**INSTRUCTIVO**

**FORMULARIO NACIONAL DE AUDITORIA DE CASOS**

**DE TRANSMISIÓN VERTICAL DE SÍFILIS**

**IDENTIFICACIÓN DEL CASO**

* Coloque el RUN de la mujer o pasaporte
* Coloque el RUN del recién nacido o lactante diagnosticado con sífilis congénita

**I. PROCEDENCIA**

* Coloque la región
* Consigne Servicio de Salud
* Consigne fecha de realización de auditoría
* Cada año inicia nuevo registro numérico correlativo. Consigne el número correspondiente
* Consigne el tipo de auditoría

**II. DATOS PSICOSOCIALES MUJER**

* Consigne código materno según instructivo vigente
* El RUT materno o Nº de pasaporte se autocompletará con la información consignada en “Identificación de caso”.
* Consigne la nacionalidad de la mujer
* Seleccione el país de origen de la mujer.
* Seleccione pertenencia a pueblo indígena
* Consigne edad materna al momento del parto o aborto
* Seleccione estado civil materno
* Seleccione situación de convivencia
* Seleccione tipo de residencia más frecuente de la mujer durante el período gestacional.
* Seleccione el nivel de escolaridad
* Escriba el total de años de estudio de la mujer, considerando solo los años aprobados. Ejemplo: si el último año aprobado fue 1° medio escriba 9

**III. ANTECEDENTES MUJER**

* Consigne datos obstétricos contenidos en ficha clínica PREVIOS a este embarazo: N° de hijos nacidos vivos, N° de hijos nacidos muertos y N° de abortos
* Seleccione la morbilidad conocida **previa** a este proceso gestacional relacionado con el VIH y las ITS
* Escriba el año de diagnóstico de la morbilidad previa.
* Seleccione si la mujer posee adicciones
* Si no encuentra la sustancia a la que es adicta la mujer, consígnela en el campo “OTRA”

**IV. INFORMACIÓN ESTE EMBARAZO**

* + Seleccione si el embarazo fue controlado, consigne fecha de ingreso al control prenatal y edad gestacional al ingreso.
* Consigne el tipo de establecimiento donde se efectuó el control prenatal. Si la mujer se controló en más de un tipo de establecimiento, por ejemplo en sector público y con medico privado consigne “MIXTO”
* Escriba el nombre del establecimiento de control prenatal. Si es médico privado, consigne el nombre del médico responsable del control de embarazo.
* Anote el número de controles prenatales que alcanzó a tener la mujer.

**V. TAMIZAJE EN ESTA GESTACIÓN**

* Seleccione el tipo de técnica utilizada para el tamizaje de sífilis y VIH según corresponda a cada tamizaje (1°, 2°, 3° examen, etc.)
* Consigne la fecha de solicitud del examen y edad gestacional a la solicitud
* Consigne la fecha de toma de muestra del examen
* Consigne la fecha de procesamiento del examen
* Consigne la fecha de entrega de resultado del examen a la usuaria

Esta sección dispone de celdas de cálculo automático de la cantidad de días que transcurren en el proceso de tamizaje. Mide oportunidad en el acceso.

**VI. SEGUIMIENTO PATOLOGÍA Y ATENCIÓN NIVEL ESPECIALIDADES**

* Seleccione si la mujer fue derivada a atención de especialidades. Si la patología fue atendida en atención primaria, seleccione NO y en “razón por la que no fue derivada” consigne “Por organización de la red esta patología se atiende en APS”.
	+ Consigne frente a cada fila (correspondiente a cada Unidad de Atención de Especialidad) si se efectuó derivación de la gestante, la fecha de derivación, fecha de ingreso y edad gestacional al ingreso a control de especialidad. En el caso de marcar OTRO, señale cual.

Esta sección dispone de celdas de cálculo automático de la cantidad de días que transcurren en el proceso de atención de especialidades. Mide oportunidad en el acceso a especialista.

**Estudio y tratamiento de contactos**

* Consigne si se efectuó citación de contactos para estudio y/o tratamiento
* Consigne si la familia o pareja conoce situación serológica
* Consigne el número de contactos sexuales declarados por la mujer en los últimos 12 meses. Consigne en detalle, el número de contactos citados, estudiados, tratados/en tratamiento y/o en control, del total de contactos sexuales declarados.

Esta sección dispone de un campo en blanco para consignar observaciones como por ejemplo detallar acciones de citación y rescate de la pareja/contacto sexual.

**Seguimiento sífilis: curva serológica gestante y tratamiento**

En esta sección consigne todos los exámenes realizados para sífilis incluyendo los de tamizaje. NO INCLUYA LOS EXAMENES DE PARTO, que van en sección específica.

* Seleccione el tipo de técnica utilizada para el examen de sífilis
* Consigne frente a cada examen (fila) la fecha del resultado, la edad gestacional al resultado, el resultado, la fecha de inicio de tratamiento el tipo de fármaco utilizado para el tratamiento, la dosis, vía de administración frecuencia y duración. Si no aplica administrar tratamiento seleccione la opción “NO” en la columna tratamiento.
* Consigne resultados de examen del contacto sexual de la gestante y tratamiento administrado. El formulario dispone de espacio para consignar 2 contactos sexuales.

**VII. ATENCIÓN DE PARTO**

* Seleccione tipo de establecimiento de atención del parto y nombre de la institución.
* Consigne fecha y hora del parto.
* Seleccione tipo de parto y tipo de nacimiento.
* Seleccione el estado al nacer y complete los datos requeridos de sexo, peso en gramos, edad gestacional pediátrica y estado clínico al nacer. En el caso de muertes fetales mayores a 20 semanas, consigne en estado al nacer “SINTOMATICO”.

**Exámenes de sífilis al parto mujer**

* Seleccione el resultado de los exámenes de la mujer realizados en el parto
* Consigne el tratamiento administrado en el parto para la sífilis. Si no administró tratamiento consigne “NO”.

**Exámenes RN al nacimiento**

* Consigne exámenes para estudio de sífilis congénita y su resultado

**Tratamiento sífilis en recién nacido expuesto**

* Consigne tratamiento administrado para sífilis congénita, seleccione fármaco administrado, dosis, vía, frecuencia y duración.

La sección dispone de 3 filas para consignar los cambios en las dosis administradas según se ajustan a la edad del niño o niña.

En el campo abierto “Observación” se puede consignar detalles relevantes del estudio y tratamiento del recién nacido.

**VIII. SEGUIMIENTO RN**

* Consigne si se efectuó derivación a seguimiento y unidad a la que fue derivado
* Consigne frente a cada fila (correspondiente a cada Unidad de Atención de Especialidad) si se efectuó derivación, la fecha de derivación, fecha de ingreso y edad al ingreso a control de especialidad. En el caso de marcar OTRO, señale cual.

Esta sección dispone de celdas de cálculo automático de la cantidad de días que transcurren en el proceso de atención de especialidades. Mide oportunidad en el acceso a especialista.

**IX. DIAGNÓSTICO FINAL**

**Gestante**

* Seleccione el diagnóstico de sífilis en la gestante
* Seleccione el fundamento del diagnóstico
* Seleccione el periodo en el que se realizó el diagnóstico de sífilis

**Hijo/hija**

* Seleccione el diagnostico de sífilis en el niño o niña
* Seleccione el fundamento del diagnóstico
* Seleccione el periodo en el que se realizó el diagnóstico de sífilis
* Consigne la edad del niño o niña al diagnóstico
* Consigne el adulto responsable del cuidado del menor

**X. NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

Consigne los datos solicitados para la gestante y su hijo o hija

* Consigne N° de documento de registro de vigilancia
* Consigne fecha realización documento de notificación epidemiológica
* Consigne el nombre del profesional que notifica

**XI. EVALUACIÓN CUMPLIMIENTO NORMATIVA**

Detalle frente a cada parámetro si se cumple o no la normativa respectiva. Especifique en observaciones lo que corresponda para explicar la evaluación.

**XII. CONCLUSIONES AUDITORÍA**

Detalle frente a cada parámetro si corresponde o no la afirmación. Especifique el fundamento de la conclusión señalada.

**XIII. MEDIDAS CORRECTIVAS A IMPLEMENTAR**

Complete la tabla consignando la medidas que se consideran necesarias de adoptar para evitar la ocurrencia de nuevos casos.

En la columna de implementación, consigne el nombre del o los responsables de implementar, la fecha e inicio de la medida, la fecha de término en la que se estima debería estar terminada la implementación.

En la columna Evaluación, consigne el nombre de la/las persona/s responsables de verificar el cumplimiento de la medida implementada.

En el campo libre OBSERVACIONES, consigne lo que considere relevante respecto del proceso de cada medida.

**XIV. RESPONSABLES DE LA AUDITORÍA**

* Consigne el nombre completo de cada profesional que participó en la auditoría de caso
* Consigne el cargo que desempeña cada profesional que participó en la auditoría de caso