

Informe técnico

Infecciones de transmisión sexual en Panamá

Evidencia clínica y epidemiológica en población general y poblaciones clave atendidas en servicios comunitarios de AHF Panamá. 2025-2026

Autores:

- Departamento de Microbiología Humana de la Facultad de Medicina | Universidad de Panamá
- AHF Panamá

INFORME TÉCNICO

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PANAMÁ

Evidencia clínica y epidemiológica en población general y poblaciones clave
atendidas en servicios comunitarios de AHF Panamá. 2025-2026

Resultados corregidos: definición clínica de ITS

Autores: Departamento de Microbiología Humana de la Facultad de Medicina-Universidad de Panamá y AHF Panamá

Documento de difusión selectiva • Septiembre de 2026

1. INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un importante problema de salud pública por su frecuencia y por sus complicaciones, incluyendo enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, complicaciones obstétricas y algunos cánceres. Además, pueden incrementar la susceptibilidad a la adquisición y transmisión del VIH.

Muchas ITS son asintomáticas, lo que limita la detección basada exclusivamente en manifestaciones clínicas y favorece infecciones no diagnosticadas. Aunque el manejo sindrómico continúa siendo una estrategia práctica en contextos con recursos limitados, su capacidad para detectar infecciones silenciosas es reducida. La incorporación de pruebas moleculares permite complementar este abordaje y mejorar la identificación etiológica.

En Panamá persisten brechas de información sobre la carga conjunta de VIH e ITS en poblaciones con mayor vulnerabilidad. Este estudio estimó la prevalencia de VIH e ITS y evaluó factores epidemiológicos y conductuales asociados mediante pruebas serológicas y diagnóstico molecular en individuos reclutados en el Espacio Integral de Salud Sexual de AHF Panamá.

Objetivo general

Estimar la frecuencia de VIH, sífilis activa y seis agentes de ITS con significado clínico establecido, y explorar factores conductuales y estructurales asociados con los principales desenlaces.

Objetivos específicos

- Estimar VIH y sífilis activa mediante pruebas de tamizaje/serología.
- Determinar la positividad molecular para *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *HSV-1/HSV-2*, *M. genitalium* y *T. vaginalis*.
- Comparar la carga de infección entre los grupos poblacionales analizados.
- Explorar asociaciones entre VIH/ITS y factores conductuales y estructurales.
- Generar evidencia útil para prevención combinada, diagnóstico y organización de servicios.

Pregunta central

¿Cuál es la carga de infección sexualmente transmisible clínicamente en la población estudiada?

1. METODOLOGÍA

Elemento	Descripción
Diseño	Estudio observacional, transversal.
Población	308 participantes captados en servicios comunitarios de tamizaje de ITS/VIH de AHF Panamá.
Caracterización	Sexo asignado al nacer, identidad de género, orientación sexual y categoría conductual de exposición.
VIH	Prueba rápida de tamizaje.

Sífilis activa	VDRL cuantitativo; definición operacional: título $\geq 1:16$.
Panel molecular	Panel Standard M10 por qPCR; para el desenlace de ITS se consideraron seis agentes: <i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> , HSV-1/HSV-2, <i>M. genitalium</i> y <i>T. vaginalis</i> .
Pruebas confirmatorias	Cultivo, microscopia y panel molecular de PCR comparativo.
Microorganismos excluidos	Se detectó <i>M. hominis</i> y <i>U. urealyticum</i> , pero no se incorporaron al desenlace de ITS por su frecuente condición de colonizadores.
Estadística	Prevalencias con IC95% Wilson; χ^2 /Fisher; OR e IC95%; V de Cramér; corrección Benjamini–Hochberg para FDR.

Definición del desenlace

Prevalencia de VIH e ITS:

Se consideró positiva la prevalencia combinada de VIH e ITS cuando el participante presentó VIH y/o al menos una ITS identificada mediante el panel molecular M10 y/o mediante la evaluación serológica de sífilis, de acuerdo con las definiciones diagnósticas establecidas en el estudio.

3. RESULTADOS PRINCIPALES

La cohorte incluyó 308 participantes: 208 (67.5%) con sexo masculino asignado al nacer y 100 (32.5%) femenino. El 92.2% tenía entre 20 y 59 años. La distribución analítica fue: heterosexual 120, homosexual 85, bisexual 73, mujer trans 18 y trabajador/a sexual 12; 10 de las 18 mujeres trans reportaron además trabajo sexual.

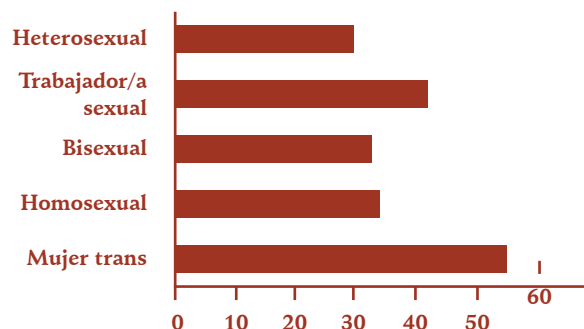
Hallazgo de interpretación esencial

M. hominis y *U. urealyticum* fueron detectados en la cohorte, pero no se incorporaron al desenlace de ITS debido a que su detección aislada, particularmente en personas asintomáticas, no constituye evidencia suficiente de una ITS clínicamente establecida.

Indicador	n/N	Prevalencia	IC95%
VIH	26/308	8.4%	5.8–12.1
Sífilis activa	18/308	5.8%	3.7–9.0
<i>C. trachomatis</i>	36/308	11.7%	8.6–15.8
<i>N. gonorrhoeae</i>	26/308	8.4%	5.8–12.1
HSV-1	0/308	0.0%	0–1.2
HSV-2	9/308	2.9%	1.5–5.5
<i>M. genitalium</i>	7/308	2.3%	1.1–4.6
<i>T. vaginalis</i>	5/308	1.6%	0.7–3.7
≥ 1 patógeno M10 clínicamente interpretable	66/308	21.4%	17.2–26.3
Prevalencia de VIH e ITS corregida	100/308	32.5%	27.5–37.9

4. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO POBLACIONAL

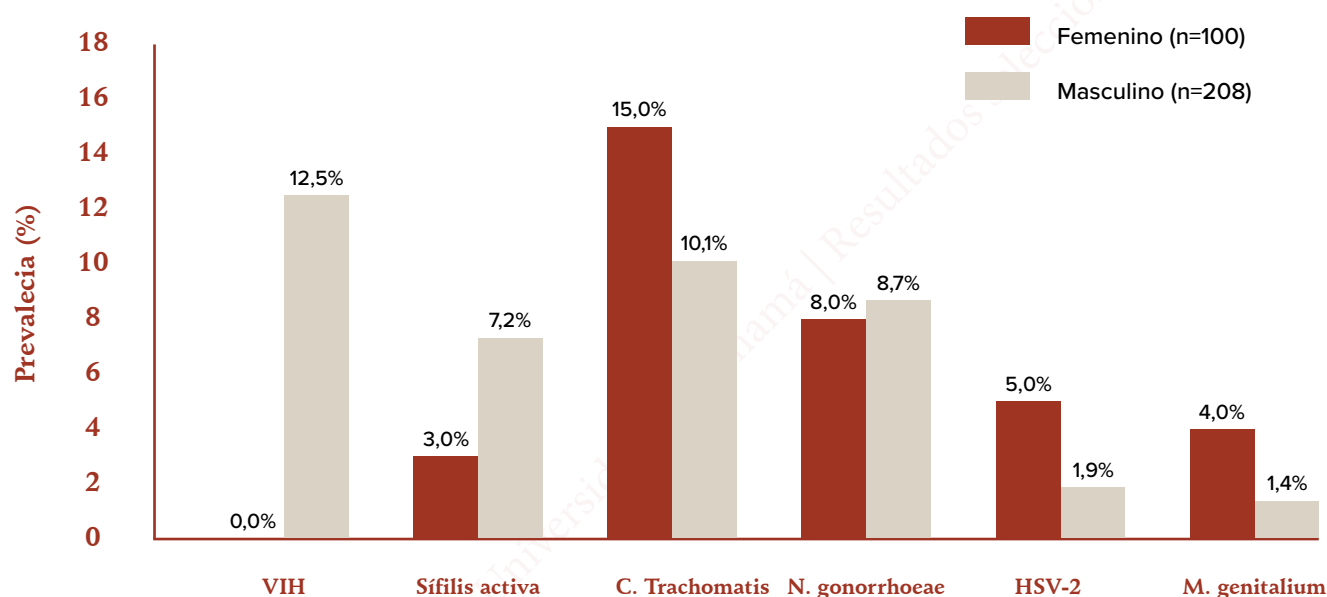
Prevalencia de VIH e ITS por grupo poblacional



Indicador	n	ITS global	VIH	Sífilis activa
Bisexual	73	31.5%	4.1%	1.4%
Heterosexual	120	28.3%	0.8%	3.3%
Homosexual	85	32.9%	12.9%	8.2%
Mujer trans	18	55.6%	55.6%	22.2%
Trabajador/a sexual	12	41.7%	8.3%	16.7%

La diferencia de ITS global entre los cinco grupos no alcanzó significación estadística ($\chi^2=5.814$; $p=0.2135$; V de Cramér=0.137). Las mujeres trans concentraron la mayor prevalencia puntual de VIH.

Prevalencia de Infecciones seleccionadas por sexo asignado al nacer



De los 308 participantes, 100 (32.5%) fueron de sexo femenino asignado al nacer y 208 (67.5%) de sexo masculino asignado al nacer. La comparación descriptiva muestra diferencias en varios desenlaces, especialmente VIH y *C. trachomatis*. Estas cifras corresponden a la cohorte estudiada y no deben interpretarse como prevalencias poblacionales nacionales.

5. FACTORES ASOCIADOS CON VIH

Factor	OR	IC95%	p-FDR
Mujer trans + trabajo sexual	20.85	5.44–79.95	<0.001
Pareja(s) con VIH conocido/sospechado	6.18	2.63–14.52	<0.001
Diagnóstico previo de ITS	5.71	2.22–14.66	0.0004
Desconocimiento de PrEP	0.13	0.03–0.56	0.0022
Discriminación en servicios de salud	4.41	1.86–10.48	0.001
Sexo a cambio de dinero/bienes/servicios	3.97	1.75–9.02	0.0013

Se identificaron seis factores asociados con el diagnóstico de VIH en la cohorte estudiada. La combinación de identidad de mujer trans y ejercicio de trabajo sexual mostró la mayor asociación (OR=20.85; IC95%: 5.44–79.95) con VIH observada en la cohorte, seguida por tener una pareja con VIH conocido o sospechado (OR=6.18; IC95%: 2.63–14.52) y el antecedente de ITS (OR=5.71; IC95%: 2.22–14.66). También se observaron asociaciones con experiencias de discriminación en los servicios de salud y con el intercambio de sexo por dinero, bienes o servicios.

5. LIMITACIONES

- Diseño transversal: nos permite estimar prevalencias y asociaciones, pero no establecer causalidad.
- La muestra fue captada solo en servicios de AHF Panamá; no constituye una muestra nacional.
- Mujeres trans (n=18) y trabajadores/as sexuales (n=12) son subgrupos pequeños, con intervalos de confianza amplios.
- Las variables conductuales fueron autorreportadas y pueden presentar sesgo de recuerdo o deseabilidad social.

6. ¿PASOS A SEGUIR?

- Priorizar prevención combinada y servicios diferenciados para mujeres trans y personas que ejercen trabajo sexual.
- Fortalecer PrEP, diagnóstico de ITS, tratamiento y vinculación a atención.
- Reducir discriminación y barreras de acceso en los servicios de salud.
- Ampliar la investigación a muestras probabilísticas y otros territorios para estimaciones representativas por región.

Implicaciones para la respuesta en salud pública:

Prioridad

Qué hacer

1. Diagnóstico dirigido	Integrar diagnóstico etiológico/molecular en poblaciones y situaciones con mayor probabilidad de infección, priorizando el uso racional de recursos.
2. Prevención combinada	Fortalecer la integración de VIH, ITS, PrEP, preservativos, vacunación y consejería.
3. Servicios diferenciados	Desarrollar rutas accesibles, confidenciales y culturalmente competentes para los grupos con mayor riesgo.
4. Eliminación de barreras estructurales	Reducir estigma y discriminación mediante capacitación del personal y monitoreo de experiencias de los usuarios.
5. Vigilancia epidemiológica	Integrar información clínica, diagnóstica, conductual y social para mejorar la caracterización de las poblaciones con mayor carga.
6. Investigación	Ampliar estudios a otras regiones de salud y utilizar muestras de mayor tamaño que permitan estimaciones más precisas y evaluación longitudinal de los factores asociados.

La oportunidad

Pasar de una respuesta basada en el número de pruebas a una respuesta basada en el recorrido completo de la persona: acceso → diagnóstico → tratamiento → prevención → seguimiento.

Evidencia para comprender. Diálogo para avanzar. Acciones para transformar.

Nota de publicación

Este informe presenta resultados seleccionados. Los análisis completos, coinfecciones y resultados secundarios se reservarán para el manuscrito científico y su proceso de publicación.