



ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO, REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE LOS RECIÉN NACIDOS EGRESADOS CON SÍFILIS CONGÉNITA Y DE SUS MADRES, A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA OPS Y LA CCSS EN LOS CENTROS QUE COMPONEN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD INSTITUCIONAL DE LA REGIÓN CHOROTEGA DURANTE EL 2015.

**DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
JUAN CARLOS MORERA GUIDO¹, LUCÍA QUIRÓS RAMÍREZ² y NEYSKMI VEGA MEDRANO³**

RESUMEN

En la actualidad, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha implementado intervenciones accesibles y eficaces para prevenir la Sífilis Congénita; sin embargo, no han logrado influir de manera efectiva en la reducción de la incidencia de dicha enfermedad. Esta situación se refleja en la región Chorotega, donde se registró para el 2015 una tasa de incidencia de 1,3 por 1.000 nacidos, dato por encima de la meta internacional planteada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de 0,5 casos o menos, aspecto que constituye un referente importante de la situación epidemiológica de la sífilis congénita y que justifica el análisis de la cadena de eventos que se suceden en la red de servicios de salud de la región. Considerando lo mencionado, se efectuó un estudio, con el fin de describir de manera retrospectiva el funcionamiento del sistema de notificación de casos entre niveles, así como las dificultades que incidieron durante el 2015 en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la sífilis gestacional y la sífilis congénita. Los datos descriptivos se basaron en las acciones realizadas a la madre en el primer nivel de atención y las realizadas al recién nacido en el centro hospitalario, documentadas en las notas médicas y/o de enfermería, la epicrisis de egreso y la hoja de historia clínica perinatal del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP). Los resultados muestran que el actual sistema de notificación entre los diferentes niveles de atención de la región Chorotega, se fundamenta en el uso del CLAP y la epicrisis, mediante mecanismos que no necesariamente garantizan el diagnóstico, registro y seguimiento de la sífilis congénita en la región. Ante esta situación, se recomienda la ejecución de estrategias sustentadas en la organización de los servicios y el uso de un sistema de información que fortalezca la gestión en la red de servicios de salud institucional y en consecuencia, disminuir la incidencia de esta patología en la región.

Palabras claves: sífilis gestacional, sífilis congénita, CLAP, perinatal

¹ Máster en Administración de Servicios de Salud Sostenible. Médico evaluador. Equipo Técnico de Hospitales. Correo electrónico: jmoreraq@ccss.sa.cr

² Doctora en Medicina. Médica evaluadora. Equipo Técnico de Áreas de Salud. Correo electrónico: lquirosr@ccss.sa.cr

³ Máster en Administración de Servicios de Salud Sostenible. Médica evaluadora. Equipo Técnico de Áreas de Salud. Correo electrónico: nvegam@ccss.sa.cr



INTRODUCCIÓN

La sífilis gestacional es una enfermedad de transmisión sexual causada por la infección de la bacteria *Treponema pallidum*, que se diagnostica durante la gestación, el aborto reciente o el puerperio inmediato por evidencia clínica y/o prueba treponémica en el mismo periodo (Organización Panamericana de la Salud [OPS] , 2014, pág. 15).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que de los 12 millones de nuevas infecciones por sífilis que ocurren cada año a nivel mundial, tres millones ocurren solo en América Latina y el Caribe, y de ellos, al menos 459.108 son casos de sífilis gestacional, dato que ubica a la región como la primera a nivel mundial con esta enfermedad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010, pág. 12).

Además, la OPS reconoce que esta enfermedad tiene repercusiones económicas, sociales y sanitarias que la convierten en un problema de salud pública, ya que añade mayores riesgos de morbilidad infantil e incide en forma directa en los recién nacidos, los cuales están expuestos a infectarse y presentar complicaciones como la sífilis congénita, que es el resultado de la transmisión vertical de la infección de una madre no tratada o tratada inadecuadamente a su producto, durante el paso por el canal de parto o en útero vía transplacentaria.

La sífilis congénita es fácilmente prevenible mediante intervenciones eficaces y asequibles, como son el tamizaje y el uso de la penicilina benzatínica (OPS, 2010, pág. 20). Sin embargo, su diagnóstico es difícil y complejo, por lo que debe considerarse inicialmente como presuntivo, basándose en los criterios establecidos por la OPS (OPS, 2014, pág. 24):

- Recién nacido, óbito fetal o aborto espontáneo de una embarazada con serología VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) positiva o reactiva, independientemente de las titulaciones, que no ha recibido un tratamiento apropiado.
- Niño con títulos de VDRL o RPR (*Rapid plasma reagin*) cuatro veces más altos que los títulos maternos (equivalente a dos diluciones; es decir, mujer 1:4, niño 1:16).



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

- Niño con manifestaciones clínicas sugerentes de sífilis congénita y serología positiva, independientemente del título.
- Producto de la gestación o placenta con evidencia de infección por *Treponema pallidum* en el estudio histopatológico.

Al respecto, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) considera una embarazada con serología VDRL positiva o reactiva con tratamiento apropiado, cuando cumple con los siguientes criterios:

- Prescripción y aplicación del tratamiento adecuado con penicilina más de cuatro semanas antes del parto.
- Identificación, tratamiento y orientación de la pareja y/o contactos.
- VDRL durante el parto menor a cuatro titulaciones de la serología inicial.

Ante la magnitud del problema que representa para la salud pública, la OPS en su plan de acción 2004-2015 estableció como objetivo la eliminación de la sífilis congénita, mediante la reducción de la incidencia de dicha enfermedad a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos (incluidos mortinatos); para lo cual planteó las siguientes estrategias: asegurar el compromiso político y la visibilidad del problema, mejorar el acceso a un servicio de salud materno-infantil de calidad, tamizar a todas las mujeres embarazadas y tratar a todas las afectadas, y establecer sistemas de vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación.

A nivel nacional, Costa Rica cuenta con un decreto de notificación obligatoria y un sistema de vigilancia epidemiológica, con el cual el Ministerio de Salud calcula anualmente la tasa de incidencia de sífilis, que para el año 2013 fue de un 15,32 por 100.000 habitantes. Sin embargo, no se registra una tasa de incidencia de sífilis gestacional (Costa Rica. Ministerio de Salud Pública [MINSAL], 2014, pág. 7).

Por otra parte, la tasa de incidencia de sífilis congénita entre el 2000 y el 2014 se mantuvo entre 1,2 y 1,5 por 1.000 nacimientos, dato mayor a la meta establecida por la OPS para el 2015 y que la ubica como un problema de salud pública en Costa Rica (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2014, pág. 3).

Ante la gravedad del problema y con el objetivo de eliminar la sífilis congénita, la CCSS ha implementado intervenciones accesibles y eficaces, sustentadas en el lineamiento técnico institucional denominado "Detección y abordaje de sífilis



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

gestacional en el primer nivel de atención. Evaluación y tratamiento de recién nacidos de madres con test reactivo por sífilis” (CCSS, 2014, pág. 2).

En dicho lineamiento se establecen las acciones a realizar en la madre y en el menor, en el primer nivel de atención y en el centro hospitalario, para la detección y el abordaje de la sífilis gestacional y congénita, que deben estar documentadas en las notas médicas y/o de enfermería, epicrisis de egreso y la hoja de historia clínica perinatal del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) (CCSS, 2014, págs. 4-5).

Específicamente, las acciones a realizar en la embarazada son:

- Serología VDRL antes de las 13 semanas o en la primera consulta prenatal en el primer nivel de atención.
- Tratamiento con penicilina indicada y aplicada en el primer nivel de atención.
- Serología VDRL control en el primer nivel de atención.
- Prueba treponémica para definición diagnóstica en las embarazadas que tienen VDRL reactivo en el primer nivel de atención.
- Serología VDRL durante el ingreso hospitalario antes del parto.

Mientras que las acciones a realizar en el recién nacido con sospecha de sífilis congénita durante el ingreso hospitalario son:

- Serología VDRL al nacimiento.
- Hemograma completo.
- Líquido cefalorraquídeo.
- Rayos X de tórax.
- Rayos X de huesos largos.
- Ultrasonido de cerebro.
- Pruebas de función hepática.
- Emisiones otoacústicas.
- Examen oftalmológico.
- Tratamiento con penicilina (sódica o benzatínica)
- Control y seguimiento al egreso

Estas acciones son el sustento para la evaluación de la atención oportuna y adecuada de la embarazada con un resultado de VDRL positivo en los servicios del primer nivel de atención, en el marco de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS), que hace anualmente la Dirección Compra Servicios de Salud (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2016, pág. 66).



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

Los resultados de la EPSS en los últimos cuatro años han mostrado que las acciones que se realizan en las embarazadas para la detección y prevención de la sífilis congénita, no han logrado influir de manera efectiva en la reducción de la incidencia de dicha enfermedad, para lograr en Costa Rica la meta recomendada por la OPS para el 2015 de 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos.

Dicha situación se refleja en la región Chorotega, donde de 6.790 nacidos vivos reportados por la Dirección de Actuarial de la CCSS, a nueve menores se les registró un diagnóstico presuntivo de sífilis congénita a su egreso hospitalario, lo cual representa una tasa de incidencia de un 1,3. Este dato es similar al del 2014 y tiende a mantenerse por encima de la meta internacional planteada por la OPS.

Esta tasa de incidencia constituye un referente importante de la situación epidemiológica de la sífilis congénita en la región Chorotega, la cual justifica el análisis de la cadena de eventos que se suceden en la red de servicios de salud, considerando las acciones que se le realizan a la madre en el primer nivel de atención y las que se le hacen al recién nacido en el centro hospitalario, y que llevan a la definición diagnóstica del caso.

Ante esta realidad y reconociendo el impacto que tiene esta enfermedad en la salud pública, se efectuó un estudio para describir el funcionamiento del sistema de notificación, así como las dificultades que incidieron durante el 2015 en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la sífilis gestacional y la sífilis congénita en la red de servicios de salud de la región Chorotega; con el fin de plantear estrategias que fortalezcan la gestión en la red y, en consecuencia, que contribuyan a disminuir la incidencia de esta patología.

METODOLOGÍA

El estudio es de tipo descriptivo retrospectivo y utilizó como fuentes el módulo informático hospitalario de la CCSS denominado Arca, los expedientes en salud de los centros hospitalarios y las áreas de salud de la región Chorotega, así como los resultados del indicador “Porcentaje de mujeres embarazadas con serología positiva para sífilis con abordaje oportuno y adecuado” de la EPSS 2015, efectuada por la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS).



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

Del Arca de los centros hospitalarios Enrique Baltodano Briceño (HEBB), la Anexión (HLA) y Upala (HU), se exportaron a un archivo Microsoft Excel 2010 las siguientes variables asociadas a los recién nacidos egresados con diagnóstico presuntivo de sífilis congénita durante el 2015: centro de salud, residencia, fecha de nacimiento, fecha de parto, diagnóstico del A500 al A509 de la CIE-10, fecha de ingreso y fecha de egreso.

De igual forma, de la base de datos creada para la evaluación del indicador “Porcentaje de mujeres embarazadas con serología positiva para sífilis con abordaje oportuno y adecuado” de las trece áreas de salud de la región Chorotega, se exportaron a un archivo Microsoft Excel 2010 las variables: centro de salud, identificación, nombre y fecha de parto.

Ambos archivos se consolidaron y mediante frecuencias simples y cruces entre las fechas de parto y las fechas de nacimiento de los menores, se estableció la relación madre hijo, que para fines de estudio y mantener la confidencialidad de los datos, se denominó casos.

Cada caso se remitió, vía correo electrónico institucional, a los respectivos directores de áreas de salud, para que confirmaran si la relación establecida era la correcta.

Una vez confirmada la información, se coordinó una videoconferencia por Microsoft Lync con los representantes de cada área de salud y hospitales, para comunicar el objetivo del estudio y programar la revisión de los expedientes en salud.

Con los representantes asignados para cada área de salud, por medio de videoconferencia, se verificó cuáles de las siguientes acciones realizadas a la madre durante el control prenatal se registraron en la nota de evolución y se documentaron en la hoja de CLAP:

- Serología VDRL antes de las 13 semanas.
- Tratamiento con penicilina.
- Serología VDRL control.
- Prueba treponémica.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

Por otra parte, con los representantes de los centros hospitalarios, se comprobó cuáles de las acciones anteriores documentadas por el primer nivel en la hoja de CLAP, estaban evidenciadas mediante una copia de esta en el expediente o descritas en la nota de evolución durante el ingreso para el parto. Además, se corroboró la disponibilidad de un resultado de serología VDRL realizado antes del parto en el mismo centro.

Asimismo, se constató cuáles de las siguientes acciones realizadas al recién nacido durante la estancia hospitalaria se registraron en la nota de evolución y se documentaron en la epicrisis de egreso, así como el lugar donde se refirió para su seguimiento:

- Serología VDRL al nacimiento.
- Hemograma completo.
- Líquido cefalorraquídeo.
- Rayos X de tórax.
- Rayos X de huesos largos.
- Ultrasonido de cerebro.
- Pruebas de función hepática.
- Emisiones otoacústicas.
- Examen oftalmológico.
- Tratamiento con penicilina.

Posteriormente, con los representantes del primer nivel y del centro hospitalario, se comprobó cuáles de las acciones anteriores documentadas en la epicrisis de egreso, estaban evidenciadas mediante una copia en el expediente o descritas en la nota de evolución durante el control del menor en el primer año de vida.

Con los datos aportados por cada unidad, se verificó si el actual sistema de notificación a través de la red de servicios de la región Chorotega garantiza el diagnóstico, registro y seguimiento de la sífilis congénita.

RESULTADOS

Los centros hospitalarios de la región Chorotega reportaron nueve menores que nacieron y se egresaron con diagnóstico presuntivo de sífilis congénita durante el 2015, de los cuales ocho son del HEBB, uno del HLA y ninguno del HU. Dos menores son producto de un parto gemelar.

De la misma manera, el primer nivel de la región registró al menos una atención en salud para las madres de estos menores, por un resultado serología VDRL positiva durante su control prenatal.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

Producto de la consolidación de la información relacionada con la madre y el niño, se determinaron las concordancias demográficas y se establecieron los casos (Cuadro 1).

Cuadro 1
CCSS: Casos de recién nacidos con diagnóstico presuntivo de sífilis congénita por hospital de nacimiento y área de salud región Chorotega, 2015

Casos	Hospital	Área de salud
1	HEBB	Liberia
2	HEBB	Liberia
3	HEBB	Bagaces
4	HLA	Santa Cruz
5	HEBB	Santa Cruz
6	HEBB	Santa Cruz
7	HEBB	Carrillo
8	HEBB	Carrillo
9	HEBB	Carrillo

Fuente: CCSS. Sistema de información Arca 2015.

Según lo descrito en las hojas de CLAP del primer nivel de atención, las nueve madres recibieron atención por un resultado de serología VDRL positivo durante su control prenatal, y siete de ellas recibieron tratamiento con penicilina benzatínica (Cuadro 2).

De los nueve casos, dos casos no contaban en el expediente de salud del área con un resultado de serología VDRL control posterior al abordaje. Ambos casos se asocian con la madre del parto gemelar, que al momento del abordaje tenía 32 semanas de gestación.

Con respecto a la prueba treponémica, cuatro casos tenían disponible un resultado positivo en el expediente de salud; dos de ellos eran previos al control prenatal actual y los otros dos no contaban con la fecha de recepción del resultado en el área (Cuadro 2).

De las acciones descritas en la hoja de CLAP, se documentó en el expediente de la madre del centro hospitalario lo siguiente: tratamiento con penicilina en los casos 2 y 8 y prueba treponémica en los casos 1 y 8. Las demás acciones realizadas en el primer nivel de atención no quedaron evidenciadas al momento del parto en el expediente del hospital.

Asimismo, en los nueve casos se observó el resultado de la serología VDRL efectuada antes del parto en el centro hospitalario.

Cuadro 2
CCSS: Acciones realizadas en el primer nivel de atención a los casos analizados de las madres de menores con diagnóstico presuntivo de sífilis congénita, región Chorotega, 2015

Casos de madres analizadas	Acciones realizadas ^{1/}			
	Serología VDRL Inicial	Tratamiento con Penicilina	Serología VDRL Control	Prueba Treponémica
1	Sí	Sí	Sí	Sí
2	Sí	Sí	No	Sí
3	Sí	Sí	Sí	No
4	Sí	Sí	Sí	Sí
5 ^{a/}	Sí	Sí	NA	No
6 ^{a/}	Sí	Sí	NA	No
7	Sí	Sí	Sí	No
8	Sí	NA	NA	Sí
9	Sí	Sí	Sí	No

1/ Según descritas en la hoja del CLAP.

a/ Corresponde a una sola madre con parto gemelar.

Fuente: CCSS. Expediente de salud del primer nivel de atención: hoja de CLAP. 2015.

En relación con las acciones realizadas al recién nacido para determinar el diagnóstico presuntivo de sífilis congénita, en los nueve casos se describió en el expediente de salud del centro hospitalario el resultado de serología VDRL positivo no mayor a 1:4 diluciones. El caso 4 recibió tratamiento con penicilina sódica por 10 días y a los demás se les administró una dosis de penicilina benzatínica (Cuadro 3).

El resto de acciones asociadas a resultados de laboratorio y gabinete no estaban descritas en el expediente hospitalario, excepto en el caso 4, a quien se le reportó rayos X de tórax normal y punción lumbar negativa.

Las acciones descritas en el expediente del centro hospitalario se documentaron en la epicrisis de egreso de los casos 4 y 8, los cuales tuvieron una estancia mayor a cuatro días. Estas mismas acciones fueron transcritas en los expedientes del primer nivel.

Por otra parte, en cuanto al seguimiento correspondiente, los casos 1, 2, 3 y 8 se refirieron y se encuentran en control en pediatría. Sin embargo, este control no está descrito en los expedientes del primer nivel.

Cuadro 3
CCSS: Acciones realizadas en el centro hospitalario a los casos de menores con diagnóstico presuntivo de sífilis congénita región Chorotega, 2015

Casos de menores	Acciones realizadas ^{1/}			
	Serología VDRL al nacimiento	Líquido Cefalorraquídeo	Rayos X de Tórax	Tratamiento con Penicilina
1	Sí	No	No	Sí
2	Sí	No	Sí	Sí
3	Sí	No	No	Sí
4	Sí	Sí	No	Sí
5	No	No	No	Sí
6	No	No	No	Sí
7	Sí	No	No	Sí
8	Sí	No	Sí	Sí
9	Sí	No	No	Sí

1/ Según descritas en la epicrisis de egreso hospitalario.

FUENTE: CCSS. Expediente de salud del centro hospitalario: epicrisis de egreso hospitalario. 2015.

DISCUSIÓN

El presente estudio permite visualizar el estado de situación de la sífilis congénita en la región Chorotega en el año 2015, en cuanto a las acciones establecidas en



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

el lineamiento institucional, y pone en evidencia las limitaciones que se suceden en la cadena de eventos dentro de la red de servicios de salud para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos.

Considerando que la definición diagnóstica de sífilis congénita se basa en los criterios establecidos por la OPS según las características de la infección materna y el abordaje realizado, y en los resultados de pruebas serológicas del recién nacido, la hoja de CLAP se convierte en la herramienta clave para el diagnóstico del menor al nacimiento, ya que en ella se describen las acciones efectuadas a la madre durante el control prenatal en el primer nivel.

Sin embargo, la ausencia de la copia o transcripción de la información de esta herramienta en los expedientes hospitalarios de la madre y del menor, convierten en un reto el establecer los criterios que determinaron la definición diagnóstica, el tratamiento y el seguimiento de sífilis congénita en los casos en estudio.

El reto es aún mayor cuando no se hace el diagnóstico de sífilis gestacional en el primer nivel de atención, por la no disponibilidad del resultado de la prueba treponémica durante el control prenatal, y cuando el manejo hospitalario del menor en lo referente a la serología VDRL al nacimiento y los exámenes de laboratorio y gabinete no son concordantes con lo establecido en el lineamiento institucional para estudio, tratamiento y seguimiento del caso.

Por otra parte, como se describe en la literatura, las acciones realizadas al recién nacido no garantizan la total curación de la enfermedad, por lo que se debe insistir en el seguimiento de los casos más allá de su egreso hospitalario, mediante el uso de la epicrisis de egreso como herramienta clave de retroalimentación de la información entre los diferentes niveles de atención en la red de servicios.

Lo anterior posiciona al CLAP y a la epicrisis de egreso como herramientas clave para el flujo de información y definición diagnóstica de los casos en la red de servicios de salud.

Cabe mencionar que pese a los hallazgos, el estudio, por tratarse de un análisis descriptivo y retrospectivo, tuvo limitaciones debido a la pobre consignación de datos en los expedientes de salud y a la ausencia de herramientas de notificación de información entre los diferentes niveles de atención en la red de servicios de



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

salud (CLAP y epicrisis); situación que puede estar condicionada por la gestión interna del documento, así como por particularidades propias de la usuaria.

Sin embargo, los resultados replican los hallazgos que se describen en Latinoamérica en cuanto las debilidades en el sistema de referencia y contrarreferencia para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento la sífilis congénita (Venegas Castillo, Cáceres Buitrago, James González, Ángel Muller, & Rubio Romero, 2011, pág. 176).

CONCLUSIONES

Tras el estudio efectuado, se concluye que el actual sistema de notificación entre los diferentes niveles de atención de la región Chorotega se fundamenta en el uso del CLAP y la epicrisis, mediante mecanismos que no necesariamente garantizan el diagnóstico, registro y seguimiento de la sífilis congénita en la región.

Ante esto, se recomienda la ejecución de estrategias sustentadas en la organización de los servicios y el uso de un sistema de información que fortalezca la gestión en la red de servicios de salud institucional, y en consecuencia, disminuir la incidencia de esta patología en la región Chorotega.

En cuanto a la organización de los servicios, es necesario conformar, capacitar e implementar un equipo integrado por representantes de la comisión de vigilancia epidemiológica de los diferentes niveles de atención en salud de la región Chorotega, que esté a cargo de lo siguiente:

- a. Monitoreo de expedientes de salud en lo que respecta al cumplimiento de la norma de atención a la embarazada y el niño, y del lineamiento institucional para el abordaje de la sífilis gestacional y congénita.
- b. Monitoreo del registro de datos en la hoja CLAP y epicrisis del egreso de la madre y del menor.
- c. Seguimiento oportuno y trimestral de las embarazadas con serología VDRL positiva y los menores con diagnóstico presuntivo de sífilis congénita.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

- d. Liderar la gestión de la notificación oportuna de resultados de laboratorio (pruebas treponémicas y no treponémicas) en la misma red.
- e. Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia en los diferentes niveles de atención, para facilitar el seguimiento de los casos de sífilis congénita.

Respecto al uso de un sistema de información, se propone que este equipo implemente un modelo integrado de información perinatal (MIIP), que permita en primer lugar consolidar los datos relacionados con las acciones que se realizan en la madre y el menor, y posteriormente, hacer un diagnóstico de situación que provea información confiable y relevante, que ayude a la toma de decisiones fundamentada y, en consecuencia, contribuir a mejorar los procesos de planificación, organización, dirección y control de la atención perinatal y neonatal.

BIBLIOGRAFÍA

- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2014). *Detección y abordaje de la sífilis gestacional en el primer nivel de atención. Evaluación y tratamiento de recién nacidos de madres con test reactivo por sífilis*. San José: CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2015*. San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.
- Costa Rica. Ministerio de Salud [MINSAL]. (2014). *Indicadores básicos: situación de la salud en Costa Rica 2013*. San José: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014). *Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita: estrategia de monitoreo regional*. 3. ed. Washington D.C: Editorial OPS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2010). *Diagnóstico situacional de sífilis materna y sífilis congénita en las 28 maternidades de la red de establecimientos del Ministerio de Salud durante el año 2009*. San Salvador: OPS.
- Venegas Castillo, N., Cáceres Buitrago, Y.N., James González, C.A., Ángel Muller, E., & Rubio Romero, J.A. (2011). *Tratamiento de la sífilis gestacional y prevención de la sífilis congénita en un hospital público en Bogotá, 2010*. Rev Fac Med. 59(3), 167-189.