

**MINISTERIO DE SALUD**

**DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS DE SALUD**

**DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIAS DE SALUD**

**Consideraciones ante el Plan de Eliminación  
de la Sífilis Congénita en Panamá**

**Elaborado por:**

**Reina Roa<sup>1</sup>. Departamento. de Análisis de Situación y Tendencias de Salud.**

**Alberto Amaris P<sup>2</sup>. Departamento. de Análisis de Situación y Tendencias de Salud.**

**Washington Lum Ch.<sup>3</sup>. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud.**

**Briceida Escolan Z.<sup>4</sup>. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud**

**Mayo, 2000**

---

<sup>1</sup> Analista del Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Ministerio de Salud de Panamá.

E-mail: reinar@sinfo.net

<sup>2</sup> Jefe del Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Ministerio de Salud de Panamá.

E-mail: a\_amaris@hotmail.com

<sup>3</sup> Analista del Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Ministerio de Salud de Panamá.

E-mail: lumw25@hotmail.com

<sup>4</sup> Auxiliar de Registros Médicos y Estadística, Sección de Estadística. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Ministerio de Salud de Panamá.

E-mail: saludinf@hotmail.com

## de la Sífilis Congénita en Panamá

### Indice

|     |                                |    |
|-----|--------------------------------|----|
| 1.  | Introducción .....             | 1  |
| 2.  | Las Sífilis en Panamá.....     | 1  |
| 3.  | Las Sífilis según Sexo.....    | 6  |
| 4.  | Las Sífilis y el embarazo..... | 7  |
| 5.  | Las hospitalizaciones.....     | 9  |
| 6.  | Los Costos de reactivos.....   | 9  |
| 7.  | Los Costos de bolsillo.....    | 10 |
| 8.  | Los costos hospitalarios.....  | 10 |
| 9.  | Consideraciones.....           | 11 |
| 10. | Bibliografía.....              | 12 |
| 11. | Anexos.....                    | 13 |

### 1. Introducción

Las sífilis constituyen algunas de las infecciones de transmisión sexual de trascendencia en cuanto a que afecta a toda la población, incluida las mujeres embarazadas y a los menores de un año.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica recoge información sistemática de ocho formas de sífilis, clasificadas según estadio de la enfermedad (Cuadro N°. 1):

**Cuadro N°. 1 Clasificación de las Sífilis según estadios por la IX y X Clasificación Internacional de Enfermedades.**

| Estadios de la Sífilis               | Código de Diagnóstico |                                     |
|--------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
|                                      | CIE - X               | CIE – IX                            |
| Sífilis Congénita                    | A50.0 - A50.9         | O90.0 hasta O90.9, excluye la O90.8 |
| Sífilis Precoz Sintomática           | A 51.2                | O91.0 hasta O91.9                   |
| Sífilis Precoz Latente               | A 51.5                | O92.0 y O92.9                       |
| Sífilis Tardía Latente               | A 52.8                | O96                                 |
| Otras Sífilis Tardías                | A 52.7 hasta A52.9    | O95                                 |
| Otras Sífilis y las No Especificadas | A 53.0 hasta A 53.9   | O97.0, O97.1 y O97.9                |
| Sífilis Cardiovascular               | A 52.0 , I98.0*       | O93.0, O93.1, O93.2,O93.8 y O93.9   |
| Neuro - sífilis                      | A 52.1 hasta A 52.3   | O94.0 hasta O94.3 y O94.8           |

Para su diagnóstico por laboratorios se emplean pruebas no treponémicas en el tamizaje de las embarazadas que demandan servicios de salud. Generalmente la prueba utilizada es la RPR, aunque algunos centros de mayor complejidad utilizan el VDRL. Por otra parte, el Laboratorio Central de Referencia de Salud Pública realiza pruebas treponémicas, (MHATP o la FTA-ABS), las que son de carácter confirmatorio al diagnóstico.

Con la finalidad de garantizar una disminución efectiva en la transmisión de la sífilis, madre-feto, a las embarazadas con pruebas de tamizaje positivas se les instala el tratamiento indicado, según las normas de vigilancia.

El sistema de información en salud presenta problemas de inconsistencia y confiabilidad de los datos colectados a lo largo del tiempo y reconocidos a todos los niveles de atención en sus diferentes subsistemas del componente clínico-asistencial, (Vigilancia, HCPS, Resumen básico de datos hospitalarios, registro de atención), agravados por la falta de un subsistema de información de los laboratorios para la vigilancia.

## 2. Las Sífilis en Panamá

En los 15 años transcurridos entre 1984 y 1998 se registraron 10,901 casos de todas las sífilis (Cuadro N° 2), una de cada cinco como **Sífilis Precoz Sintomática**, la cual tiene gran importancia en la evolución del riesgo de transmisión en la población en edad reproductiva (Anexo N° 1); sin embargo, presenta una disminución progresiva de su importancia al pasar del 26.0% entre el quinquenio 84-88 al 15.3% entre el 94-98 (disminución significativa estadísticamente) (Cuadro N°3).

**Cuadro N°2: Casos y Tasas según el tipo de Sífilis.  
 República De Panamá. Años 1984-1998**

| ENFERMEDAD                           | A Ñ O S              |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|--------------------------------------|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|                                      | 1984                 |      | 1985 |      | 1986 |      | 1987 |      | 1988 |      |
|                                      | Nº                   | T 1/ | Nº   | T 1/ | Nº   | T 1/ | Nº   | T 1/ | Nº   | T 1/ |
| Sífilis Congénita 2/                 | 19                   | 0.3  | 8    | 0.1  | 10   | 0.2  | 10   | 0.2  | 19   | 0.3  |
| Sífilis Precoz Sintomática           | 220                  | 10.3 | 197  | 9.0  | 82   | 3.7  | 269  | 11.8 | 220  | 9.5  |
| Sífilis Precoz Latente               | 93                   | 4.4  | 64   | 2.9  | 45   | 2.0  | 169  | 7.4  | 203  | 8.7  |
| Sífilis Tardía Latente               | 23                   | 1.1  | 14   | 0.6  | 1    | 0.1  | 22   | 1.0  | 10   | 0.4  |
| Otras Sífilis Tardías                | 0                    | 0.0  | 1    | 0.1  | 0    | 0.0  | 2    | 0.1  | 3    | 0.1  |
| Otras Sífilis y las no especificadas | 638                  | 29.9 | 521  | 23.9 | 352  | 15.8 | 301  | 13.2 | 267  | 11.5 |
| Sífilis Cardiovascular               | 0                    | 0.0  | 0    | 0.0  | 0    | 0.0  | 0    | 0.0  | 0    | 0.0  |
| Neurosífilis                         | 0                    | 0.0  | 1    | 0.1  | 0    | 0.0  | 2    | 0.1  | 1    | 0.0  |
| ENFERMEDAD                           | 1989                 |      | 1990 |      | 1991 |      | 1992 |      | 1993 |      |
|                                      | Nº                   | T 1/ | Nº   | T 1/ | Nº   | T 1/ | Nº   | T 1/ | Nº   | T 1/ |
|                                      | Sífilis Congénita 2/ | 16   | 0.3  | 19   | 0.3  | 33   | 0.5  | 31   | 0.5  | 17   |
| Sífilis Precoz Sintomática           | 193                  | 8.1  | 176  | 7.3  | 213  | 8.7  | 168  | 6.8  | 155  | 6.1  |
| Sífilis Precoz Latente               | 179                  | 7.6  | 168  | 7.0  | 107  | 4.4  | 237  | 9.5  | 295  | 11.6 |
| Sífilis Tardía Latente               | 12                   | 0.5  | 20   | 0.8  | 77   | 3.2  | 11   | 0.4  | 9    | 0.4  |
| Otras Sífilis Tardías                | 7                    | 0.3  | 0    | 0.0  | 5    | 0.2  | 9    | 0.4  | 3    | 0.1  |
| Otras Sífilis y las no especificadas | 234                  | 9.9  | 313  | 13.1 | 341  | 14.0 | 345  | 13.9 | 426  | 16.8 |
| Sífilis Cardiovascular               | 0                    | 0.0  | 0    | 0.0  | 0    | 0.0  | 0    | 0.0  | 0    | 0.0  |
| Neurosífilis                         | 1                    | 0.0  | 1    | 0.0  | 1    | 0.0  | 4    | 0.2  | 0    | 0.0  |
| ENFERMEDAD                           | 1994                 |      | 1995 |      | 1996 |      | 1997 |      | 1998 |      |
|                                      | Nº                   | T 1/ | Nº   | T 1/ | Nº   | T 1/ | Nº   | T 1/ | Nº   | T 1/ |
|                                      | Sífilis Congénita 2/ | 10   | 0.2  | 15   | 0.2  | 11   | 0.2  | 10   | 0.1  | 29   |
| Sífilis Precoz Sintomática           | 194                  | 7.5  | 139  | 5.3  | 53   | 2.0  | 55   | 2.0  | 95   | 3.4  |
| Sífilis Precoz Latente               | 296                  | 11.5 | 109  | 4.1  | 277  | 10.4 | 362  | 13.3 | 226  | 8.2  |
| Sífilis Tardía Latente               | 23                   | 0.9  | 27   | 1.0  | 17   | 0.6  | 15   | 0.6  | 32   | 1.2  |
| Otras Sífilis Tardías                | 0                    | 0.0  | 1    | 0.0  | 0    | 0.0  | 11   | 0.4  | 10   | 0.4  |
| Otras Sífilis y las no especificadas | 465                  | 18.0 | 281  | 10.7 | 212  | 7.9  | 215  | 7.9  | 298  | 10.8 |
| Sífilis Cardiovascular               | 3                    | 0.1  | 0    | 0.0  | 0    | 0.0  | 0    | 0.0  | 0    | 0.0  |
| Neurosífilis                         | 0                    | 0.0  | 0    | 0.0  | 0    | 0.0  | 0    | 0.0  | 0    | 0.0  |

1/ Tasa por 100000 habitantes.

2/ Tasa por 1,000 Nacidos Vivos

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores de Riesgo a la Salud y Enfermedades.

**Cuadro N°3. Comportamiento por Quinquenio según estadios de Sífilis.  
 República de Panamá. Años: 1984-1998.**

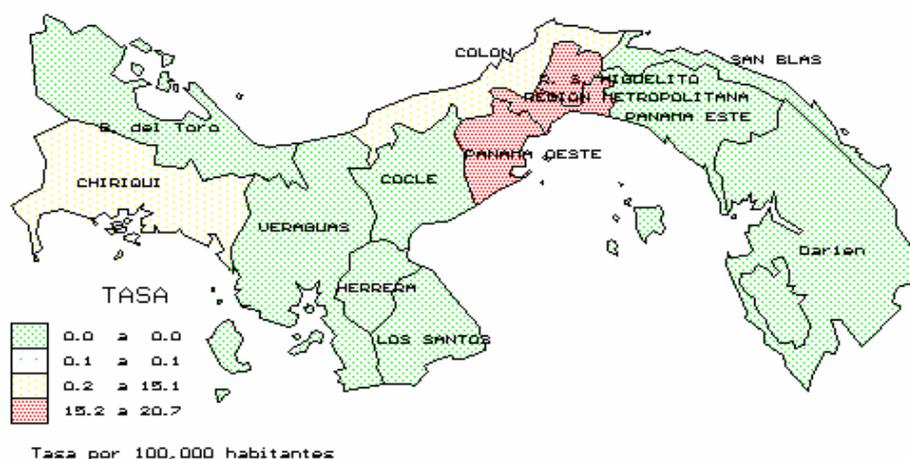
| Estadios                                    | Periodo |      |       |      |       |      |       |      |
|---|---------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
|   | 84-88   |      | 89-93 |      | 94-98 |      | 84-98 |      |
|   | N°      | %    | N°    | %    | N°    | %    | N°    | %    |
| <b>TOTAL</b>                                | 3787    |      | 3616  |      | 3498  |      | 10901 |      |
| <b>Sífilis Congénita</b>                    | 66      | 1.7  | 116   | 3.2  | 75    | 2.1  | 257   | 2.3  |
| <b>S. Precoz Sintomática</b>                | 988     | 26.0 | 905   | 25.0 | 536   | 15.3 | 2429  | 22.2 |
| <b>S. Precoz Latente</b>                    | 574     | 15.1 | 776   | 21.4 | 1273  | 36.3 | 2623  | 24.0 |
| <b>S. Tardía Latente</b>                    | 70      | 1.8  | 129   | 3.5  | 114   | 3.2  | 313   | 2.8  |
| <b>Otras Sífilis Tardías</b>                | 6       | 0.1  | 24    | 0.6  | 22    | 0.6  | 52    | 0.4  |
| <b>Otras Sífilis y las No Especificadas</b> | 2079    | 54.8 | 1659  | 45.8 | 1471  | 42.0 | 5209  | 47.7 |
| <b>Sífilis Cardiovascular</b>               | 0       | 0.0  | 0     | 0.0  | 3     | 0.0  | 3     | 0.0  |
| <b>Neurosífilis</b>                         | 4       | 0.1  | 7     | 0.1  | 0     | 0.0  | 11    | 0.1  |

**La Sífilis Precoz Latente**, diagnosticada principalmente por los títulos de las pruebas de tamizaje (RPR, VDRL), aportó uno de cada cuatro casos del periodo. (Cuadro N°2. Anexo N° 2); pero su importancia relativa ha venido aumentando al pasar de 15.1% en el quinquenio 84-88 a 36.3% en el 94-98. La tendencia ascendente de este estadio es significativa estadísticamente y es contradictorio con el comportamiento de la sífilis precoz sintomática e hipotéticamente puede estar afectada por interpretaciones inadecuadas de las pruebas de tamizaje o por un incremento de sífilis no atendida en la fase sintomática o mal tratada fuera tanto en los servicios como fuera de ellos.

Las tasas de Sífilis precoz latente se han duplicado al pasar de 4.4 casos por 100,000 habitantes en 1984 a 8.2 en 1998. En 1998 las regiones de San Miguelito y Metropolitana registraron las tasas más elevadas, (65.2 y 31.3 casos por 100,000 habitantes) y juntas suman el 70% de los casos registrados, ( 51.4% y 19.4%, respectivamente). (Mapa N° 1). Sin que guarde relación con el clima, el mayor número de casos de sífilis se presenta durante el segundo y cuarto trimestre del año.

## MAPA N° 1

TASA DE SIFILIS PRECOZ LATENTE, EN  
LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN REGION DE SALUD, AÑO : 1998



Fuente: Centro de Control de Enfermedades/Epidemiología.

**Las Otras Sífilis y las No Especificadas**, aproximadamente la mitad de los diagnósticos, 5,200 casos en los 15 años de 1984 a 1998, caen en la categoría de No Especificadas, aunque han tenido un comportamiento descendente en su importancia proporcional en el periodo, al pasar de 54% en 1984-1988 al 42% en 1994-1998 (Cuadro N° 3, Anexo N° 3). La magnitud de este diagnóstico, (casi el doble de la sífilis precoz sintomática y latente), vendría a afectar el Plan de Eliminación de la Sífilis Congénita si se mantiene, debido a las dificultades para el análisis de riesgos de transmisión.

En los 16 años comprendidos entre 1984 y 1999 se registraron 270 casos de **Sífilis Congénita** (promedio de 17 casos anuales), con un comportamiento casi estable de la tendencia, (coeficiente de regresión de  $-0.21$ ). (Cuadro N°. 4, Anexo N°. 4)

**Cuadro N°. 4 Proyección de Casos Esperados para los años 2000 y 2005 de los tipos de Sífilis más frecuentemente diagnosticados, basados en la conducta de los años 1984 a 1999. República De Panamá. Año: 2,000.**

| Diagnóstico de Sífilis                      | Casos Esperados |             |
|---|-----------------|-------------|
|   | 2000            | 2005        |
| <i>Sífilis Congénita</i>                    | 15              | 14*<br>22** |
| <i>Sífilis Precoz Sintomática</i>           | 40              | 0           |
| <i>Sífilis Precoz Latente</i>               | 213             | 233         |
| <i>Otras Sífilis y las No Especificadas</i> | 151             | 45          |

\* Calculado según la serie 84-99

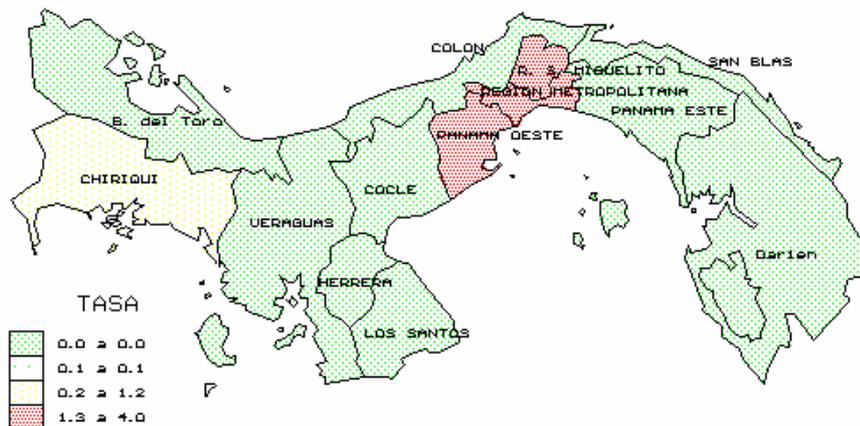
\*\* Calculado según la serie 84-98

Fuente: Dpto. De Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2,000

La distribución geográfica concentra las tasas más altas en las Regiones de Panamá Oeste, Panamá Metro y San Miguelito, seguidas por la Región de Chiriquí (Mapa N°. 2).

## MAPA N° 2

TASA DE SIFILIS CONGENITA, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN REGION DE SALUD, AÑO: 1998



Fuente: Centro de Control de Enfermedades/Epidemiología.

Según los informes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica desde el año 1993, no se reportan casos de neurosífilis en Panamá y solamente en 1994 se registraron 3 casos de sífilis cardiovascular desde 1984. (Cuadro N° 2).

Los casos esperados para los años 2,000 y 2005 se estimaron tomando como base la serie 1984 a 1999, mediante el procedimiento de regresión lineal; 1999, se ajusto según los casos del primer trimestre, ya que fue la última información a la que se tuvo acceso. El Cuadro N° 4, resume los casos esperados según tipo sífilis diagnosticada, con tendencia hacia la desaparición del diagnóstico de sífilis precoz sintomática, pero al aumento de la sífilis precoz latente. (Ver Anexos 1 y 2).

### 3. Las sífilis según sexo:

El riesgo de enfermar por sífilis en el periodo 1990-1997 ha sido igual para hombres y mujeres en edad reproductiva, (la tasa acumulada femenina es de 401.0 casos por 100,000 mujeres de 15-49 años, en tanto que la masculina es de 400.4 casos por 100,000 hombres de 15-64 años, utilizando la población 1994), con una relación de 1.1 hombres por cada mujer (3186 y 2689 casos respectivamente). Cabe destacar que desde 1992 a 1997, la Región de Chiriquí presenta una relación inversa que ha oscilado entre 1.6 y 3 mujeres por hombre. (Cuadro No. 5)

**Cuadro N°5: Casos de Sífilis en Diferentes Estadios por Sexo  
Según Región de Salud en la República de Panamá.  
Años: 1990 - 1997**

| Región de Salud | 1990 |     | 1991 |     | 1992 |     | 1993 |     | 1994 |     | 1995 |     | 1996 |     | 1997 |     |
|-----------------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|
|                 | F    | M   | F    | M   | F    | M   | F    | M   | F    | M   | F    | M   | F    | M   | F    | M   |
| República       | 313  | 437 | 259  | 403 | 343  | 361 | 728  | 913 | 433  | 416 | 226  | 248 | 247  | 241 | 140  | 167 |
| B.del Toro      | 8    | 11  | 8    | 3   | 2    | 2   | 5    | 11  | 35   | 7   | 3    | 1   | 1    | 5   | 6    | 9   |
| Coclé           | 3    | 7   | 10   | 8   | 3    | 2   | 2    | -   | 2    | -   | 2    | -   | 1    | 1   | -    | -   |
| Colón           | 36   | 42  | 38   | 52  | 13   | 21  | 47   | 71  | 10   | 29  | 17   | 19  | 3    | 8   | 5    | 9   |
| Chiriquí        | 10   | 14  | 3    | 10  | 60   | 7   | 32   | 19  | 66   | 22  | 50   | 11  | 45   | 12  | 36   | 11  |
| Darién          | 2    | 4   | 1    | 3   | 1    | -   | 2    | -   | -    | -   | 1    | -   | 1    | -   | -    | 1   |
| Azuero *        | 8    | 16  | 1    | 6   | 2    | 4   | -    | 16  | 2    | 3   | -    | -   | -    | -   | -    | -   |
| Herrera         | -    | -   | -    | -   | -    | -   | -    | -   | -    | -   | 1    | 7   | 1    | -   | -    | -   |
| L. Santos       | -    | -   | -    | -   | -    | -   | -    | -   | -    | -   | -    | 2   | -    | 1   | -    | -   |
| Kuna Yala       | 2    | 10  | 3    | 3   | 5    | 1   | 8    | 10  | -    | 3   | 4    | 11  | 4    | 13  | 12   | 16  |
| Metro           | 165  | 221 | 110  | 205 | 154  | 224 | 426  | 518 | 255  | 259 | 89   | 117 | 132  | 106 | 46   | 79  |
| Pmá Este        | 3    | 1   | 3    | 6   | 7    | 5   | 5    | 4   | 2    | 6   | 2    | 3   | 4    | 18  | -    | 1   |
| P. Oeste        | 20   | 32  | 12   | 22  | 17   | 16  | 46   | 44  | 11   | 9   | 12   | 16  | 22   | 34  | 35   | 41  |
| San Miguelito   | 56   | 78  | 64   | 85  | 79   | 79  | 155  | 220 | 50   | 77  | 44   | 61  | 33   | 42  | -    | -   |
| Veraguas        | -    | 1   | 1    | -   | -    | -   | -    | -   | -    | 1   | -    | -   | -    | 1   | -    | -   |

Mujeres de 15-49 años

Hombres de 15 - 64 años

\*Incluye Herrera y Los Santos: 90-94

Fuente: Dpto. Factores Protectores y de Riesgo a la Salud y Enfermedad

La tendencia es descendente; con una pendiente más marcada para los hombres que en las mujeres, lo que proyecta la ausencia de casos de sífilis en los hombres. (No habrá

transmisión hombre - mujer y por tanto, desaparece el riesgo de Sífilis Congénita. (Anexos N°.5 y Anexos N°. 6).

#### 4. La sífilis y el embarazo

Al revisar la base de datos de 41,682 Historias Clínicas Peri natales de 1998, (51.2% de las 81,380 mujeres estimadas para embarazarse en el país), 26,047 (62.4%) tenían registro de pruebas de tamizaje, lo que da una cobertura del 32% de las embarazadas esperadas, y en ellas 157 dieron positivas (0.6% de las pruebas), o sea una de cada 265 embarazadas registradas en las bases de datos. Según esta fuente, 23 recién nacidos presentaron resultado positivo por esta prueba, es decir, altamente sospechosos para sífilis congénita, (0.3% de las pruebas realizadas, 5.5 por 10000 embarazadas registradas en la base de datos), un recién nacido por cada 6.8 madres positivas. (Cuadro N° 6 y Cuadro N° 7)

**Cuadro N° 6. Resultados de la prueba de tamizaje en la embarazada por Región de Salud, según registros de la Historia Clínica Perinatal. Año: 1998.**

| Región de Salud             | N° de HCPS | Embarazadas        |           |
|-----------------------------|------------|--------------------|-----------|
|                             |            | Pruebas realizadas | Positivas |
| Total                       | 41682      | 26,047             | 157       |
| Bocas del Toro              | 84         | 2                  | 0         |
| Coclé                       | 1414       | 1302               | 0         |
| Colón                       | 4594       | 1702               | 46        |
| Chiriquí                    | 5705       | 2998               | 10        |
| Herrera                     | 1420       | 301                | 0         |
| Kuna Yala                   | 413        | 210                | 3         |
| Los Santos                  | 1984       | 1131               | 3         |
| Hospital Santo Tomás (HST)  | 17503      | 14,236             | 72        |
| Caja de Seguro Social (CSS) | 1059       | 813                | 9         |
| Panamá Este                 | 487        | -                  | -         |
| Panamá Oeste                | 3353       | 11                 | 1         |
| Veraguas                    | 3757       | 3341               | 13        |

Se excluye a la Región de Darién, pues no remitió información. HST y CSS incluyen a las regiones de San Miguelito y Metropolitana.

La omisión global en el registro del resultado de la prueba de tamizaje fue de 37.5% en la madre y del 82.6% en el recién nacido. Bocas del Toro, Panamá Este, Panamá Oeste y Herrera presentaron las mayores proporciones de omisión en la madre (97.%, 100.%, 99.%, 78.%, respectivamente). Esta situación limita el análisis relacionado con la vigilancia activa, y requiere una mayor coordinación con los entes proveedores de servicios de atención a la embarazada y el recién nacido.

**Cuadro N° 7 Resultados de la prueba de tamizaje en el Recién Nacido por Región de Salud, según los registros de la Historia Clínica Perinatal del año 1998**

| Región de Salud             | N° de HCPS | Recién Nacido      |           |
|-----------------------------|------------|--------------------|-----------|
|                             |            | Pruebas realizadas | Positivas |
| Total                       | 41682      | 7,221              | 23        |
| Bocas del Toro              | 84         | 0                  | 0         |
| Coclé                       | 1414       | 1228               | 0         |
| Colón                       | 4594       | 953                | 4         |
| Chiriquí                    | 5705       | 29                 | 2         |
| Herrera                     | 1420       | 230                | 0*        |
| Kuna Yala                   | 413        | 7                  | 0         |
| Los Santos                  | 1984       | 142                | 1         |
| Hospital Santo Tomás (HST)  | 17503      | 1358               | 3         |
| Caja de Seguro Social (CSS) | 1059       | 332                | 5         |
| Panamá Este                 | 487        | 45                 | 0         |
| Panamá Oeste                | 3353       | 360                | 1         |
| Veraguas                    | 3757       | 2537               | 7         |

(\*) Investigación realizada por la Región de Herrera, colocó esta cifra en cero ya que la base de datos registraba 32 casos. Se excluye a la Región de Darién, pues no remitió información. HST y CSS incluyen a las regiones de San Miguelito y Metropolitana

Las regiones sanitarias de Bocas del Toro, Coclé, y Panamá Este no registraron embarazadas con prueba de tamizaje positiva; y el Hospital Santo Tomás consignó el 45.0% de las mujeres positivas, seguido de la región de salud de Colón con el 26.0%.

La tasa de embarazadas con prueba positiva fue de 3.8 por cada 100.000 con 4 regiones en 0, (Herrera, Bocas, Coclé y Panamá Oeste), oscilando entre 0.2 en Panamá Oeste a 10 en Colón. Arriba de la media nacional se ubican: Colón, (2.6 veces mayor), Kuna Yala, y los hospitales del área metropolitana de Panamá y San Miguelito. (HST y CSS).

En el caso del Recién Nacido el riesgo a nivel nacional fue de 0.5 por 1000 embarazadas registrados y es 9 veces y media mayor en las mujeres atendidas en la CSS. (Cuadro No.8)

En las regiones sanitarias restantes la relación recién nacido/ madre positiva fue de 0/3 para Kuna Yala, de 1/1 para Panamá Oeste, de 1/11 para Colón y de 1/24 para el Hospital Santo Tomás.

Es importante, destacar que el formulario que recoge los datos de la Historia Clínica Perinatal no permite la captura electrónica del diagnóstico de Sífilis Congénita en el Recién Nacido, pero si el resultado positivo o negativo de la prueba de tamizaje

**Cuadro N° 8. Distribución de la Prueba de Tamizaje Positiva en embarazadas y en recién nacidos por Región de Salud.**

**Año: 1998.**

| Región<br>De Salud    | N° de<br>HCPS | Embarazadas con<br>Tamizaje + |      | Recién Nacidos con<br>Tamizaje + |      |
|-----------------------|---------------|-------------------------------|------|----------------------------------|------|
|                       |               | N°                            | Tasa | N°                               | Tasa |
| Total                 | 41682         | 157                           | 3.8  | 23                               | 0.5  |
| Bocas del Toro        | 84            | 0                             | 0    | 0                                | 0    |
| Coclé                 | 1414          | 0                             | 0    | 0                                | 0    |
| Colón                 | 4594          | 46                            | 10.0 | 4                                | 0.8  |
| Chiriquí              | 5705          | 10                            | 1.7  | 2                                | 0.3  |
| Herrera               | 1420          | 0                             | 0    | 0                                | 0    |
| Kuna Yala             | 413           | 3                             | 7.2  | 0                                | 0    |
| Los Santos            | 1984          | 3                             | 1.5  | 1                                | 0.5  |
| Hospital Santo Tomas  | 17503         | 72                            | 4.1  | 3                                | 0.1  |
| Caja de Seguro Social | 1059          | 9                             | 8.4  | 5                                | 4.7  |
| Panamá Este           | 487           | 0                             | 0    | 0                                | 0    |
| Panamá Oeste          | 3353          | 1                             | 0.2  | 1                                | 0.2  |
| Veraguas              | 3757          | 13                            | 3.4  |                                  |      |

*Se excluye a la Región de Darién, pues no remitió información. HST y CSS incluyen a las regiones de San Miguelito y Metropolitana (tasas por 1,000 HCPS registradas)*

*Fuente: Base de Datos HCPS. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud.*

## 5. Las Hospitalizaciones

La revisión de la base que contiene los Datos Básicos Mínimos de 68,047 egresos que se dieron en 1998 en los Hospitales Santo Tomás, Aquilino Tejeira, Del Niño, Nicolás Solano, Marvel Iglesias y de Centros de Salud con camas de Coclé y Kuna Yala, registra 6 egresos de sífilis congénita ocurridos todos ellos en el Hospital del Niño; de los cuales 5 se presentaron en el sexo femenino (83.3%). Todos los casos ocurrieron en hijos de madres residentes en la Provincia de Panamá, siendo la Región de Salud de San Miguelito, la de mayor concentración de casos (66.7%). Tres de los niños tenían un segundo diagnóstico, que fue: Anemia aplásica, (D61.9), Enterocolitis Necrotizante del Feto y Recién Nacido, (P77), y Neurosífilis No Especificada (A52.3). Todos fueron dados de alta con una condición de mejoría al momento del egreso.

## 6. Los Costos de reactivos

Consultando al Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública, se estimaron costos de los reactivos para las pruebas treponémicas y no treponémicas, mas no el costo real de estas pruebas, que incluiría técnicos, equipo y otros insumos. Se consideró el rendimiento de cada una de las marcas de reactivos disponibles en el mercado y se calcularon 146484 pruebas de tamizaje para mujeres embarazadas si se lograra la cobertura del 90% de las 81380 mujeres que se espera queden embarazadas en el año 2000, (73242 mujeres), y para el caso de las pruebas necesarias en los recién nacidos se estimó una prevalencia en base al 0.6% de embarazadas con tamizaje positivo según el Cuadro No. 6, lo que arroja 440 niños que requerirían pruebas confirmatorias del diagnóstico, (Cuadro No. 9)

Para la definición final de los costos en reactivos, es necesario establecer el tipo de prueba que se utilizará para el tamizaje de sífilis en la embarazada panameña, y las que se aplicarán en el proceso de confirmación y seguimiento de los casos, toda vez que los costos

varían según tipo, marca y presentación cada una de las pruebas. Esta definición debe tener en cuenta el análisis de sensibilidad y especificidad de las pruebas, y su control de calidad,

**Cuadro N° 9. Estimación de los Costos de Reactivos Para las pruebas Treponémicas y No Treponémicas del Control Prenatal y Recién Nacido. República de Panamá. Año: 2,000**

| Tipo de Prueba                        | Marca   | Presentación | Precio Unitario (B/.) | Precio (B/.) | Costos Estimados |
|---------------------------------------|---------|--------------|-----------------------|--------------|------------------|
| <b>No Treponémicas en embarazadas</b> |         |              |                       |              |                  |
| RPR<br>(70% de rend)                  | Organon | 500 pruebas  | 0.23                  | 80.00        | 33,691.32        |
|                                       | Human   | 100 pruebas  | 0.65                  | 45.75        | 95,214.6         |
| VDRL Clásico<br>(67% de rend)         | DIFCO   | 100 pruebas  | 0.52                  | 35.00        | 76,171.68        |
| VDRL Modificado<br>(67% de rend)      | Wiener  | 250 pruebas  | 0.07                  | 11.50        | 10,253.88        |
| <b>Treponémicas en los niños</b>      |         |              |                       |              |                  |
| MHATP<br>(33% rend)                   | Organon | 100 pruebas  | 3.84                  | 127.00       | 1,689.60         |
| TPHA<br>(80% rend)                    | Serodia | 100 pruebas  | 1.59                  | 127.00       | 699.60           |

Fuente: Dpto. de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2,000

La estimación de los costos puede oscilar de acuerdo a la cobertura del programa de control prenatal, al momento de la gestación en que la mujer es captada por los servicios de salud y por la oscilación de la prevalencia de positividad en el tamizaje en las embarazadas y en la de los niños al momento de nacer.

## 7. Los Costos de bolsillo.

El precio de las pruebas no treponémicas para las embarazadas es de B/. 3.00 y de las pruebas treponémicas es de B/. 7.<sup>00</sup>. En el entendido que las embarazadas captadas en el programa de control prenatal representen el 90.0% de los embarazos esperados, y que ellas se realicen las dos pruebas de tamizaje a un costo unitario de B/. 3.<sup>00</sup>, arroja una cifra de B/. 439,452.<sup>00</sup>, y en las pruebas treponémicas, (440), a un costo unitario de B/. 7.<sup>00</sup> se elevara el costo de bolsillo en B/. 3,080.<sup>00</sup> más.

**Cuadro N° 10. Consolidado de Costos de Bolsillo de Pruebas a las embarazada y el Costo Estimado de Pruebas de Detección en el Recién Nacido. República de Panamá. Año:2,000**

| Criterio                                      | No. de pruebas | Monto Total |
|---|----------------|-------------|
| <b>Embarazadas</b>                            |                |             |
| Pruebas de Tamizaje                           | 146168         | 439,452.00  |
| Pruebas Treponémicas a Embarazadas VDRL/RPR + | 440            | 3,080       |
| Sub-Total                                     |                | 442,532     |
| Recién Nacidos                                | 440            | 3,080       |

\*Las Cifras incluyen las pruebas de tamizaje y confirmatorias, así como el costo específico según criterio aplicado.  
Fuente: Dpto. de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2,000

## 8. Los Costos Hospitalarios.

La estimación de los costos unitarios del día cama en los servicios de pediatría en los hospitales del país se realizó utilizando la información procedente del Sistema de Estadísticas

Económicas y de Gestión en Salud, el cual aporó datos de los Hospitales Gerardino De León, Cecilio Castellero, Luis Fábrega, Nicolás Solano, Hospital de Niño y San Miguel Arcángel. El costo promedio se calculó en B/. 104.<sup>32</sup>

Durante el año 1998 el Hospital del Niño registro 6 egresos por Sífilis Congénita con un promedio de días de estancia de 40.2 días, (DS 20.05). El costo por egreso fue estimado en B/. 3,050.<sup>80</sup> al promedio de los días de estancia. Vale destacar que estos costos no toman en cuenta los procedimientos especiales que se les haya efectuado a estos niños, ni tampoco las consultas subsecuentes o los costos sociales que están relacionados al manejo crónico de este problema de salud.

## 9. Consideraciones

1. El registro de las sífilis presenta deficiencias que limitan la definición de los niveles de riesgo para cada estadio tal como lo deja entrever el hecho que la mitad de los diagnósticos corresponde a la Sífilis no especificada, la sífilis precoz sintomática disminuye, la precoz latente aumenta y la Congénita es estable. Ante el propósito de eliminación se hace necesario que los médicos “afinen el lápiz” y mejoren la definición del estadio sifilítico teniendo en cuenta los criterios de la X Clasificación Internacional de Enfermedades.
2. La tendencia ascendente de la sífilis precoz latente cuyo diagnóstico se basa en las pruebas de tamizaje genera varias hipótesis, una de ellas asociada a la interpretación de los resultados de las pruebas, lo que hace que ante el plan de eliminación se refuerce el conocimiento para su adecuada interpretación. Otra hipótesis de interés es el incremento de los casos mal tratados dentro y fuera de la organización de salud pública, lo que obliga a reforzar el conocimiento social sobre el manejo de la sífilis precoz sintomática.
3. Los análisis de situación son realizados teniendo en cuenta la información disponible. Ante el plan de eliminación se requiere que se generen mecanismos que garanticen la consistencia de los datos y el flujo de información a partir de las fuentes responsables para realizar el análisis periódico ínter y multidisciplinario como marco orientador del plan de eliminación.
4. La investigación de posibles casos es la fuente de información que sustenta el proceso de eliminación de cualquier problema de salud pública. Ante la propuesta de eliminación de la sífilis congénita se requiere realizar una adecuada definición de la entidad objeto de investigación, teniendo en cuenta conceptos como entidad trazadora y considerar el riesgo para el inicio de la investigación epidemiológica.
5. La Historia Clínica Perinatal es el instrumento oficial que registra los riesgos de la mujer y del producto durante el embarazo y parto, instituido por el Ministerio de Salud y de uso obligatorio como fuente de información. Ante el plan de eliminación la calidad de su llenado debe ser reforzada por mecanismos de monitoreo periódico a todos los niveles de la organización y su análisis multidisciplinario.
6. El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social han desarrollado acciones de control prenatal en el marco del Programa Maternal, que han facilitado el manejo de los casos de Sífilis detectados en la mujer embarazada, situación que ha disminuido el riesgo para el recién nacido. Ante el plan de eliminación hay que minimizar la existencia de embarazadas

sin control prenatal, el inicio tardío del control, el retiro o interrupción del control por la embarazada, la no realización de pruebas de tamizaje por ellas debido a la falta de cooperación de la familia, a los limitados recursos económicos y a la falta de reactivos de laboratorio, las demoras en los resultados y la no constancia en el expediente clínico, y el incumplimiento de las normas de diagnóstico y tratamiento de la sífilis en embarazadas y sus contactos

7. El Programa Maternal es uno de los factores que incide favorablemente en la disminución de la prevalencia de Sífilis Congénita. Los costos de atención hospitalaria serían mayores si no se realizará un programa preventivo de esta naturaleza. Ante el plan de eliminación se requiere elevar el nivel de cobertura de la vigilancia durante el embarazo que actualmente es de aproximadamente el 30% de las embarazadas esperadas. Se requiere un análisis de la viabilidad de la cobertura optima de las pruebas que tome en cuenta el acceso de las embarazadas a las pruebas, así como la complejidad de las instalaciones sanitarias, y la capacidad resolutive de sus laboratorios y de su equipo de salud para efectuar las pruebas confiablemente.
8. El establecimiento de costos requiere normar o protocolizar el tipo de reactivo de laboratorio a utilizar en el proceso de tamizaje, confirmación y seguimiento de los casos de sífilis en embarazadas, además de incorporar adecuadamente el subsistema de información de los laboratorios para la vigilancia.

## 10. Bibliografía:

1. **MMWR.** Guidelines for the Prevention and Control of Congenital Syphilis. Supplement, Vol. 37, N°. S-1, January 15, 1988.
2. **Amaris, A., Rodríguez, D., Arenas, N.** Conducta de Algunas Enfermedades Transmisibles de Alta Frecuencia en la República de Panamá . 1988 – 1997, y su proyección 2000 – 2005. julio 1998.

## **ANEXOS**