

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA

FACTORES ASOCIADOS A SÍFILIS EN EL EMBARAZO EN INSTALACIONES DE
SALUD DE LA REGIÓN SALUD DE PANAMÁ OESTE DURANTE LOS AÑOS
2020 – 2023.

HÉCTOR JAVIER NAVARRO SAMANIEGO

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL
GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA.

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2025

HOJA DE APROBACIÓN



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO



Certificación FM- DIP-2024-027

A QUIEN CONCIERNE

El suscrito, Director de Investigación y Postgrado, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá,

CERTIFICA QUE

El estudiante **HECTOR NAVARRO**, con cédula de identidad personal N°-8-833-2247 presento el protocolo de tesis titulado: **FACTORES ASOCIADOS A SIFILIS EN EL EMBARAZO EN INSTALACIONES DE SALUD DE LA REGIÓN DE LA SALUD DE PANAMÁ OESTE DURANTE LOS AÑOS 2020-2023**, ante la Comisión Académica del Programa de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Medicina el cual fue aprobado el viernes 20 de septiembre 2024.

Dado en la ciudad Universitaria, Octavio Méndez Pereira, al primer día del mes de octubre del dos mil veinticuatro.


Prof. Juan Antonio Morán P., MCB
Director



2024° año de la política agroalimentaria a 40 años de la gestión patriótica del 9 de enero°
Ciudad Universitaria Octavio Méndez Pereira
Estadeto Universitario Panamá Rep. De Panamá

DEDICATORIA

A mi madre, **Dora**, quien enfrentó con valentía el diagnóstico de cáncer de mama al inicio de este camino. Fue ella quien me dio la fortaleza para no renunciar a este sueño. Su ejemplo de lucha, fe y amor hizo posible este logro, porque los sueños se cumplen y porque Dios así lo quiso.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por acompañarme en todo momento y darme la fortaleza para culminar este proceso académico.

Agradezco especialmente a mi tutora, **Ing. Fermina Chamorro**, por su orientación, paciencia y valiosos aportes para el desarrollo de esta investigación.

Asimismo, agradezco a los docentes de **Salud Pública de la Universidad de Panamá** y a mis compañeros de clases, por el apoyo y el aprendizaje compartido durante esta etapa de formación profesional

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	10
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
1.1 Planteamiento del problema.....	16
¿Cuáles son los factores asociados a la sífilis en el embarazo en mujeres atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante el período 2020–2023?	20
1.2 Justificación.....	20
1.3 Propósito	22
CAPITULO 2. FUNDAMENTO TEÓRICO	24
2.1 Definición.....	24
2.2 Estadificación clínica.....	24
2.3 Tratamiento	25
2.4 Vigilancia epidemiológica	26
2.5 Marco referencial	26
2.6 Objetivos	30
CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO.....	32
3.1 Descripción del área de estudio	32
3.2 Hipótesis de investigación	33
3.3 Tipo y diseño general del estudio	36
3.3.1 Definición de caso.....	36
3.3.2 Definición de control.....	37
3.4 Universo de estudio	37
3.5 Selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación	37
3.6 Criterios de inclusión y exclusión.....	38
3.7 Definición operativa de variables	39
3.7.1 Variable dependiente.....	39
3.7.2 Variables independientes	40
3.8 Tratamiento de datos	43
3.9 Análisis de los resultados	44

3.10	Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación	45
CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN		47
4.1	Resultados	47
4.1.1	Caracterización de la muestra	47
4.1.2	Análisis Inferencial	50
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		58
5.1	Conclusiones	58
5.2	Recomendaciones	59
BIBLIOGRAFÍA		60
ANEXOS		66
Anexo 1. Instrumento de Recolección de Información de Expedientes Clínicos		67
Anexo 2. Aval del Comité de Bioética		68
Anexo 3. Cronograma ejecutado		69
Anexo 4. Presupuesto ejecutado		70

ÍNDICE DE TABLA.

Tabla 1. Caracterización de mujeres embarazadas en estudio de factores asociados a sífilis. Región de Salud Panamá Oeste, 2020–2023	49
Tabla 2. Distribución de embarazadas atendidas en instalaciones del MINSA y de la CSS en el estudio por condición de casos o control según características. Región de Salud de Panamá Oeste, 2020-2023.....	50
Tabla 3. Resumen de Análisis Inferencia de factores asociados a sífilis en embarazadas, Región Salud Panamá Oeste, 2020–2023	52

LISTADO DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CA	Cáncer
CAPPS	Centros de Atención Primaria en Promoción de la Salud
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10. ^a revisión
CSS	Caja de Seguro Social
EPI INFO	Software de análisis epidemiológico
EPTCT Plus	Eliminación de la Transmisión Vertical del VIH, Sífilis, Hepatitis B y Chagas
FTA-ABS	Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test
HC	Historia Clínica
IC	Intervalo de Confianza
IC 95%	Intervalo de Confianza al 95 %
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censo
MINSA	Ministerio de Salud
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OR	Odds Ratio
RPR	Rapid Plasma Reagin
ULAPS	Unidades Locales de Atención Primaria en Salud
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

RESUMEN

La sífilis gestacional, causada por *Treponema pallidum*, es una infección de transmisión sexual con graves consecuencias fetales, incluyendo sífilis congénita, defectos congénitos y muerte fetal. A nivel mundial, continúa siendo un problema de salud pública, especialmente en regiones con limitaciones en el acceso a la atención médica. En Panamá, persisten barreras socioeconómicas y desafíos en el diagnóstico y tratamiento oportuno durante el embarazo. **Objetivo:** Identificar factores asociados al diagnóstico de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste entre 2020 y 2023. **Método:** Se realizó un estudio de casos y controles con datos del Departamento de Epidemiología y expedientes clínicos de embarazadas en controles prenatales. La muestra incluyó 83 casos y 83 controles. **Resultados:** La mayoría de las participantes tenía ≥ 20 años (92.8%), eran amas de casa (63.9%), con educación secundaria o superior (78.9%), con seguridad social (63.3%), con pareja (66.9%), residentes en zonas urbanas (93.4%), mestizas (87.4%), multigestas (74.7%) y con ≥ 4 controles prenatales (67.5%). Se identificó asociación significativa entre ocupación, afiliación a seguridad social, número de

gestaciones, controles prenatales y etnia con la presencia de sífilis. Presentaron mayores oportunidades relativas las multigestas (OR = 2.18; IC95%: 1.06–4.50), las indígenas y negras (OR = 5.88; IC95%: 1.63–21.17) y las amas de casa (OR = 2.93; IC95%: 1.51–5.68). Las aseguradas (OR = 0.45; IC95%: 0.24–0.87) y quienes recibieron ≥ 4 controles prenatales (OR = 0.22; IC95%: 0.11–0.44) tuvieron menores oportunidades relativas de infección. **Conclusiones:** Los hallazgos evidencian factores socioeconómicos y de acceso a la atención que influyen en la sífilis gestacional. Estos resultados sustentan la necesidad de fortalecer estrategias de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento, con el fin de reducir la incidencia de sífilis congénita y mejorar la salud materno-infantil en Panamá Oeste.

ABSTRACT

Gestational syphilis, caused by *Treponema pallidum*, is a sexually transmitted infection with serious fetal consequences, including congenital syphilis, birth defects, and fetal death. Globally, it remains a public health problem, especially in regions with limited access to healthcare. In Panama, socioeconomic barriers and challenges persist in the timely diagnosis and treatment of syphilis during pregnancy. **Objective:** To identify factors associated with the diagnosis of syphilis in pregnant women treated at health facilities in the Panama West Health Region between 2020 and 2023. **Method:** A case-control study was conducted using data from the Epidemiology Department and medical records of pregnant women receiving prenatal care. The sample included 83 cases and 83 controls. **Results:** The majority of participants were ≥ 20 years old (92.8%), were housewives (63.9%), had secondary or higher education (78.9%), had social security (63.3%), had a partner (66.9%), lived in urban areas (93.4%), were of mixed race (87.4%), had multiple pregnancies (74.7%), and had ≥ 4 prenatal visits (67.5%). A significant association was identified between occupation, social security affiliation, number of pregnancies, prenatal visits, and ethnicity with the

presence of syphilis. Multiparous women (OR = 2.18; 95% CI: 1.06–4.50), Indigenous and Black women (OR = 5.88; 95% CI: 1.63–21.17), and housewives (OR = 2.93; 95% CI: 1.51–5.68) had a higher odds ratio of syphilis. Women with health insurance (OR = 0.45; 95% CI: 0.24–0.87) and those who received ≥ 4 prenatal visits (OR = 0.22; 95% CI: 0.11–0.44) had lower odds of infection. **Conclusions:** The findings demonstrate that socioeconomic factors and access to care influence gestational syphilis. These results support the need to strengthen prevention, timely diagnosis, and treatment strategies to reduce the incidence of congenital syphilis and improve maternal and child health in West Panama.

INTRODUCCIÓN

La sífilis gestacional es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual causada por el *Treponema pallidum*, que puede transmitirse de la madre al feto durante el embarazo, resultando en sífilis congénita con graves complicaciones como defectos congénitos, discapacidad y muerte fetal o neonatal. A nivel mundial, sigue siendo un problema de salud pública, especialmente en países de bajos y medianos ingresos donde los sistemas de salud enfrentan desafíos en acceso a atención médica y tratamiento adecuado. En Panamá, persisten desafíos que incluyen la falta de conciencia sobre los riesgos de la sífilis en el embarazo, barreras socioeconómicas para acceder a la atención médica y la necesidad de mejorar el diagnóstico y manejo durante el embarazo.

Esta investigación se centra en los factores asociados al diagnóstico de sífilis durante el embarazo en Panamá Oeste entre 2020 y 2023, evaluando barreras de acceso a la atención médica y a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como determinantes socioeconómicos relacionados con el diagnóstico y tratamiento.

Asimismo, se resalta la relevancia de implementar de manera efectiva acciones de salud pública, incluyendo programas de tamizaje y tratamiento oportuno, educación en salud sexual y reproductiva, integración de servicios de planificación familiar y fortalecimiento de la atención primaria, para reducir y controlar la transmisión materno infantil de la sífilis.

Se estudiaron mujeres embarazadas atendidas en las instalaciones de salud de la Región Salud de Panamá Oeste durante los años 2020 al 2023, utilizando un diseño de casos y controles. Se utilizaron casos de la base de datos de sífilis del Departamento de Epidemiología y se revisaron expedientes clínicos de mujeres embarazadas con sífilis garantizando la representatividad mediante la estratificación de instalaciones de salud.

CAPÍTULO 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*. Puede ser transmitida de la madre al feto durante el embarazo, resultando en sífilis congénita, condición que puede causar complicaciones graves para el producto como defectos congénitos, discapacidad y muerte fetal o neonatal (Benítez, 2021). Su impacto sigue siendo significativo, especialmente en países de bajos y medianos ingresos, donde los sistemas de salud pueden enfrentar desafíos en términos de acceso a la atención médica y seguimiento de protocolos de tratamiento.

La sífilis congénita continúa siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial debido a su elevada carga de morbilidad y mortalidad. De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, se reportaron aproximadamente 700,000 casos de sífilis congénita y 390,000 resultados adversos en los nacimientos. Entre estos resultados se incluyeron alrededor de 150,000 muertes fetales prematuras

y mortinatos, 70,000 muertes neonatales, 55,000 nacimientos prematuros o con bajo peso al nacer, y 115,000 lactantes diagnosticados clínicamente con sífilis congénita. Asimismo, el informe señala que el 21% de los resultados adversos ocurrió en mujeres embarazadas que no asistieron a controles prenatales, el 53% en aquellas que recibieron atención prenatal pero no se realizaron la prueba de sífilis, el 16% en mujeres que dieron positivo pero no fueron tratadas o recibieron tratamiento inadecuado, y un 9% en mujeres que dieron positivo y fueron tratadas adecuadamente. (Organización Mundial de la Salud , 2024). En el año 2022, los países de la región de las Américas informaron aproximadamente 68 000 casos de sífilis congénita, con una tasa de incidencia de 4,98 por 1 000 nacidos vivos, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Durante los dos años previos, el porcentaje de mujeres embarazadas con sífilis en la región aumentó un 28%, lo que refleja la tendencia al alza de esta infección en la población materna. (Organización Panamericana de la Salud., 2024).

En el marco del avance hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente el ODS 3 enfocado en la promoción de la salud y el bienestar, se ha impulsado la estrategia global denominada EPTCT Plus (por sus siglas en inglés) o Eliminación de la Transmisión Vertical del VIH, Sífilis, Hepatitis B y Chagas. Esta iniciativa, liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en colaboración con diversos socios y aliados a nivel internacional, tiene como objetivo principal erradicar la transmisión vertical del VIH y la sífilis, garantizando que ningún recién nacido contraiga estas infecciones prevenibles. Esta acción está alineada con los ODS relacionados con la salud materno-infantil, la

equidad de género y la reducción de las disparidades sociales (Organización Mundial de la Salud., 2017).

Si bien se han implementado programas de detección y tratamiento de la sífilis a nivel mundial, aún persisten desafíos en la identificación temprana y el manejo adecuado de la enfermedad. Factores socioeconómicos, como la falta de educación sexual, el bajo ingreso económico y las barreras de acceso a la atención médica, podrían estar contribuyendo a la propagación de la enfermedad (Benítez, 2021). Además, la falta de conciencia sobre los riesgos de la sífilis en el embarazo y las prácticas sexuales de riesgo podrían estar exacerbando el problema. Las estrategias de la OMS para eliminar la sífilis congénita incluyen la reducción de su prevalencia en la población adulta, la integración de programas de control de embarazo con servicios de planificación familiar, la atención adecuada durante el control prenatal y la realización de pruebas de detección de sífilis durante el embarazo. Sin embargo, menos de una de cada 8 mujeres embarazadas son sometidas a pruebas de sífilis durante la gestación, a pesar de ser una medida de bajo costo (Felix Fich-Schilcrot, 2017). En América Latina y el Caribe, aunque la cobertura del tamizaje de la sífilis en embarazadas ha mejorado, en 2021 solo el 68% de las mujeres embarazadas recibieron pruebas de detección de sífilis, una cifra aún por debajo de la meta del 95% establecida por la OPS para eliminar la transmisión materno infantil de la sífilis. (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

La sífilis en el embarazo es un problema de salud pública que afecta a la región de las Américas, incluyendo a Panamá. Según la OPS, la prevalencia de sífilis en el embarazo en América latina oscila entre el 0% y hasta 2,2% en Santa Lucía, 2,4 % en

Haití y 5,0% en Argentina. Al evaluar dicha tendencia desde el 2016 se observa un aumento de dicha prevalencia. (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

De acuerdo con Análisis de Situación Embarazadas con Sífilis del MINSA Panamá del 2017-2020, se encontró que, entre las mujeres diagnosticadas con sífilis a nivel nacional, el 35% correspondió a mujeres embarazadas. El grupo de edad más prevalente entre las embarazadas con sífilis fue el de 20 a 29 años en la mayoría de las regiones. El 60% de las regiones analizadas reportaron casos de sífilis en embarazadas de 10 a 14 años, siendo las regiones de Veraguas (29%) y la Comarca Ngäbe Buglé (20%) las que registraron el mayor número de casos en este grupo etario (Ministerio de Salud de Panamá, 2021)

En Panamá, persisten diferencias importantes en la prevalencia de sífilis gestacional entre las distintas regiones del país. Según el Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión de Sífilis y VIH al 2025, en 2017 se estimaron 85,343 embarazadas, de las cuales 939 fueron casos confirmados de sífilis, lo que representó una tasa de 1.1 por cada 100 embarazadas (Ministerio de Salud, 2020). Para comparación, en 2022 el Ministerio de Salud reportó 791 casos de sífilis que complica el embarazo, evidenciando que, aunque la cifra absoluta varía, la enfermedad continúa representando un problema persistente de salud pública a pesar de las intervenciones implementadas (Ministerio de Salud de Panamá, 2024)

Las tasas de sífilis gestacional presentan variaciones significativas por región, siendo Panamá (4.8), San Félix (3.6) y Arraiján (3.4) los distritos con mayor carga según el informe de 2020 del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2020). En este contexto, Panamá Oeste, donde se ubica el distrito de Arraiján, destaca como una de las

regiones con mayor impacto debido a su creciente población, alta movilidad, expansión urbana acelerada y la persistencia de tasas elevadas de infección. Estas condiciones convierten a la provincia en un escenario prioritario para la vigilancia epidemiológica y la implementación de estrategias de prevención y control.

Comprender los factores asociados que influyen en el diagnóstico de sífilis en esta región es esencial para orientar políticas efectivas. Por ello, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados a la sífilis en el embarazo en mujeres atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante el período 2020–2023?

1.2 Justificación

El estudio de los factores clínicos y socioeconómicos asociados a la sífilis durante el embarazo en Panamá se relaciona con las prioridades de salud pública a nivel regional y nacional. Este análisis proporciona información sobre los riesgos y las barreras para un diagnóstico y tratamiento efectivos, lo cual es fundamental para desarrollar estrategias más eficaces y reducir la prevalencia de la sífilis en el embarazo, en línea con el objetivo de desarrollo sostenible, ODS 3, centrado en asegurar una vida saludable y bienestar para todos, con especial énfasis en la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil. De igual manera, la carga desproporcionada de sífilis durante el embarazo en mujeres y niñas resalta la relevancia del ODS 5, que busca alcanzar la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas, subrayando la importancia de garantizar un acceso equitativo a servicios de salud

sexual y reproductiva, incluido el diagnóstico y tratamiento de la sífilis, para avanzar en este objetivo. (Organización Mundial de la Salud., 2017)

En Panamá, la eliminación de la sífilis durante el embarazo es una prioridad de salud pública que se inscribe en la iniciativa regional para erradicar la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita en América Latina, mediante el fortalecimiento de programas preventivos, el asesoramiento y el cribado para VIH y sífilis en todas las mujeres embarazadas, así como garantizar el acceso al tratamiento para más del 95% de las mujeres embarazadas y niños afectados (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

Panamá ha implementado programas y acciones específicas para lograr esta eliminación. Se han establecido normas y guías de manejo para la sífilis en el embarazo, y el Ministerio de Salud ha desarrollado documentos que abordan aspectos clave del diagnóstico, tratamiento y prevención de esta enfermedad en mujeres embarazadas y sus contactos. Estas directrices tienen como objetivo reducir la transmisión vertical de la enfermedad y mejorar los resultados de salud materno-infantil en el país (Ministerio de Salud de Panamá, 2024). A nivel nacional la sífilis en el embarazo está considerada como prioridad de investigación, específicamente en el tema 6 Salud Materno Perinatal, subtema 6.2 Servicios de Salud para la Mujer Embarazada, en la línea estratégica específica: Factores y determinantes de riesgo de la mortalidad materna y neonatal. (Ministerio de Salud de Panamá. , 2013).

Además, la Oficina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Panamá ha contribuido con informes que destacan los avances en la eliminación de la sífilis congénita en la región, lo que refleja el compromiso tanto a nivel nacional como

regional para abordar este problema de salud pública de manera integral (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

La persistencia de la sífilis en el embarazo en Panamá representa una grave vulnerabilidad para la salud materno-infantil, en detrimento de los compromisos establecidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La inacción frente a esta enfermedad conlleva consecuencias en términos de vidas perdidas y costos económicos. Cientos de niños continúan siendo afectados o mueren por enfermedades prevenibles, mientras que mujeres enfrentan riesgos mortales durante el embarazo y el parto. Además, los altos costos de la atención médica asociados con la sífilis congénita pueden sumir a muchas familias en la pobreza, perpetuando un ciclo de desigualdad y falta de acceso a servicios de salud adecuados (Ministerio de Salud, 2020). La cobertura sanitaria universal y el acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva son fundamentales para poner fin a esta morbilidad prevenible y garantizar un futuro más saludable para las generaciones venideras en Panamá.

1.3 Propósito

El conocimiento producto de este estudio ayudara a comprender los determinantes económicos y sociales que contribuyen a la prevalencia de la sífilis durante el embarazo en embarazadas atendidas en instalaciones públicas de la Región de Salud de Panamá Oeste. Esto incluye identificar barreras de acceso a la atención médica y los servicios de salud sexual y reproductiva, así como factores socioeconómicos que pueden influir en el diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad. Los

beneficiarios de estos resultados serán diversos, incluyendo profesionales de la salud, formuladores de políticas, organizaciones de salud y las comunidades y pacientes.

CAPITULO 2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Definición

La sífilis gestacional se diagnostica durante el embarazo, el periodo posterior a un aborto o durante el puerperio, y puede encontrarse en cualquiera de sus etapas, siendo más común en la fase secundaria indeterminada. La transmisión de la infección al feto a través de la placenta es un riesgo significativo (Frine Samalvides-Cuba, 2010). Para confirmar un caso, se requiere al menos una prueba no treponémica positiva (VDRL o RPR) con títulos de 1:8 o más, o con títulos menores acompañados de una prueba treponémica positiva (FTA-abs o TPH) (Álvarez-Hernández G, 2012). La transmisión intrauterina puede ocurrir a partir de la semana 14 de gestación, con riesgos elevados de complicaciones como abortos, partos prematuros, muerte neonatal y sífilis congénita, que se caracteriza por la invasión del *Treponema pallidum* en el sistema linfático y venoso fetal (Félix Fich-Schilcrot, 2017).

2.2 Estadificación clínica

La sífilis primaria, que surge aproximadamente tres semanas después de la infección inicial, se caracteriza por un chancro indoloro en áreas de contacto sexual, a menudo

acompañado de adenopatías. En mujeres inmunosuprimidas, pueden aparecer múltiples chancros o chancros persistentes. Sin tratamiento, el chancro suele desaparecer en 4 a 6 semanas (FASGO, 2021). La sífilis secundaria, que se presenta de 6 a 8 semanas después de la infección inicial, se manifiesta con un exantema cutáneo, linfadenopatía y lesiones en las membranas mucosas, junto con síntomas sistémicos como malestar, dolores articulares y fiebre. Estas manifestaciones pueden resolverse en 1 a 6 meses sin tratamiento, y con terapia adecuada en pocas semanas (FASGO, 2021).

La sífilis latente se diagnostica mediante pruebas de laboratorio y se clasifica en latente temprana y latente tardía. La sífilis latente temprana puede ver reaparecer lesiones secundarias en un cuarto de los casos, mientras que la latente tardía, o "sífilis tardía o de duración desconocida", presenta un riesgo de transmisión fetal del 10% durante el embarazo (FASGO, 2021). La sífilis terciaria, que afecta hasta el 40% de los casos no tratados, se caracteriza por gomas benignas y afectación cardiovascular, y la neurosífilis puede presentarse temprana o tardíamente, con síntomas como meningitis y retinitis en etapas tempranas y manifestaciones más graves una década o más después (Álvarez-Hernández G, 2012).

2.3 Tratamiento

El tratamiento efectivo de la sífilis durante el embarazo se estima que reduce significativamente los riesgos asociados, como la sífilis congénita en un 97%, la muerte fetal en un 82%, el parto prematuro en un 64%, y la mortalidad neonatal en un 80%.

2.4 Vigilancia epidemiológica

La sífilis, tanto en su forma adquirida como congénita, está sujeta a notificación obligatoria en Panamá, conforme al Decreto Ejecutivo 1617 del 21 de octubre de 2014. Todos los casos sospechosos y confirmados deben ser comunicados al departamento de epidemiología local de la institución por el personal médico responsable del manejo de los casos. Se utiliza la Codificación CIE-10: O98.1 - Sífilis, cuando complica el embarazo, el parto o el puerperio. (Suman, 2021)

2.5 Marco referencial

La transmisión de la sífilis congénita varía según las características de las personas como abuso de sustancias, nivel socioeconómico, etnia, niveles de educación materna, vivienda inestable, violencia doméstica, falta de seguro médico y acceso deficiente a la atención prenatal; además según la presencia de problemas de salud mental y el estigma y miedo asociados al consumo de sustancias, que constituyen barreras para la búsqueda de asistencia médica y tratamiento oportuno. Los factores de riesgo que contribuyen al aumento de la incidencia y prevalencia de la transmisión de la sífilis en la comunidad también pueden variar según el nivel de ingresos de los países (Sankaran D, 2023).

La edad, lapso que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia, constituye cada uno de los periodos evolutivos en que se divide la vida humana (infancia, juventud, edad adulta y vejez) por sus características comunes (Clínica Universitaria de Navarra., 2024) como su relación con una mayor frecuencia de ciertas afecciones. Un estudio realizado en Cali, Colombia en el año 2018, determinó que el promedio de edad de casos de sífilis en el embarazo correspondió a 28 años, con una

desviación estándar de $\pm 6,4$ años, siendo el grupo de 20 a 34 años el más frecuente (68 %) (Benítez J, 2021). En Panamá para el año 2017, se estimó que el grupo etario más afectado de embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional fue el de 25 a 34 años con 406 casos (43.2 %), seguidos de 20 -24 años con 291 embarazadas (31.1%) (Ministerio de Salud de Panamá, 2020).

La ocupación o actividad a la cual se dedican las personas establece su ingreso a un grupo social determinado (Ríos, 2018). La ocupación Ama de casa, es más frecuente en embarazadas con sífilis, tal como lo plantea un estudio realizado en Cali Colombia, donde predomina con un 72 % de los casos del tiempo estudiado (Benítez J, 2021).

El grado de instrucción o nivel educativo de una persona está determinado por una serie ordenada de programas educativos agrupados en relación con una gradación de las experiencias de aprendizaje, conocimiento, habilidades y competencias que imparte cada uno de estos programas (Instituto de Estadística de la UNESCO, 2011) y que influyen en sus condiciones de vida. Un estudio realizado en el año 2015 en Perú encontró como un importante factor de riesgo el grado de instrucción, donde el 48.3% de las gestantes afectadas tenía únicamente educación secundaria completa, lo que indica que más de la mitad no había culminado la educación secundaria (Huamán, 2015).

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la seguridad social es “la protección que una sociedad brinda a sus miembros a través de medidas públicas para hacer frente a las privaciones económicas y sociales que podrían afectar los ingresos por causa de enfermedad, maternidad y paternidad, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte, así como las asociadas con

la asistencia médica y la ayuda a las familias con hijos” (OIT, 2014). En Cali en 2018, se encontró en cuanto a la seguridad social, que la mayoría (57,1 %) de los casos de sífilis gestacional pertenecía al régimen subsidiado, seguido de la población pobre no asegurada (16,6 %), lo que evidenció que el 74 % de los casos diagnosticados se presentaron en población en condición de vulnerabilidad (Benítez J, 2021)

El estado conyugal es la situación de cada persona en relación con las leyes o costumbres relativas al matrimonio que existen en el país (INEC, 2023). En Perú, en el año 2022 se encontró en un estudio de Casos y controles que el 58.7% de embarazadas con sífilis eran solteras en comparación con un 3.2% de embarazadas casadas (Erazo-Medina LL, 2022).

El lugar de residencia, que es donde una persona tiene su domicilio habitual o donde vive la mayoría del tiempo, determina el acceso a servicios sociales y de salud. En el ámbito fiscal, el lugar de residencia se utiliza para determinar la jurisdicción tributaria y la obligación de declarar la renta (Clínica Universitaria de Navarra., 2024). La relación entre el lugar de residencia y la sífilis gestacional puede variar según diferentes contextos geográficos y socioeconómicos. Algunos estudios han demostrado que la prevalencia de la sífilis gestacional puede ser más alta en áreas con menor acceso a la atención médica prenatal, educación sexual y servicios de salud reproductiva. (Erazo-Medina LL, 2022).

La etnia es un conjunto o comunidad de personas que comparten rasgos comunes entre sí y con los que se encuentran identificados (Erazo-Medina LL, 2022). La relación entre la pertenencia a un grupo étnico y la sífilis gestacional fue descrita en el año 2020, en el informe de sífilis gestacional y congénita en Colombia, donde se indica

que, el 11,2 % (110) de los casos se presentó en los grupos de negro, mulato o afrocolombiano y el de indígenas (Instituto Nacional de Salud., 2020)

El número de parejas sexuales se refiere al recuento de individuos con los que una persona ha mantenido relaciones sexuales. Esta medida es importante en el contexto de la salud sexual y reproductiva, ya que puede influir en el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y otras complicaciones relacionadas con la actividad sexual (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2021). Un estudio de casos y controles realizado en Perú entre 2015 y 2020 encontró que tener más de 2 parejas sexuales durante el último año se considera un factor de riesgo para el desarrollo de Sífilis en el embarazo (OR = 9.4; IC95%: 2.2-40.0). (Erazo-Medina LL, 2022).

El número de gestaciones previas o el número total de embarazos que ha tenido una mujer, sin importar el resultado (Clínica Universitaria de Navarra., 2024) pudiera ser un indicador indirecto de riesgos asociados a la sífilis durante el embarazo como factores socioeconómicos, mayor actividad o número de parejas sexuales y el uso de anticoncepción. Un estudio realizado en 2022 en Perú encontró que las embarazadas primigestas con diagnóstico de sífilis correspondían al 47% de los casos de dicho estudio en comparación con las multíparas. (Erazo-Medina LL, 2022)

La atención prenatal es un conjunto de consultas, acciones de salud y cuidados previos al parto que tienen como objetivo garantizar que cada gestación culmine en un parto seguro, con un recién nacido sano, de buen peso y sin complicaciones maternas. “La atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y

la prevención de enfermedades” (Organización Mundial de la Salud OMS, 2016). El Análisis de Situación de embarazadas con Sífilis realizado por el Ministerio de Salud del 2017 al 2020, concluyó que el 79% de las embarazadas con Sífilis, correspondían a las embarazadas con menos de cuatro controles prenatales, tal como lo define la norma de atención en Panamá (Ministerio de Salud de Panamá, 2021).

2.6 Objetivos

Objetivo General

- Analizar los factores asociados a la sífilis en el embarazo en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020 – 2023.

Objetivos específicos

- Determinar la asociación entre la edad y la presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020 – 2023.
- Analizar la asociación entre la ocupación y la presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020 – 2023.
- Evaluar la asociación entre el nivel educativo y la presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020 – 2023.
- Determinar la asociación entre la cobertura de seguridad social y la sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020 – 2023.

- Analizar la asociación entre el estado conyugal y la presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020 – 2023.
- Evaluar la asociación entre el lugar de residencia y la presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020 – 2023.
- Determinar la asociación entre la pertenencia a un grupo étnico y la presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020 – 2023.
- Analizar la asociación entre el número de gestaciones previas y la presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020 – 2023.
- Evaluar la asociación entre el número de atenciones prenatales y la presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020 – 2023.
- Determinar la asociación entre el número de parejas sexuales y la presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020 – 2023.

CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Descripción del área de estudio

Panamá Oeste, es una de las diez provincias del país, constituida por territorios al oeste del Canal de Panamá que formaban parte de la provincia de Panamá. Su creación se formalizó mediante la Ley 119 del 30 de diciembre de 2013 y comenzó a operar como una provincia independiente el 1 de enero de 2014.

Panamá Oeste tiene una extensión territorial de 2,786 kilómetros cuadrados, limita al norte con la provincia de Colón, al sur con el océano Pacífico, al este con la provincia de Panamá y al oeste con la provincia de Coclé. Se divide en 5 distritos y 59 corregimientos de la siguiente manera:

- Arraiján: 8 corregimientos
- La Chorrera: 18 corregimientos
- Capira: 13 corregimientos
- Chame: 11 corregimientos
- San Carlos: 9 corregimientos

La Región de Salud de Panamá Oeste dispone de una red de servicios públicos diseñada para atender a una población en crecimiento, integrada por instalaciones de distintos niveles distribuidas en los cinco distritos de la provincia. Su principal centro de referencia es el Hospital Regional Nicolás A. Solano, en La Chorrera, único hospital de segundo nivel y con la mayor capacidad resolutive, que brinda servicios especializados como ginecología y obstetricia, neonatología, pediatría y emergencias. En el primer nivel de atención, la provincia cuenta con tres policlínicas ubicadas en áreas densamente pobladas, además de CAPPS y ULAPS que permiten la captación temprana de embarazadas y el seguimiento continuo mediante servicios de medicina general, control prenatal y tamizaje para infecciones como la sífilis. Asimismo, la red incluye Centros de Salud distribuidos en zonas urbanas y semiurbanas, y Puestos de Salud en áreas rurales o de difícil acceso, donde se ofrecen servicios esenciales de promoción, prevención, control prenatal y atención primaria.

3.2 Hipótesis de investigación

H_{0_1} : No existe asociación entre **edad** y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023.

H_{a_1} : Existe asociación entre **edad** y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023.

H₀₂: No existe asociación entre condición de ocupación y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023

H_{a2}: Existe asociación entre condición de ocupación y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023

H₀₃: No existe asociación entre nivel educativo y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023

H_{a3}: Existe asociación entre nivel educativo y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023

H₀₄: No existe asociación entre seguridad social y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023

H_{a4}: Existe asociación entre seguridad social y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023

H₀₅: No existe asociación entre estado conyugal y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–202

H_{a5}: Existe asociación entre estado conyugal y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023.

H₀₆: No existe asociación entre lugar de residencia y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023

H_{a6}: Existe asociación entre lugar de residencia y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023

H₀₇: No existe asociación entre etnia y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023

H_{a7}: Existe asociación entre etnia y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023

H₀₈: No existe asociación entre tipo de gestante y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023

H_{a8}: Existe asociación entre tipo de gestante y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023

H_{0_9} : No existe asociación entre atenciones prenatales y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023

H_{a_9} : Existe asociación entre atenciones prenatales y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023

$H_{0_{10}}$: No existe asociación entre número de parejas sexuales y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023

$H_{a_{10}}$: Existe asociación entre número de parejas sexuales y presencia de sífilis en embarazadas atendidas en instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020–2023

3.3 Tipo y diseño general del estudio

Se realizó un estudio analítico de casos y controles no pareados en una muestra representativa de mujeres embarazadas con sífilis (casos) y mujeres embarazadas sin sífilis (controles) atendidas en instalaciones públicas de salud (MINSA y CSS) de la Región de Salud de Panamá Oeste. Se revisaron los expedientes clínicos de los casos y controles seleccionados durante los años 2020 a 2023.

3.3.1 Definición de caso

Se consideraron casos a las embarazadas con diagnóstico de sífilis identificado durante sus controles prenatales mediante pruebas treponémicas o no treponémicas.

3.3.2 Definición de control

Se consideraron controles a las embarazadas sin diagnóstico de sífilis durante el embarazo, confirmadas mediante resultados negativos en las pruebas treponémicas y no treponémicas realizadas como parte de su control prenatal.

3.4 Universo de estudio

La población estudiada estuvo conformada por las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal en las instalaciones de salud del sector público tanto de la Caja de Seguro Social como del Ministerio de Salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante el período 2020-2023. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC, 2025), en este período se registraron 40,472 embarazos, distribuidos en 35,517 nacidos vivos y 4,955 defunciones fetales. De acuerdo con los datos otorgados por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud en Panamá Oeste, se reportaron 161 casos de sífilis en el embarazo durante el período 2020–2023. (MINSA, 2024)

3.5 Selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación

El tamaño muestral se calculó con StatCalc del programa EpiInfo 7.2.6, con los siguientes datos:

- Nivel de confianza bilateral (1-alfa): 95%
- Potencia (% de probabilidad de detección): 80%
- Relación entre controles y casos: 1
- Proporción hipotética de controles con exposición: 40%

- Proporción hipotética de casos con exposición: 61.5%
- Odds Ratio menos extremo: 2.40

Se utilizó el método de Kelsey, ya que genera un tamaño de muestra mayor sin corrección por continuidad en comparación con el método de Fleiss con corrección.

El cálculo determinó un tamaño de muestra de:

- Casos: 85
- Controles: 85
- Total: 170 participantes

No obstante, durante la recolección de datos solo fue posible incluir 83 casos y 83 controles. Esta variación se debió a la exclusión de expedientes que no cumplían con los criterios de inclusión o que presentaban información incompleta para las variables requeridas. Por lo tanto, el tamaño final de la muestra analizada estuvo compuesto por 83 casos y 83 controles.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

Casos

1. Mujeres embarazadas que ingresaron a control prenatal en las instalaciones de salud de la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020-2023.
2. Mujeres que tienen registrado en su Historia Clínica (HC) el diagnóstico de sífilis durante el embarazo mediante prueba treponémica o no treponémica.

3. Disponibilidad de registros médicos completos y accesibles.

Controles

1. Mujeres embarazadas atendidas en las Instalaciones de salud de la Región de Panamá Oeste durante los años 2020-2023.
2. Sin diagnóstico de sífilis en su HC (resultado negativo en pruebas treponémicas y no treponémicas).
3. Disponibilidad de registros médicos completos y accesibles.

Criterios de Exclusión

Casos

1. Mujeres con diagnóstico de sífilis incompleto o dudoso (sin confirmación mediante pruebas tanto treponémicas como no treponémicas).
2. Mujeres con registros médicos incompletos o inaccesibles.

Controles

1. Mujeres con registros médicos incompletos o inaccesibles.

3.7 Definición operativa de variables

3.7.1 Variable dependiente

Nombre	Tipo de Variable	Escala de medición	Definición Conceptual	Definición Operacional	Categoría
Embarazada con Sífilis	Cualitativa	Nominal	Mujer embarazada diagnosticada con sífilis.	Diagnóstico confirmado mediante pruebas	Si No

				treponémicas y no treponémicas reactivas.	
--	--	--	--	---	--

3.7.2 Variables independientes

Nombre	Tipo	Escala	Definición Conceptual	Definición Operacional	Categorías
Edad	Cualitativa	Ordinal	Lapso desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Años completos desde la fecha de nacimiento hasta el momento del diagnóstico: Clasifica en adolescente (< 20), y adulta joven y adulta (≥ 20)	< 20 ≥ 20
Condición de Ocupación	Cualitativa	Nominal	Situación respecto a la realización de actividades económicas o productivas.	Clasificación según actividad principal: Ama de casa, gestantes que no realizan actividad económica remunerada y cuya actividad principal es el trabajo doméstico no remunerado. Corresponde a población no económicamente activa; otra ocupación si trabaja, estudia o realiza	Ama de casa Otra ocupación

				actividad. productiva.	
Nivel Educativo	Cualitativa	Ordinal	Máximo nivel de instrucción formal alcanzado.	Menor nivel educativo: ninguno o primaria incompleta/completa; Mayor nivel educativo: secundaria, educación media o superior (universidad o técnica).	Menor Mayor
Seguridad Social	Cualitativa	Nominal	Acceso a servicios de salud a través de aseguramiento o formal.	Registrada en la HC como asegurada o no	No Asegurada Asegurada
Estado conyugal	Cualitativa	Nominal	Situación legal o de hecho en relación con una pareja.	Con pareja: casadas o unidas. Sin pareja: solteras, separadas, divorciadas o viudas	Sin pareja Con pareja
Lugar de Residencia	Cualitativa	Nominal	Localidad geográfica de residencia.	Urbana: cabeceras y corregimientos urbanos; Rural: comunidades fuera de límites urbanos	Rural Urbana
Etnia	Cualitativa	Nominal	Grupo étnico al que pertenece la persona	Indígena si pertenece a alguno de los pueblos originarios, mestiza si se identifica de origen mixto, otra	Indígena, negra Mestiza, blanca
Tipo de gestante	Cualitativa	Ordinal	Número total de embarazos	Primigestas (primer	Primigesta Multigesta

			sin importar el resultado.	embarazo). Multigestas (Más de un embarazo).	
Controles Prenatales	Cualitativa	Ordinal	Consultas, acciones de salud y cuidados previos al parto.	Total de consultas prenatales recibidas durante el embarazo.	< 4 ≥ 4
Número de Parejas Sexuales	Cualitativa	Ordinal	Recuento de individuos con los que una persona ha mantenido relaciones sexuales.	Total de parejas sexuales reportadas por la embarazada durante su vida sexual.	< 2 ≥ 2

Para la recolección de datos, se utilizaron dos fuentes principales: La base de datos de casos de sífilis en el embarazo del Departamento de Epidemiología de la Región de Salud de Panamá Oeste para los años 2020-2023; y los expedientes clínicos de mujeres embarazadas que cumplieron con la definición de casos y controles en los centros médicos de atención de la región, tanto en formato físico como electrónico.

La información sobre las variables estudiadas se registró en el instrumento diseñado para esta investigación (Ver Anexo 1). Este instrumento incluyó las variables disponibles en el expediente clínico electrónico de gineco-obstetricia y fue validado por expertos en gineco-obstetricia y salud pública, quienes ofrecieron recomendaciones implementadas en su versión final. Adicionalmente, se realizó una prueba piloto en un grupo seleccionado de expedientes clínicos para evaluar su claridad y efectividad, confirmando su confiabilidad y validez para los fines del estudio.

El proceso de selección de expedientes incluyó la estratificación de las instalaciones de salud según el porcentaje de casos, garantizando la representación de la población estudiada.

3.8 Tratamiento de datos

Se utilizó el software Microsoft Office Excel 2023 para el diseño, organización y limpieza de la base de datos. La exactitud de los datos se garantizó mediante procedimientos de control de calidad, que incluyeron la verificación de datos duplicados y la corrección de errores de entrada.

3.9 Análisis de los resultados

Se realizó un análisis inferencial de los factores asociados a la sífilis en el embarazo en la Región de Salud de Panamá Oeste durante los años 2020-2023.

En el análisis estadístico se utilizó el paquete informático Epi Info versión 7.0. Se determinó la significancia estadística para cada variable independiente mediante la prueba de chi-cuadrado de Mantel-Haenszel con un nivel de confianza del 95% y un nivel de error deseado < 5%.

Fórmula chi cuadrado

$$\chi^2 = \frac{n(ad - bc)^2}{(a + b)(c + d)(a + c)(b + d)}$$

Cuando chi-cuadrado resultó estadísticamente significativo, se calculó la fuerza de asociación mediante el Odds Ratio (OR) junto con sus respectivos intervalos de confianza (IC) al 95%.

Donde para un IC 95% $Z = 1.96$

$$OR = \frac{(a)(d)}{(b)(c)}$$

$$\ln(OR) \pm Z \cdot \sqrt{\frac{1}{a} + \frac{1}{b} + \frac{1}{c} + \frac{1}{d}}$$

Los datos y resultados se presentaron en tablas de asociación y gráficos utilizando Microsoft Office Excel 2023 y Microsoft Office Word 2023.

Se usaron tablas de contingencia 2x2 con sus respectivas medidas de asociación (OR con intervalos de confianza de 95%) y para las variables cualitativas o categóricas. La variable cuantitativa continua edad y las variables cuantitativas discontinuas número de controles prenatales y número de parejas sexuales se midieron en escala ordinal. Se aplicó la prueba exacta de Fisher para evaluar la asociación entre ser o no caso de sífilis durante el embarazo y variables categóricas con presencia de frecuencias esperadas menores a cinco (lugar de residencia y etnia) en celdas situación que limita la aplicabilidad del test chi-cuadrado.

3.10 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación

Para la ejecución de este proyecto de investigación se solicitó aprobación a la Dirección Regional de Salud de Panamá Oeste y a las autoridades correspondientes, para la revisión detallada de los expedientes clínicos de las mujeres embarazadas con sífilis durante el período de estudio. En este estudio, no se tuvo contacto directo con pacientes, ya que se revisaron expedientes físicos y electrónicos.

Este estudio fue aprobado por el Comité de bioética de la investigación de Hospital Regional de Azuero Anita Moreno mediante Nota No 30-CBIHRAAM-2025 el 14/03/2025 (Ver Anexo 2). Se garantizó la confidencialidad de la información contenida en los expedientes clínicos. Para proteger la identidad de las participantes, el instrumento de recolección de información no incluyó el nombre del expediente del paciente, ya que se utilizó una codificación. La recolección de datos se realizó de manera individual por el investigador, en un área segura y cómoda que no altera el funcionamiento de las instalaciones de salud.

El investigador cumplió con los principios éticos y morales que rigen toda investigación, que son la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont, las Buenas Prácticas Clínicas y las Normas y criterios éticos establecidos en los códigos nacionales panameños de ética y/o leyes vigentes. Se respeta la confidencialidad de los datos obtenidos y no se divulgará ninguna información que permita identificar a los sujetos estudiados.

Los documentos e instrumentos de recolección de información están custodiados en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Panamá, bajo llave, por un periodo de cinco años, tras lo cual serán destruidos mediante una máquina trituradora. Durante este tiempo, nadie tendrá acceso a estos documentos mientras estén custodiados en la Escuela de Salud Pública.

Esta investigación se realizó de forma autogestionada por el investigador, con fines académicos y científicos.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

4.1.1 Caracterización de la muestra

La muestra estuvo conformada por 166 expedientes clínicos de mujeres embarazadas, divididos equitativamente en 83 casos y 83 controles seleccionados al azar que cumplieron con los criterios de inclusión y ninguno de los criterios de exclusión establecidos en el protocolo de investigación.

La población de estudio incluyó a todas las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal en las instalaciones de salud del sector público, tanto de la Caja de Seguro Social (CSS) como del Ministerio de Salud (MINSA), en la Región de Salud de Panamá Oeste, durante el período comprendido entre los años 2020 a 2023.

La mayoría de las mujeres embarazadas en la muestra tenían 20 años o más (92.77%), eran amas de casa (63.86%), tenían un mayor nivel educativo (78.92%), contaban con algún tipo de cobertura seguridad social (63.25%), se encontraban con pareja (66.87%) y residían en zonas urbanas (93.37%) (Ver Tabla 1). En cuanto a la etnia la

mayoría se identificó como mestiza (87.35%), seguida por indígena (10.24%), mientras que quienes se auto identificaron como pertenecientes a las etnias blanca y negra representaron el 1.81% y el 0.60%, respectivamente. En cuanto a número de gestaciones previas, la mayoría de las participantes eran multigestas (74.70%). En relación con las atenciones prenatales, se observó que el 67.47% asistieron a cuatro o más controles prenatales, mientras que el 32.53% acudieron a menos de cuatro controles. Respecto al número de parejas sexuales, se identificó que el 44.58% reportaron haber tenido dos o más parejas sexuales, mientras que el 6.63% indicaron haber tenido menos de dos, sin embargo, se destaca en el 48.80% de los registros esta información no fue consignada en los expedientes clínicos, lo cual representa una limitación en la recolección de esta variable por lo que no se incluyó en el análisis inferencial.

Debido a la baja frecuencia observada en algunas categorías étnicas, se realizó una recategorización de la variable etnia en dos grupos: mestiza/blanca e indígena/negra, con el fin de garantizar frecuencias adecuadas para el análisis estadístico.

Tabla 1. Caracterización de mujeres embarazadas en estudio de factores asociados a sífilis. Región de Salud Panamá Oeste, 2020–2023

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	IC 95%
Sífilis en el embarazo	Sí	83	50.00	42.15 – 57.85
	No	83	50.00	42.15 – 57.85
Edad	20 años o más	154	92.77	87.71 – 96.21
	Menor de 20	12	7.23	3.79 – 12.29
Ocupación	Ama de casa	106	63.86	56.05 – 71.16
	Otra ocupación	60	36.14	28.84 – 43.95
Nivel educativo	Mayor nivel	131	78.92	71.92 – 84.85
	Menor nivel	35	21.08	15.15 – 28.08
Seguridad social	Sí	105	63.25	55.43 – 70.59
	No	61	36.75	29.41 – 44.57
Estado conyugal	Con pareja	111	66.87	59.15 – 73.97
	Sin pareja	55	33.13	26.03 – 40.85
Lugar de residencia	Urbano	155	93.37	88.45 – 96.65
	Rural	11	6.63	3.35 – 11.55
Etnia	Indígena, negra	18	10.84	6.55 – 16.68
	Mestiza, blanca	148	89.16	83.32 – 93.45
Tipo de gestante	Multigesta	124	74.70	67.38 – 81.12
	Primigesta	42	25.30	18.88 – 32.62
Controles prenatales	4 o más	112	67.47	59.78 – 74.53
	Menos de 4	54	32.53	25.47 – 40.22
Número de parejas sexuales	2 o más	74	44.58	36.87 – 52.48
	Menos de 2	11	6.63	3.35 – 11.55
	No consignada	81	48.80	40.97 – 56.66

Fuente: Historias clínicas de embarazadas en Instalaciones de Salud de la Región Salud de Panamá Oeste durante los años 2020 – 2023.

Tabla 2. Distribución de embarazadas atendidas en instalaciones del MINSA y de la CSS en el estudio por condición de casos o control según características. Región de Salud de Panamá Oeste, 2020-2023.

Variable	Categoría	Casos n=83	Controles n=83	Total
Edad	Menor de 20	8	4	12
	20 o más	75	79	154
Ocupación	Ama de casa	63	43	106
	Otra ocupación	20	40	60
Nivel educativo	Mayor nivel	65	66	131
	Menor nivel	18	17	35
Seguridad social	Sí	45	60	105
	No	38	23	61
Estado conyugal	Con pareja	60	51	111
	Sin pareja	23	32	55
Residencia	Urbano	75	80	155
	Rural	8	3	11
Etnia	Indígena, negra	15	3	18
	Mestiza, blanca	68	80	148
Gestaciones	Multigesta	68	56	124
	Primigesta	15	27	42
Controles	4 o más	43	69	112
	Menos de 4	40	14	54

Fuente: Historias clínicas de instalaciones del MINSA y CSS de la Región de Salud de Panamá Oeste, 2020-2023.

4.1.2 Análisis Inferencial

No se encontró asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre la edad (ver Tabla 3), el nivel educativo, el estado conyugal y el lugar de residencia con la presencia de sífilis en mujeres embarazadas estudiadas.

Se encontró asociación estadísticamente significativa ($p = 0.0012$) entre la ocupación y la presencia de sífilis en el embarazo. El odds ratio ($OR = 2.93$; IC 95%: 1.51–5.68) sugiere que las amas de casa presentan mayores oportunidades relativas de sífilis en comparación con aquellas que reportaron otra ocupación.

Existe asociación estadísticamente significativa entre la afiliación a la seguridad social y la presencia de sífilis en embarazadas ($p = 0.0157$). El odds ratio ($OR = 0.45$; IC 95%: 0.24–0.87) indica que las mujeres aseguradas tienen menores oportunidades relativas de presentar sífilis en comparación con las no aseguradas.

También se observó asociación estadísticamente significativa ($p = 0.032$) entre el número de gestaciones previas y la presencia de sífilis. El odds ratio ($OR = 2.18$; IC 95%: 1.06–4.50) sugiere que las mujeres multigestas presentan aproximadamente dos veces más oportunidades relativas de sífilis en comparación con las primigestas.

Se evidenció asociación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre el número de atenciones prenatales y la presencia de sífilis durante el embarazo. El odds ratio ($OR = 0.218$; IC 95%: 0.11–0.44) indica que las mujeres que recibieron cuatro o más controles prenatales presentan menores oportunidades relativas de sífilis en comparación con aquellas que recibieron menos de cuatro atenciones, lo que sugiere un efecto protector del adecuado control prenatal.

Finalmente, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la etnia y la presencia de sífilis en embarazadas, tras la reagrupación de esta variable en dos categorías y la aplicación de la prueba exacta de Fisher ($p = 0.0047$). El odds ratio (OR

= 5.88; IC 95%: 1.63–21.17) indica que las embarazadas indígenas y negras presentan mayores oportunidades relativas de sífilis en comparación con las mestizas y blancas.

Tabla 3. Resumen de Análisis Inferencia de factores asociados a sífilis en embarazadas, Región Salud Panamá Oeste, 2020–2023

Variable	Chi-cuadrado (gl)	Valor p	OR (IC 95%) / prueba de asociación	Interpretación
Edad (<20 vs ≥20)		0.3695 (Fisher)		No significativa.
Ocupación (ama de casa vs otra)	10.44 (1)	0.0012	2.93 (1.51–5.68)	Significativa; ama de casa asociada con mayor oportunidad relativa.
Nivel educativo (mayor vs menor)	0.036 (1)	0.849		No significativa
Seguridad social (asegurada vs no)	5.83 (1)	0.0157	0.45 (0.24–0.87)	Significativa; aseguradas con menor oportunidad relativa
Estado conyugal (con pareja vs sin pareja)	2.20 (1)	0.137	–	No significativa
Lugar de residencia (urbano vs rural)		0.210 (Fisher)	0.351	No significativa
Etnia (Indígena, negra vs Mestiza, blanca)	–	0.0047 (Fisher)	5.88 (1.63 – 21.17)	Significativa; embarazadas indígenas y negras presentan mayor oportunidad relativa
Número de gestaciones previas (multigesta vs primigesta)	4.58 (1)	0.032	2.18 (1.06–4.50)	Significativa; multigestas con mayor oportunidad relativa
Atenciones prenatales (<4 vs ≥4)	18.57 (1)	<0.001	0.218 (0.11–0.44)	Significativa; ≥4 controles asociados con menor oportunidad relativa.

4.2 Discusión

Este estudio identificó factores asociados a la presencia de sífilis en embarazadas atendidas en la Región de Salud Panamá Oeste durante el periodo 2020–2023. La caracterización de la muestra evidenció que la mayoría de las participantes tenían 20 años o más, eran mestizas, amas de casa, multigestas, aseguradas y residían en zonas urbanas, con un nivel educativo mayor y con cuatro o más controles prenatales. El análisis inferencial evidenció que la edad, el nivel educativo, el estado conyugal y el lugar de residencia no mostraron asociación estadísticamente significativa con la presencia de sífilis durante el embarazo en la población estudiada. Estos hallazgos sugieren que dichas variables no estuvieron asociadas con la ocurrencia de sífilis en esta muestra. Por el contrario, la ocupación, la afiliación a la seguridad social, el número de gestaciones previas, el número de atenciones prenatales y la etnia mostraron asociaciones estadísticamente significativas con la presencia de sífilis durante el embarazo.

Respecto a la edad, se observó que la mayor proporción de casos se concentró en el grupo de 20 años o más, en concordancia con estudios realizados en Lima, Perú, donde el rango de 20 a 34 años representó el 68 % de las embarazadas con sífilis (Erazo-Medina et al., 2022), así como en Cali, Colombia, donde este grupo etario constituyó el 43,2 % de los casos (Huamán, 2015). Sin embargo, en el presente estudio no se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la presencia de sífilis durante el embarazo. La mayor frecuencia observada en mujeres adultas podría reflejar la distribución etaria predominante de la población gestante

atendida en la región más que un efecto independiente de la edad sobre el riesgo de infección.

En relación con la ocupación, las mujeres amas de casa presentaron mayores oportunidades relativas de sífilis durante el embarazo en comparación con aquellas que reportaron otra ocupación (OR = 2.93; IC95%: 1.51–5.68; $p = 0.0012$). Este hallazgo coincide con estudios realizados en Colombia y Brasil, donde la condición de ama de casa se ha asociado con una mayor frecuencia de sífilis gestacional, representando entre el 72 % y el 75 % de los casos reportados (Galeano et al., 2018; Padovani et al., 2015; Gramazio et al., 2014). Una posible explicación es que las mujeres dedicadas exclusivamente a labores domésticas pueden presentar una mayor dependencia económica, menor autonomía para la toma de decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva y mayores barreras para acceder oportunamente a información y servicios de prevención, condiciones que han sido descritas como determinantes sociales asociados a las infecciones de transmisión sexual.

El aseguramiento en salud se reveló como un factor protector, dado que las embarazadas afiliadas al sistema de salud presentaron menor asociación con infección por sífilis (OR = 0.45; IC95%: 0.24–0.87; $p = 0.016$). Resultados similares fueron reportados por Huamán (2015) y Galeano et al. (2018), donde la afiliación al régimen contributivo o subsidiado favorece el acceso a controles prenatales, diagnóstico oportuno y tratamiento, reduciendo la probabilidad de infección. Este hallazgo resalta la importancia del acceso efectivo a los servicios de salud durante el embarazo, ya que la captación temprana de las gestantes permite realizar tamizaje, diagnóstico y

tratamiento oportunos, disminuyendo el riesgo de complicaciones maternas y de transmisión vertical.

La paridad fue otro factor relevante: las multigestas presentaron aproximadamente 2,2 veces más probabilidad de infección (OR = 2.19; IC95%: 1.06–4.52; $p = 0.032$). Esto concuerda con Hailu (2020), quien encontró que mujeres con antecedentes obstétricos previos tenían OR = 3,1 (IC95%: 1,4–6,6) para infección por sífilis o gonorrea, y con Enbiale et al. (2021), quienes reportaron OR = 5,012 (IC95%: 1,929–13,020) para sífilis en mujeres con parejas sexuales múltiples o antecedentes reproductivos. Este resultado podría reflejar una mayor exposición acumulada a factores de riesgo sexuales y reproductivos a lo largo de la vida fértil, así como la persistencia de condiciones sociales y conductuales que favorecen la transmisión de infecciones de transmisión sexual.

El número de atenciones prenatales se mostró como factor protector, ya que recibir cuatro o más controles se asoció con menor oportunidad relativa de infección (OR = 0.22; IC95%: 0.11–0.45; $p < 0.001$). Este hallazgo es consistente con Hailu y Gebretsadik (2020), donde la ausencia de al menos seis controles prenatales se asoció con OR = 16,4 (IC95%: 3,3–82,4) de infección, y con Erazo-Medina et al. (2022), quienes encontraron que recibir menos de seis controles aumentaba el riesgo de sífilis gestacional. Desde la perspectiva de salud pública, este hallazgo es particularmente relevante debido a que el control prenatal constituye la principal estrategia para la detección temprana de sífilis durante el embarazo. La realización oportuna de pruebas de tamizaje y el tratamiento adecuado permiten prevenir complicaciones maternas, desenlaces perinatales adversos y la aparición de sífilis congénita.

El análisis por etnia mostró una asociación estadísticamente significativa con la presencia de sífilis (prueba exacta de Fisher, $p \approx 0.0006$), indicando una mayor frecuencia de sífilis entre embarazadas indígenas y afrodescendientes en comparación con otros grupos étnicos. Hallazgos similares fueron reportados por Enbiale et al. (2021) y Hailu y Gebretsadik (2020), quienes identificaron mayor vulnerabilidad entre mujeres pertenecientes a poblaciones rurales o minoritarias. Esta diferencia probablemente se relaciona con determinantes sociales de la salud, incluyendo desigualdades socioeconómicas, dificultades de acceso a los servicios sanitarios, barreras geográficas, culturales y educativas, más que con características biológicas inherentes a la etnia.

En cuanto al número de parejas sexuales, los registros incompletos en casi la mitad de los casos (48,8 %) limitaron la evaluación directa de esta variable. Sin embargo, la evidencia internacional indica que tener múltiples parejas sexuales incrementa significativamente la probabilidad de sífilis gestacional, con OR reportados entre 2,5 y 9,4 en estudios de Hailu y Gebretsadik (2020), Enbiale et al. (2021) y Erazo-Medina et al. (2022). Debido al elevado porcentaje de datos faltantes, los resultados obtenidos para esta variable deben interpretarse con cautela.

Entre las limitaciones del presente estudio destaca la presencia de información incompleta en algunas variables registradas en los expedientes clínicos y sistemas de vigilancia, particularmente en el número de parejas sexuales, lo que limitó su análisis como factor asociado. Asimismo, debido al diseño de casos y controles, los resultados permiten identificar asociaciones, pero no establecer relaciones causales entre las variables estudiadas y la presencia de sífilis durante el embarazo. No obstante, el

estudio presenta fortalezas importantes. Se incluyeron todos los casos elegibles registrados durante el periodo de estudio y se utilizaron fuentes oficiales de información clínica y epidemiológica, lo que permitió evaluar factores asociados a la sífilis gestacional en una población poco estudiada a nivel regional. Estos hallazgos aportan evidencia local útil para orientar estrategias de prevención, vigilancia y fortalecimiento del control prenatal.

Finalmente, aunque los resultados corresponden específicamente a embarazadas atendidas en la Región de Salud Panamá Oeste, es posible que los factores identificados sean relevantes para otras regiones del país con características sociodemográficas y condiciones de acceso a los servicios de salud similares. En conjunto, los hallazgos evidencian que factores relacionados con las condiciones sociales, el acceso a los servicios de salud y la utilización de la atención prenatal desempeñan un papel importante en la ocurrencia de sífilis durante el embarazo. La identificación de la ocupación, la seguridad social, la multigestación, el número de controles prenatales y la etnia como variables asociadas permite orientar intervenciones dirigidas a fortalecer la captación temprana de gestantes, mejorar la cobertura de tamizaje y reducir las desigualdades que favorecen la persistencia de esta infección en la población materna.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. La mayoría de las mujeres embarazadas con sífilis atendidas en la Región de Salud Panamá Oeste durante el período 2020–2023 tenía 20 años o más. Sin embargo, la edad no mostró asociación estadísticamente significativa con la presencia de sífilis gestacional.
2. Ser ama de casa se asoció significativamente con una mayor probabilidad relativa de presentar sífilis durante el embarazo, constituyéndose en uno de los principales factores asociados identificados en el estudio.
3. La afiliación a la seguridad social y la realización de cuatro o más controles prenatales mostraron una asociación protectora frente a la sífilis gestacional, evidenciando la importancia del acceso oportuno y continuo a los servicios de salud.

4. La multigestación y la pertenencia a grupos étnicos indígenas y afrodescendientes se asociaron significativamente con la presencia de sífilis gestacional en la población estudiada.
5. El nivel educativo, el estado conyugal y el lugar de residencia no mostraron asociación estadísticamente significativa con la presencia de sífilis durante el embarazo en esta población.

5.2 Recomendaciones

1. Implementar estrategias de prevención y educación dirigidas especialmente a mujeres adultas jóvenes y amas de casa, con énfasis en la promoción de controles prenatales y prácticas de prevención de infecciones de transmisión sexual.
2. Fortalecer la cobertura y calidad de los servicios de atención prenatal, asegurando que todas las embarazadas reciban al menos cuatro controles y acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento de sífilis.
3. Desarrollar intervenciones culturalmente sensibles dirigidas a mujeres indígenas y pertenecientes a minorías étnicas, considerando barreras de acceso, información y recursos de salud.
4. Mejorar el registro, completitud y verificación de la información clínica de información en los expedientes clínicos, especialmente sobre el número de parejas sexuales y antecedentes reproductivos, para permitir un seguimiento más completo de los factores de riesgo asociados a sífilis gestacional.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Hernández G, S.-A. S.-L. (2020). Guía para el diagnóstico y manejo de la sífilis en el embarazo, y prevención de la sífilis congénita (1ª ed.). *Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora*. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16622/guia_sifilis_congenita.pdf
- Benítez J, Y. M.-C. (2021). Características sociodemográficas y clínicas de la sífilis gestacional en Cali, 2018. *Biomédica.*, 140-152. Obtenido de <https://doi.org/10.7705/biomedica.6003>
- Benítez, J. Y.-C.-M.-R. (2021). Características sociodemográficas y clínicas de la sífilis gestacional en Cali, 2018. *Biomédica*, 140-152. Obtenido de <https://doi.org/10.7705/biomedica.6003>
- Bernstein H.B., & V. (2014). Embarazo normal y cuidados prenatales. En *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. (11e. McGraw-Hill Education. ed.). Obtenido de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1494§ionid=98123785>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). Understanding STI Risk.

Obtenido de <https://www.cdc.gov/std/healthcomm/understandingsti.htm>

Clínica Universitaria de Navarra. (2024). diccionario médico.

Erazo-Medina LL, G.-C. J.-M.-B. (2022). Sífilis gestacional: análisis de factores de

riesgo en un centro materno infantil de Lima, Perú (2015-2020). *Ginecol*

Obstet Mex, 901-909. doi:<https://doi.org/10.24245/gom.v90i11.8154>

Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). (5 de

enero de 2021). *Sífilis en el embarazo*. Obtenido de

https://www.fasgo.org.ar/images/Sifilis_en_el_embarazo.pdf

Felix Fich-Schilcrot, P. M.-C.-C. (2017). Sífilis y gestación: actualización y revisión de

la literatura. *Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana*, 200-203.

Frine Samalvides-Cuba, C. L.-F. (2020). Sífilis en la gestación. *Revista Peruana de*

Ginecología y Obstetricia, 202-208.

Huamán, J. (2015). "FACTORES DE RIESGO DE SÍFILIS EN GESTANTES

ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL AÑO

2013. *Universidad Alas Peruanas*.

Instituto Nacional de Salud. (2020). Sífilis gestacional y congénita: Informe 2020.

Obtenido de <https://www.ins.gov.co/buscador->

[eventos/Informesdeevento/SIF%C3%84DLIS%20GESTACIONAL%20Y%20CO](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/SIF%C3%84DLIS%20GESTACIONAL%20Y%20CONG%C3%89NITA_2020.pdf)

[NG%C3%89NITA_2020.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/SIF%C3%84DLIS%20GESTACIONAL%20Y%20CONG%C3%89NITA_2020.pdf)

Ministerio de Salud. (2020). Plan Nacional Materno-Infantil: Programa de Transmisión Materno Infantil (PTMI). 8-9.

Ministerio de Salud de Panamá. (2020). Normas técnicas, administrativas y protocolos de atención de la mujer. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Obtenido de https://panama.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2020-normas_tecnicas-administ._y_protocolos_de_atencion_de_la_mujer_pdf_minsa.pdf

Ministerio de Salud de Panamá. (2020). Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil de VIH y Sífilis en Panamá.

Ministerio de Salud de Panamá. (2021). Análisis de Situación de embarazadas con sífilis en regiones del Ministerio de Salud del 2017-2020. 10-14.

Ministerio de Salud de Panamá. (2024). *Consideraciones ante el Plan de Eliminación de la Sífilis Cógena en Panamá*. Obtenido de https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/consideraciones_a_un_plan_de Eliminacion_de_sifilis.pdf

Ministerio de Salud de Panamá. . (2013). *Guía sobre agenda nacional de prioridades de investigación para la salud (ANPIS)*. Obtenido de https://minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/guia_sobre_agenda_nacional_de_prioridades_de_investigacion_para_la_salud_anpis.pdf

OIT, O. I. (2014). Informe Mundial sobre la Protección Social 2014-15. *Construir la recuperación económica, el desarrollo inclusivo y la justicia social*. Obtenido

de <https://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-social-security-report/2014/lang--es/index.html>

Organización Mundial de la Salud . (2024). *Programa Mundial de Infecciones de Transmisión Sexual*. Obtenido de Transmisión materno infantil de la sífilis: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/stis/prevention/mother-to-child-transmission-of-syphilis>

Organización Mundial de la Salud. (5 de julio de 2022). *Ante tendencia al aumento de sífilis y sífilis congénita en algunos países de las Américas, OPS pide intensificar la prevención y el control*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.paho.org/es/noticias/5-7-2022-ante-tendencia-aumento-sifilis-sifilis-congenita-algunos-paises-americas-ops-pide>

Organización Mundial de la Salud OMS. (2016). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo.

Organización Mundial de la Salud. (2017). ETMI plus. Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. 9-10. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34306?locale-attribute=es>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.).

Organización Panamericana de la Salud . (2017). Orientaciones para la atención integral de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34011>

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe*. Obtenido de <https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/INICIATIVA%20REGIONAL%20PARA%20LA%20ELIMINACION%20DE%20LA%20TRANSMISION%20MATERNOINFANTIL%20DEL%20VIH%20Y%20SIFILIS%20CONGENITA.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas*. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51791/9789275321744_spa.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Ante tendencia de aumento de sífilis y sífilis congénita en algunos países de las Américas, la OPS pide reforzar acciones de salud pública*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/5-7-2022-ante-tendencia-aumento-sifilis-sifilis-congenita-algunos-paises-americas-ops-pide>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Informe quinquenal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana 2018-2022*. Obtenido de https://www.paho.org/sites/default/files/od366-s-informe-quinquenal-director-ops-2018-2022_0.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Intervenciones esenciales para la prevención de la sífilis congénita*.

Organización Panamericana de la Salud. (7 de noviembre de 2022). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/7-11-2022-regreso-sifilis-como-infeccion-relevante-durante-embarazo#:~:text=Al%20respecto%2C%20el%20asesor%20regional%20en%20Salud%20Sexual,de%20incidencia%20de%202%2C1%20por%201.000%20nacidos%20vivos>.

Ríos, G. C. (2016). LOS PROFESIONISTAS EN EL ESTADO DE PUEBLA. XI *Congreso Nacional de Investigación Educativa*.

Ruiz, J. F. (2005). El Registro del estado civil de las personas. *Instituto de investigaciones jurídicas de la UNAM*.

Suman, R. E. (2021). Protocolo de Sífilis Congénita. *Hospital del Niño*. .

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de Recolección de Información de Expedientes Clínicos

Universidad de Panamá
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública
Maestría en Salud Pública

Protocolo de Investigación: Factores asociados a sífilis en el embarazo en Instalaciones de Salud de la Región Salud de Panamá Oeste durante los años 2020 - 2023

Objetivo General: Analizar los factores asociados a la sífilis en el embarazo en las Instalaciones de Salud de Panamá oeste durante los años 2020 al 2023.

Código de identificación: _____

Embarazada con Sífilis: Sí ☐ No ☐

Pregunta	Opciones de Respuesta
1. Edad: ¿Cuál es la edad de la paciente al momento del diagnóstico?	_____ años ☐ Menor de 20 años ☐ 20 años o más
2. Ocupación: ¿Cuál es la ocupación principal de la paciente?	☐ Ama de casa ☐ Otra ocupación
3. Nivel Educativo: ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por la paciente?	☐ Menor nivel educativo (no haber asistido a la escuela o solo primaria completa) ☐ Mayor nivel educativo (secundaria completa o universidad)
4. Seguridad Social: ¿La paciente tiene cobertura de seguridad social?	☐ Asegurada ☐ No asegurada
5. Estado Civil: ¿Cuál es el estado civil de la paciente?	☐ Con pareja (casada o unida) ☐ Sin pareja (soltera, divorciada o viuda)
6. Lugar de Residencia: ¿En qué tipo de zona reside la paciente?	☐ Urbana ☐ Rural
7. Etnia: ¿A qué grupo étnico pertenece la paciente?	☐ Indígena ☐ Mestiza ☐ Blanca ☐ asiática ☐ Otro
8. Número de Gestaciones Previas: ¿Cuántas gestaciones ha tenido la paciente antes del embarazo actual?	_____ número ☐ Primigesta ☐ Multigesta
9. Atenciones Prenatales: ¿Cuántas atenciones prenatales ha recibido la paciente durante el embarazo actual?	_____ número ☐ Menos de 4 ☐ 4 o más
10. Número de Parejas Sexuales: ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido la paciente durante su vida sexual?	_____ número ☐ Menos de 2 ☐ 2 o más

Investigador: Héctor Navarro. Contacto 507 65463502
email: hectornavarro2790@gmail.com

Comité de bioética de Hospital Anita Moreno 5235769
email: cbioeticahraam@minsa.gob.pa

Anexo 2. Aval del Comité de Bioética



COMITE BIOETICA DE LA INVESTIGACION DEL HOSPITAL REGIONAL DE AZUERO ANITA MORENO



Nota N° 30-CBIHRAAM-2025

APROBACIÓN DE PROTOCOLO

Por este medio informamos que, en reunión de este Comité, realizada el día 14/03/2025, luego de revisión se decidió **APROBAR** el protocolo.

No. Interno de Seguimiento:	143-CBIHRAAM
No. del Protocolo-Proyecto:	143-CBIHRAAM
Título de Protocolo:	Factores asociados a sífilis en el embarazo en Instalaciones de Salud de la Región Salud de Panamá Oeste durante los años 2020 - 2023
Lugar donde se llevará:	Región Salud de Panamá Oeste
Investigador Principal:	Héctor Navarro
Nombre(s) investigador (s)	Héctor Navarro
Fecha de aprobación:	14 de marzo de 2025
Fecha de vencimiento de aprobación:	14 de marzo de 2027



“Panamá con salud y bienestar”

Anexo 3. Cronograma ejecutado

Actividad	2024												2025												2026			
Mes	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04
Elaboración del Protocolo	X	X	X	X	X	X	X	X	X																			
Presentación de Protocolo										X	X																	
Aval del Ministerio de Salud y CSS.													X	X														
Aprobación por un comité de bioética acreditado.															X													
Recolección de Datos																X	X	X										
Procesamiento de Datos																			X									
Análisis de Datos																				X								
Redacción del informe																					X							
Entrega del informe																						X	X	X	X	X	x	
Presentación																												x

Anexo 4. Presupuesto ejecutado

Detalle de Gasto	Total (USD)
Insumos o materiales:	
Hojas de Papel	25,50
Tóner impresora y fotocopidora láser	300,00
Bolígrafos	5,00
Encuadernación	150,00
Personal:	
Investigador Principal	6 198,00
Asesor en Epidemiología	6 198,00
Transporte:	
Auto (Gasolina Mensual)	800,00
Total	13 676,50