correcto

Si la mujer recibió la última dosis de penicilina benzatínica (2 o 3 dosis según estadio) al menos 30 días previo al parto.

RESULTADOS

De los 712 casos identificados con prueba reactiva en el embarazo en el SIP, se obtuvo respuesta de las Instituciones de 612 casos (86%). 64/612 fueron informados como errores en el registro accediendo finalmente a 548 auditorías, lo correspondería a una cobertura del 85% (548 de 648).

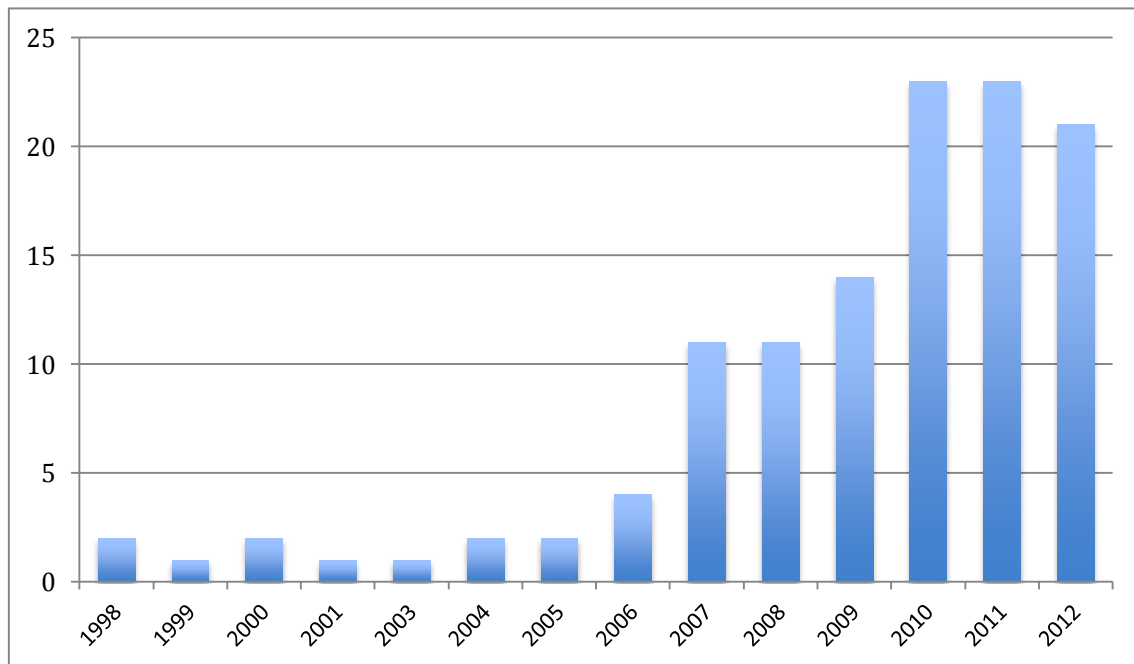
La edad media de la mujer en el embarazo actual fue de 28 ± 6 años.

Respecto a la sífilis previa, según el registro en la auditoría, 180 mujeres contaban con este antecedente (61 sin datos), 43 mujeres con SG en el presente embarazo tenían el antecedente de sífilis previa. De estas 43 mujeres con SG actual y sífilis previa, 14 recibieron tratamiento de sus contactos, 4 no fueron tratados, en 19 no se registró el dato y 6 fueron registrados como “no corresponde” (prueba negativa de sífilis en la pareja). De estas 43 mujeres con sífilis actual y previa, hubo 17 nacidos con SC.

24 mujeres tenían al menos un hijo con SC producto de un embarazo previo (71 sin dato) y en 5 casos en que se realizó diagnóstico de SC en la auditoría ya tenían al menos un hijo con SC.

En el siguiente gráfico se muestra la distribución de casos con sífilis previa, mostrando a partir del año 2007 la mayor acumulación de casos, con un pico de 23 casos en el año 2010 y en el año 2011.

Gráfico 4. Distribución de los casos con sífilis previa por año de diagnóstico (registro auditoría).



Prevalencia de sífilis en el embarazo

De un total de 548 pruebas reactivas de sífilis registradas en el SIP, 294 resultaron verdaderos casos de sífilis gestacional (54%). En la siguiente tabla se compara la prevalencia de prueba reactiva de sífilis en el embarazo – información que provee el SIP – de la verdadera prevalencia de sífilis según el análisis de la auditoría. Este es el primer resultado aportado por la auditoría: identificar cuantas de estas pruebas reactivas registradas en el SIP corresponden finalmente a una sífilis activa (prevalencia de sífilis gestacional).

Tabla 2. Pruebas reactivas de sífilis en embarazo (SIP) y sífilis gestacional (auditoría). 2013

EMBARAZOS	PREVALENCIA SÍFILIS EN EMBARAZO	PREVALENCIA PRUEBA REACTIVA EN EMBARAZO
PUBLICO	1.1% (213/19542)	1.9% (373/19542)
PRIVADO	0.3% (81/27632)	0.6% (175/27632)
TOTAL	0.6% (294/47174)	1.2% (548/47174)

El denominador utilizado es nacimientos SIP 2013.

También pudo realizarse una categorización del significado de las pruebas reactivas de sífilis.

Tabla 3. Significado de las pruebas reactivas de sífilis en el embarazo por subsector de atención. 2013

	PUBLICO, n (%)	PRIVADO, n (%)	Valor p
Sífilis verdadera	213 (57.1)	81 (46.3)	0.13
Recuerdo inmunológico	95 (25.5)	70 (40)	0.03
Falso positivo	60 (16.1)	23 (13.1)	0.55
Sin clasificar	5 (1.3)	1 (0.6)	0.7
TOTAL	373 (100)	175 (100)	

Esta información nos permite obtener una línea de base confiable para medir tendencias futuras, pero no contamos con la misma información para conocer la evolución respecto a cifras previas. Sin embargo, cuando observamos la evolución a través de los registros SIP, se verifica un pico de pruebas reactivas de sífilis en el año 2010 para luego constatarse una tendencia descendente (gráfico 1). Estos datos se obtienen en el marco de una cobertura de SIP creciente, lo que aleja la posibilidad de un subregistro.

Sífilis congénita

La información de incidencia de sífilis congénita (SC) hasta el momento se obtenía a través de la notificación epidemiológica, con los problemas de registro que suele tener este instrumento.

Por otra parte, el SIP aporta información de pruebas reactivas de sífilis en sangre de cordón, sin corresponder necesariamente a SC, ya que estas pruebas pueden ser reactivas por transferencia pasiva de anticuerpos desde la mujer con serología reactiva.

En la tabla 4, se muestra la prevalencia de prueba reactiva de sangre del cordón según registros SIP y el resultado expresado en tasa de incidencia (por 1.000 nacimientos)

Tabla 4. Prevalencia de prueba reactiva de sífilis en el cordón y tasa correspondiente de incidencia de SC. 2013

Año 2013	Prueba NT reactiva en cordón	Incidencia de SC
Nacional	0.7%	7/1.000 nacimientos
Subsector público	1.3%	13/1.000 nacimientos
Subsector privado	0.3%	3/1.000 nacimientos

El análisis de la auditoría permitió identificar 97 casos con diagnóstico de SC (7 de ellos óbitos), correspondiendo a una incidencia de SC de 2 casos por 1.000 nacimientos, 70% menos que la estimada tomando como incidencia los datos de prueba reactiva de sífilis de sangre del cordón registrados en el SIP.

Tabla 5. Incidencia de SC (auditoría), 2013.

EMBARAZOS	INCIDENCIA SÍFILIS CONGÉNITA
Total	2/1.000 (97/47174)
PUBLICO	4.3/1.000 (84/19542)
PRIVADO	0.47/1.000 (13/27632)

Gráfico 4. Comparación de prueba reactiva de sífilis en sangre del cordón (SIP) y sífilis congénita según resultados de auditoría (x 1.000 nacimientos). 2013

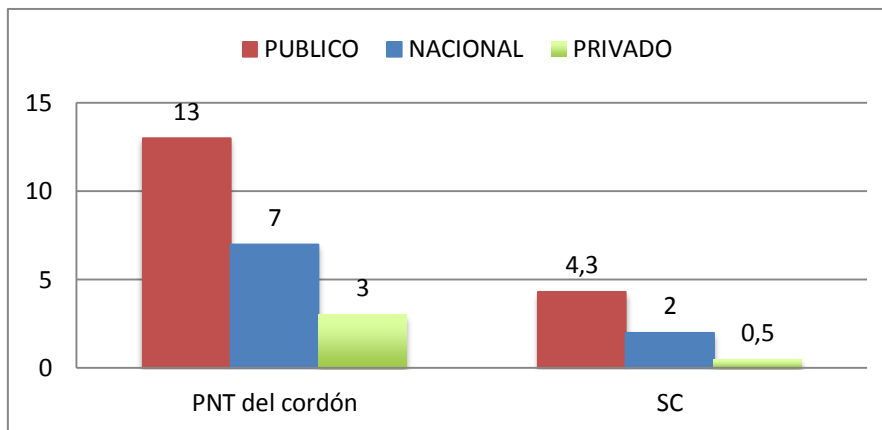
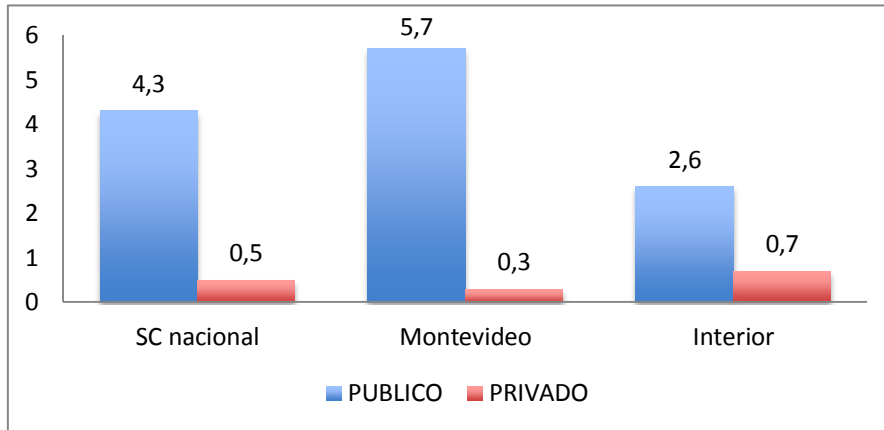


Gráfico 5. Incidencia de sífilis congénita según resultados de auditoría: público/privado, Montevideo/interior (x 1.000 nacimientos)



Se puede observar, que la meta de eliminación de SC para el 2015 (0.5/1.000 nacimientos) fue alcanzada por el subsector privado a nivel nacional y en Montevideo en el año 2013. En el subsector público la incidencia es mayor, donde existen condiciones de especial vulnerabilidad en las mujeres asistidas, aunque estas variables no fueron relevadas por la auditoría.

VARIABLES asociadas a SC

Para conocer en profundidad los factores contribuyentes a la ocurrencia de SC se realizó una comparación entre variables relevadas en los embarazos de mujeres con sífilis que resultaron en una SC y aquellos que no. Se obtuvo la información suficiente de 292 mujeres embarazadas que cursaron una sífilis durante la gestación, de un total de 294 (99%).

Tabla 6. Variables asociadas a SC

VARIABLES	SC: 97	NO SC: 195	
Menos de 5 controles	51.5% (50/97)	14.4% (28/195)	< 0.0001
Diagnóstico de embarazo (EG en semanas)	17 ± 9	12 ± 6	< 0.001
EG media al diagnóstico de sífilis	25 ± 9	18 ± 8	< 0.0001
Diagnóstico de sífilis en el puerperio*	41	2	< 0.0001
Tratamiento correcto (%)	35 (34/97)	96 (187/195)	< 0.0001
Tratamiento pareja (%)	71 (24/34) S/D: 62 (60/97)	80 (69/86) S/D: 43 (83/195)	0.14 0.007
Reinfección	12	0	

* Incluye reinfecciones y diagnósticos en el puerperio



CONCLUSIONES

- Se obtuvo una cobertura aceptable de auditorías de sífilis gestacional y congénita
- Se obtuvo una línea de base de SG y SC con alto grado de confiabilidad permitiendo conocer de manera más certera la realidad epidemiológica
- Según la presente auditoría, la meta de eliminación de SC (0.5/1.000 nacimientos) se alcanzó en el subsector privado a nivel nacional y en Montevideo en el 2013
- Las mayores tasas de incidencia de SC se encuentran en el subsector público y en Montevideo, probablemente reflejando la presencia de factores de vulnerabilidad socio culturales
- Se identificaron como factores contribuyentes a SC: mal control del embarazo, diagnóstico tardío del embarazo y de la SG, diagnóstico en el puerperio y reinfecciones
- Probablemente la no captación ni tratamiento de los contactos sexuales sea otro de los factores asociados a la ocurrencia de SC, aunque este hecho no se pudo demostrar por falta de registro de este dato

RECOMENDACIONES

- Dar continuidad a la auditoría ya que es una herramienta que permite fundamentalmente el análisis de los procesos y las brechas de atención
- Dar difusión de los resultados a los prestadores de salud estimulando a jerarquizar el proceso de auditoría como una herramienta de evaluación interna institucional de los procesos asistenciales y que permite mejorar la calidad asistencial
- Estimular el llenado y envío de la auditoría en tiempo y forma de modo de poder realizar una retroalimentación y evaluación mas ágil y eficiente por parte del MSP