

**EL SALVADOR  
JUNIO 2006**

614.596 3

649g El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).  
Guía de atención de infecciones de transmisión sexual / Ministerio  
de Salud Pública y Asistencia Social, Fondo de Población de Naciones  
Unidas (UNFPA). -- 1a. ed. -- San Salvador, El Salv. : Fondo de  
Población de Naciones Unidas (UNFPA), 2006.  
147 p. : 20 cm.

ISBN 99923-827-7-0

1. Enfermedades transmisibles-Guías. 2. Enfermedades venéreas. 3.  
Salud pública. I. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Copyright 2005 Derechos Reservados: MSPAS, UNFPA

#### **Responsables de la Elaboración:**

MSPAS, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA

#### **Consultor Responsable de actualización de Guías de Atención:**

Dr. Alejandro Vladimir Díaz

#### **Equipo de Revisión Técnica:**

Dr. Rodrigo Simán  
Dr. Guillermo Galvan  
Dra. Evelyn Cardoza  
Dr. Rolando Cedillos  
Dr. Salvador Marengo Ardon  
Dr. Mario Ortiz Aviles  
Dr. Ortiz Avendaño  
Dr. Ernesto Benjamín Pleítez  
Dr. Mario A. Morales Velado  
Dra. Julia Valderrama

#### **INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE ELABORACIÓN**

Instituto Salvadoreño del Seguro Social  
Sanidad Militar  
Asociación de Ginecología y Obstetricia de El Salvador  
Universidad de El Salvador  
Universidad Evangélica  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Programa de ITS/VIH/SIDA  
Gerencia de La Mujer y El niño  
Gerencia de Atención integral de la Salud de Adolescentes  
Hospital BLOOM  
Hospital Nacional Rosales  
Hospital de Maternidad  
Hospital Zacamil  
Hospital de San Vicente

#### **ASISTENCIA TÉCNICA**

Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).  
Organización Panamericana de la Salud (OPS)

#### **DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN**

Miguel Angel Rodríguez A.

## AUTORIDADES NACIONALES

**Dr. José Guillermo Maza Brizuela**

*Ministro de Salud*

**Dr. Ernesto Navarro Martín**

*Vice Ministro de Salud*

**Dr. Humberto Alcides Urbina**

*Director General de Aseguramiento de la Calidad*

**Dra. Ena Chávez**

*Directora de Planificación*

**Dr. Mario Serpas**

*Director de Epidemiología*

**Licda. Judith de López**

*Directora Administrativa*

**Dr. José Roberto Rivas Amaya**

*Director de Regulación*

**Dr. Rodrigo Simán Siri**

*Jefe del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA*

## PRESENTACIÓN

La prevención, atención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), y entre ellas el VIH/SIDA, son fundamentales para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población en todo el mundo. El serio impacto que tienen las ITS en adolescentes, jóvenes, mujeres, hombres, niños y niñas, y la conexión que existe entre ellas y el VIH, es una preocupación profunda en salud pública.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, conciente de la relevancia del problema en El Salvador, en su búsqueda por obtener mejores resultados en la prevención, detección y tratamiento oportuno y adecuado de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y su lucha contra el VIH/SIDA, a través del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA mantiene la revisión constante de las Normas y Guías para el manejo adecuado de las personas que están expuestas y/o adolecen de ellas.

Las Guías y Procedimientos de Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual, actualizadas han sido producto del esfuerzo conjunto de la participación de profesionales técnicos especializados de las diferentes instituciones del sector salud, quienes se fundamentaron en los conocimientos teórico-prácticos más actualizados de la literatura científica universal, en las Guías para el tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en las experiencias nacionales e internacionales exitosas.

Las guías actualizadas, constituyen la herramienta que de manera conjunta y ordenada, orienta la prestación de los servicios de atención de las ITS a nivel nacional, para asegurar, una oferta de servicios con calidad y calidez a la población que lo demande.

Con la oficialización de estas guías, estamos seguros que damos un paso más para alcanzar el grado óptimo en la calidad de la atención que brindamos a nuestros usuarios y usuarias de los Servicios de Salud, y la población en general, en la lucha contra las Infecciones de Transmisión Sexual, incluido el VIH/SIDA.

Hacemos un reconocimiento al Fondo de Población de las Naciones Unidas, al Comité técnico, instituciones, personal de salud y ONG que contribuyeron en la revisión de este documento.



Dr. José Guillermo Maza Brizuela  
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	9
<b>3. MARCO CONCEPTUAL</b> .....	10
3.1. ENFOQUE DE DERECHOS.....	10
3.2. ENFOQUE DE GENERO.....	10
3.3. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	11
3.4. ENFOQUE DE SALUD CENTRADO EN LAS PERSONAS.....	13
<b>4. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b> .....	14
4.1. Clasificación de las ITS.....	16
4.2. Tasa de transmisión de una ITS.....	22
4.3. Prevención de ITS.....	23
4.4. Detección y Servicios de Atención de ITS.....	25
4.4.1. Detección de las ITS en los servicios de salud.....	25
4.4.2. Servicios de atención para ITS.....	27
4.5. Indicaciones y oportunidades para detectar ITS.....	31
4.5.1. Para detectar “sífilis”.....	31
4.5.2. Para detectar “sífilis en el prenatal”.....	33
4.5.3. Para detectar “infecciones vaginales”.....	33
4.5.4. Para detectar “infecciones cervicales”.....	34
4.5.5. Para detectar enfermedad pélvica inflamatoria.....	35
4.6. Consejería en la atención de las ITS.....	36
<b>5. REGISTRO DE LAS ITS EN EL SERVICIO DE SALUD</b> .....	40
<b>6. NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS Y CONTACTOS</b> .....	41
<b>7. ABORDAJE SINDRÓMICO DEL PACIENTE CON ITS</b> .....	44
<b>8. TRATAMIENTO DE LOS SÍNDROMES ASOCIADOS A LAS ITS</b> .....	45
8.1. Secreción uretral.....	45
8.2. Úlceras genitales.....	48
8.3. Dolor abdominal bajo o Pélvico.....	54
8.4. Secreción vaginal.....	57

8.4.1. Infección cervical.....	57
8.4.2. Infección vaginal.....	59
8.5. Infección Escrotal .....	62
<b>9. TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES ESPECÍFICAS .....</b>	<b>65</b>
9.1. Enfermedades que cursan con úlcera.....	65
9.1.1. Sífilis.....	66
9.1.2. Chancroide .....	75
9.1.3. Herpes genital .....	77
9.1.4. Linfogranuloma venéreo .....	81
9.1.5. Granuloma inguinal .....	84
9.2. Enfermedades que cursan con secreción .....	85
9.2.1. Infección por Gonococo .....	85
9.2.2. Infección por Clamidia trachomatis .....	91
9.2.3. Enfermedad Pélvica Inflamatoria. Manejo del dolor pélvico .....	93
9.2.4. Tricomoniasis .....	99
9.2.5. Moniliasis.....	101
9.2.6. Vaginosis Bacteriana (V.B.).....	103
9.3. Enfermedades con presencia de verrugas.....	107
9.3.1. Infección por el virus del papiloma humano (I.V.P.H.) .....	107
9.3.2. Molusco contagioso .....	109
9.4. Enfermedades con presencia de ectoparásitos .....	112
9.4.1. Pediculosis púbica .....	112
9.4.2. Escabiosis .....	113
9.5. Hepatitis B.....	116
9.6. Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA). .....	121
<b>ANEXOS .....</b>	<b>128</b>
<b>GLOSARIO .....</b>	<b>143</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>146</b>

## INTRODUCCIÓN

La incidencia mundial de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se mantiene en ascenso y ha empeorado considerablemente con el incremento en la incidencia del VIH. La mayor incidencia se presenta en los países menos adelantados y en vías de desarrollo, y dentro de ellos en la población con menos nivel socio-económico y educativo. Además son más frecuentes en mujeres, debido a su mayor vulnerabilidad por las desventajas económicas y sociales en que se encuentran, al comportamiento sexual de sus parejas, a que la sintomatología no suele ser aparente y el diagnóstico se hace más difícil que en el hombre y a que las consecuencias para la salud son más graves.

Las ITS, son producidas por diferentes microorganismos tales como: bacterias, hongos, virus y parásitos. Existen muchas ITS, pero las más importantes por su frecuencia, daños y complicaciones son: El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), la sífilis, la gonorrea, el condiloma acuminado, el herpes genital, el chancro blando y el linfogranuloma venéreo. Las infecciones de transmisión sexual no tratadas incrementan sustancialmente el riesgo de transmisión del VIH por medio de relaciones sexuales no protegidas.

Dentro de las primeras cinco infecciones de transmisión sexual más frecuentes en El Salvador se encuentran las infecciones por Candidiasis de vulva y vagina con un (62.8%), seguido de las infecciones por Tricomoniasis con un (23.7%), Gonorrea con un (4.1%), Condiloma acuminado con un (4.0%) y Herpes genital con un (2.8%).

El Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en su compromiso por mejorar la calidad de vida de la población y conciente del impacto que las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, generan en la salud individual, de pareja, de la comunidad y sociedad en general, realizó a través de su equipo técnico, con el apoyo de consultores locales, personal de salud, universidades, ONGS,

Instituciones Gubernamentales, Sociedades Médicas y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) la actualización de las Guías de atención de las ITS.

Este documento contiene los resultados de dicha actualización y permite abordar la prevención, detección y tratamiento oportuno y adecuado de las ITS, partiendo de un tratamiento sintomático y en el marco de un enfoque de derechos humanos y de género. Asimismo, da a las y los prestadores de los servicios de salud planteamientos básicos para mejorar el acceso a los establecimientos y disminuir así la cadena de transmisión de las ITS, sus complicaciones y su impacto en la Salud Pública.

Estas guías de atención de ITS son el documento guía de consenso en la prestación de los servicios de salud de las diferentes instituciones de salud, para la atención integral oportuna con calidez y calidad, que permitirá garantizar un tratamiento eficaz, evitar las complicaciones y disminuir las secuelas de ellas.



## 2. OBJETIVOS

### General

- ▶ Contribuir a que las y los prestadores de los servicios de salud fundamentados en el enfoque de derechos humanos, de género y en el contexto de la salud sexual y reproductiva (SSR), utilicen criterios técnicos unificados y basados en evidencias científicas disponibles, para la prevención, curación y rehabilitación integral, oportuna y efectiva (de calidad) de las personas detectadas con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y sus contactos, en los diferentes grupos etarios del ciclo de vida de las mismas.

### Específicos

- ▶ Mejorar la calidad en la prevención, curación y rehabilitación de la salud de las personas que adolecen de una ITS y sus contactos mediante la sistematización de los procesos de atención (detección, diagnóstico, abordaje sindrómico y/o tratamiento específico).
- ▶ Estandarizar la entrega de servicios de prevención, curación y rehabilitación para la atención de las personas con ITS y sus contactos dentro del contexto de la SSR.
- ▶ Facilitar el monitoreo y evaluación de las atenciones preventivas, curativas y de rehabilitación relacionadas con la atención de las ITS en el marco de la SSR.
- ▶ Aplicar el enfoque de derechos humanos y de género en la atención de las ITS.

### 3. MARCO CONCEPTUAL

El marco que fundamenta la presente Guía de Atención a las ITS, es un conjunto de enfoques conceptuales de gran valor técnico, político y ético contenidos en acuerdos internacionales relacionados a: Derechos, Salud Sexual y Reproductiva, Equidad de Género y de manejo de las ITS.

#### 3.1 Enfoque de Derechos

El enfoque de derechos, plantea que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos a: la vida, seguridad, educación alimentación, vestido, vivienda, agua y saneamiento adecuados, en armonía con la naturaleza; considerando al ser humano como el elemento central del desarrollo.

La Declaración Universal de Derechos Humanos establece que: *“1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios... 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”*. (Resolución de la Asamblea General de 1948).

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”. (Nueva York 1946). La OMS establece que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades.

#### 3.2 Enfoque de Género

Es el planteamiento que permite analizar los símbolos, prácticas, significados, representaciones, instituciones y normas que las sociedades, las comunidades y las personas elaboran a partir de las diferencias biológicas. Para el análisis de género se estudian

además los roles sociales que hombres y mujeres desempeñan, los que se refieren a las funciones productivas, reproductivas y de gestión de la comunidad.

La aplicación de la presente Guía de Atención a las ITS, requiere que el personal de salud proporcione los servicios, tomando en cuenta el enfoque de género (equidad e igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres), y considere el abordaje de la realidad, a partir de las condiciones bio-sico-sociales de los/las usuarios/as.

En ese sentido, el proveedor de servicios de atención a las ITS, deberá considerar, las relaciones de desventaja de la mujer respecto al hombre, en lo relacionado con la toma de decisiones, la mayor vulnerabilidad del aparato reproductor de la mujer para infectarse de ITS, las desventajas económicas y otras que determinan una mayor probabilidad de adquirir dichas infecciones por parte de la mujer.

De igual manera los prestadores de servicios de salud, en consideración de la aplicación del enfoque de género, deberán desarrollar todo tipo de acciones encaminadas a facilitar el acceso oportuno a la atención de las personas, enfatizando en la participación equitativa y responsable de las mujeres y hombres involucrados en las ITS.

### **3.3 Salud Sexual y Reproductiva (SSR)**

La conceptualización de la SSR, desde un enfoque integral plantea, diferentes componentes relacionados con la salud del sistema reproductivo de las personas, el cual es inicialmente afectado en el caso de las infecciones de transmisión sexual (ITS). De ahí la importancia de considerar con la población la información, educación y comunicación que determine el cambio de comportamientos de riesgo para evitarlas.

*“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la*

*salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia...”* (CIPD, CCMM).<sup>1</sup>

**La sexualidad humana** se define como una forma de expresión integral de los seres humanos, vinculada a los procesos biológicos, psicológicos y sociales. Es la vivencia subjetiva dentro de un contexto sociocultural concreto, del cuerpo sexuado. Es parte integral de la vida humana y eje del desarrollo. Es uno de los procesos vitales que con más fuerza repercute y, a la vez, está influido por el contexto histórico-social en que se desarrolla.

La sexualidad constituye un aspecto inherente a las personas durante todo el transcurso de su vida, desde el momento de la concepción hasta la muerte. Como fuente de placer y de bienestar resulta un elemento enriquecedor en lo personal, con honda repercusión en lo familiar y en lo social. Por todo ello, el derecho al disfrute de la sexualidad, en la multiplicidad de su potencialidad, es un derecho humano inalienable, como el derecho a la vida, a la libertad, a la equidad y a la justicia social, a la salud, a la educación y al trabajo, entre otros.

## **Salud sexual**

*“La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o de enfermedad o de ambas. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen”.* (OMS/OPS y Asociación Mundial de Sexología 2000).

De estos conceptos surge el doble enlace existente entre salud y sexualidad. No se concibe el logro de la salud integral de las

<sup>1</sup> CIPD: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994. CCMM: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995.

personas sin el desarrollo pleno y armónico de su sexualidad. Tampoco es posible su ejercicio pleno y satisfactorio, si existen situaciones que afectan la salud de las personas en los planos somático, psicológico o social.

### **3.4 Enfoque de Salud Centrado en las Personas.**

Un enfoque de salud centrado en las personas da prioridad de atención a ellas y no a lo que los proveedores y servicios determinen ofrecer. Esto requiere considerar necesidades en las personas de acuerdo a su ciclo vital y tener en cuenta sus capacidades de tomar decisiones libres, informadas y responsables como fruto de la satisfacción de sus necesidades y el ejercicio de sus derechos. En este sentido se facilita un mejor abordaje de las ITS tanto en los grupos más vulnerables como en la población en general.

En estos términos un enfoque de salud centrado en las personas implica:

- a. El reconocimiento de la pluralidad de factores que influyen en la salud de las personas, además del acceso a servicios de calidad. En este sentido, aparece la educación para la salud, la cultura, el ambiente y la calidad de vida como factores indispensables de una estrategia que pretenda asegurar logros en materia de salud sexual y reproductiva, incluidas la atención a las ITS/VIH.
- b. El protagonismo o empoderamiento del sujeto en relación a su salud sexual y reproductiva. Es decir, la capacidad del sujeto para tomar una decisión libre, informada y responsable respecto a la propia sexualidad y a las consecuencias del ejercicio de esta.
- c. La equidad de género como esencial a los logros en materia de salud sexual y reproductiva y condición necesaria de un empoderamiento.
- d. La sexualidad como una dimensión del desarrollo integral del sujeto y esencial en la construcción de su identidad.

- e. La adolescencia como un estado de plenitud y de ejercicio de derechos, no sólo una etapa de transición en la vida del individuo.
- f. El pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como el objetivo principal de las estrategias de acción en materia de salud sexual y reproductiva.

#### **4. Infecciones de Transmisión Sexual.**

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un grupo heterogéneo de patologías transmisibles cuyo principal elemento en común es la relación sexo coital como mecanismo de transmisión. Algunas se pueden transmitir también por vía no sexual (madre a hijo, durante la gestación, el parto, o la lactancia, y/o a través del contacto sanguíneo), pero representan una minoría del número total de casos. Su transmisión sexual ocurre cuando se presenta un comportamiento sexual de riesgo, el cual puede definirse como el antecedente de por lo menos UN contacto sexual penetrativo o no penetrativo, con un hombre o una mujer de quien se ignora si tiene o no una ITS, o se conoce que la tiene.

Las manifestaciones clínicas comprometen, en la mayoría de los casos, el área genital (mucosa y piel) y las mucosas y en muchos casos tienen manifestaciones sistémicas.

El impacto en salud pública está dado por las complicaciones y secuelas que pueden presentar, principalmente en mujeres y recién nacidos, aunque las tasas de infección son similares en hombres y mujeres, las mujeres y los lactantes soportan el mayor peso de las complicaciones y secuelas graves como infertilidad, embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria, sífilis congénita, conjuntivitis gonocócica neonatal.

## **Infecciones de transmisión sexual y VIH**

Las infecciones de transmisión sexual no tratadas y tratadas inadecuadamente incrementan sustancialmente el riesgo de transmisión del VIH por medio de relaciones sexuales no protegidas. Parece que el riesgo de transmisión del VIH se incrementa en presencia de una ITS ulcerativa como la sífilis o el herpes. Se estima que la úlcera genital incrementa el riesgo de transmisión del VIH en 50-300 veces por episodio de sexo desprotegido<sup>2</sup>.

Evidencias recientes muestran que el herpes genital podría ser responsable de una gran proporción de nuevas infecciones de VIH<sup>3</sup>.

La importancia de las ITS en personas infectadas por VIH se ha puesto de manifiesto en un estudio realizado en Estados Unidos en 52 pacientes infectados con VIH y con sífilis primaria o secundaria, de los cuales el 58% recibía tratamiento antirretroviral. Este estudio mostró que la sífilis está asociada con aumento de la carga viral del VIH y descensos de CD4. El tratamiento de la sífilis mejoró los niveles de CD4 y disminuyó la carga viral<sup>4</sup>.

Asimismo los servicios de atención de las ITS constituyen uno de los puntos de entrada para la prevención del VIH y el acceso a tratamiento.

La mayoría de las ITS pueden prevenirse. Además, muchas infecciones bacterianas (por ej., sífilis, blenorragia e infección por clamidias) y parasitarias (por ej., infección por *Trichomonas*) de transmisión sexual pueden tratarse de manera fácil y barata con antibióticos.

Por su parte, la presencia del VIH aumenta la vulnerabilidad a las ITS y prolonga la duración de los procesos infecciosos. Por lo tanto, la prevención y el manejo de las ITS han adquirido una importancia crítica en lo que a minimizar el impacto de la pandemia del VIH/SIDA se refiere.

<sup>2</sup> Hayes RJ, et al. The cofactor effect of genital ulcers on the per-exposure risk of HIV transmission in sub-Saharan Africa. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1995, 98:1-8.

<sup>3</sup> Consultation on STD interventions for preventing HIV: what is the evidence?. Geneva, Joint United Nations programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 2000.

<sup>4</sup> Buchacz K et al. Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections. *AIDS*, 2004; 18:2075-2079.

Las ITS por ser un problema de salud pública, deben enfrentarse a través de la aplicación de programas y acciones basadas en los aspectos preventivos, curativos, y organizacionales que permitan una intervención coordinada y coherente, cuyo principal objetivo sea la disminución de la incidencia de las ITS y prevención de las complicaciones.

La prevención, con énfasis en la educación sexual, así como el diagnóstico y tratamiento oportuno de las infecciones de transmisión sexual son componentes esenciales en una estrategia eficaz de prevención del VIH.

#### **4.1 Clasificación de las ITS**

Las ITS se pueden considerar tomando en cuenta diferentes formas de clasificación:

- a) Por patología específica (Tabla I).
- b) De acuerdo al agente etiológico (Tabla II).
- c) Por Síndromes básicos: (Tabla III).
- d) Según Importancia de la vía sexual como mecanismo de transmisión (Tabla IV).



## TABLA No 1

### ITS POR PATOLOGÍA ESPECÍFICA<sup>5</sup>

1. Sífilis
2. Gonorrea
3. Uretritis no gonocócica
4. Herpes genital
5. Condiloma acuminado (Virus del Papiloma Humano)
6. Tricomoniasis
7. Vaginosis bacteriana
8. Candidiasis genital
9. Molusco contagioso
10. Hepatitis B
11. Hepatitis C
12. SIDA (VIH)
13. Lifogranuloma venéreo
14. Pediculosis pubis
15. Escabiosis

<sup>5</sup> Ministerio de Salud, Comisión Nacional del SIDA, Normas de Manejo y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual, Norma Técnica, Santiago de Chile, 2000.

**TABLA No 2**  
**CLASIFICACIÓN POR AGENTES ETIOLÓGICOS**

<b>BACTERIAS</b>	<b>VIRUS</b>	<b>PROTOZOOS</b>	<b>HONGOS</b>	<b>ECTOPARASITOS</b>
Neisseria gonorrhoeae	Virus del herpes simple tipo 1 y 2	Trichomonas vaginalis	Candida albicans	Pthirus pubis
Chlamidia trachomatis	Virus del herpes humano tipo 5 (citomegalovirus)	Entamoeba histolytica		Sarcoptes scabiei
Treponema pallidum	Virus de la hepatitis B	Giardia lamblia		
Haemophilus ducreyi	Virus de la hepatitis C			
Mycoplasma hominis	Virus del papiloma humano			
Ureaplasma urealyticum	Virus del molusco contagioso			
Calymmatobacterium granulomatis	Virus de la inmunodeficiencia humana			
Shigella spp.				
Campylobacter spp.				
Streptococcus Grupo B				

**TABLA No 3**

**SÍNDROMES DE ITS COMUNES Y SUS AGENTES ETIOLÓGICOS**

<b>SÍNDROME</b>	<b>SÍNTOMAS</b>	<b>SIGNOS</b>	<b>ETIOLOGÍA DE TRANSMISIÓN SEXUAL MAS COMÚN</b>
Flujo vaginal	Secreción vaginal Picazón vaginal Disuria (dolor al orinar) Dolor durante el acto sexual	Secreción vaginal	<b>Vaginitis :</b> Tricomoniasis, Vaginosis bacteriana Candidiasis  <b>Cervicitis:</b> Gonorrea Clamidia
Secreción uretral	Secreción uretral Disuria Necesidad de orinar frecuentemente	Secreción uretral (si es necesario pídale al paciente que se exprima la uretra)	Gonorrea Clamidia Ureaplasma urealyticum Trichomonas vaginalis Virus herpes simple
Úlcera genital	Úlcera genital, ardor, dolor, supuración	Herida o llaga genital Bubón inguinal	Sífilis Chancro blando Herpes genital Linfo Granuloma Venéreo
Dolor abdominal inferior	Dolor abdominal inferior y durante las relaciones sexuales	Secreción vaginal, Dolor abdominal inferior a la palpación, Temperatura mas de 38°	Gonorrea Clamidia Anaerobios Mixto?
Inflamación de escroto (Epididimitis)	Dolor de escroto	Inflamación del escroto	Gonorrea Clamidia
Verrugas genitales	Prurito, condilomas	Verrugas genitales, pápulas	Molusco contagioso

**TABLA No 4**  
**ITS SEGÚN IMPORTANCIA DE LA VÍA SEXUAL COMO**  
**MECANISMO DE TRANSMISIÓN Y AGENTE ETIOLÓGICO**

**RELACION SEXUAL COMO MECANISMO DE**  
**TRANSMISION PREDOMINANTE**

<b>BACTERIAS</b>	<b>VIRUS</b>	<b>OTROS*</b>
Neisseria gonorrhoeae	Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH 1 y VIH2)	Trichomonas vaginalis
Chlamydia trachomatis	Virus linfotrópico T humano tipo 1 (VLTH I)	Phthirus pubis
Treponema pallidum	Herpesvirus simple tipo 2 (HVS 2)	
Calymmatobacterium granulomatis	Virus del papiloma humano (VPH) Virus de la Hepatitis B	
Ureaplasma urealyticum	Citomagalovirus Virus del molusco contagioso	

TRANSMISIÓN SEXUAL DESCRITA FRECUENTEMENTE,  
NO BIEN DEFINIDA O NO PREDOMINANTE

BACTERIAS	VIRUS	OTROS*
Mycoplasma hominis	Virus linfotrópico T humano tipo II (VLTH II)	Candida albicans
Gadnerella vaginalis y otras bacterias vaginales	Virus de la Hepatitis C	Sarcoptes scabiei
Grupo de Streptococcus B	Herpes virus simple tipo 8 (HVS 8) (sarcoma de Kaposi asociado) Virus Epstein-Barr (VEB)	
Shigella spp.	Virus de la Hepatitis	Giardía lamblia
Campylobacter spp.	Entamoeba histolytica	

\* Incluye protozoos, ectoparásitos y hongos.

## 4.2 Tasa de transmisión de una ITS <sup>6</sup>

La tasa de transmisión de una ITS esta determinada por tres factores:

1. Tasa promedio de exposición de las personas susceptibles a las personas infectadas.
2. Probabilidad promedio de que una persona susceptible adquiera la infección al tener contacto con una persona infectada (eficiencia media de transmisión).
3. El tiempo promedio que un enfermo permanece infectante.

Estos factores pueden expresarse mediante un modelo matemático con una formula desarrollada por Anderson y May.

$$R_o = c \times b \times D$$

- R o = Tasa reproductiva de la infección.
- C = Tasa efectiva media de cambio de pareja sexual.
- B = Eficiencia media de transmisión por cada exposición sexual.
- D = Duración media del período de transmisibilidad después de adquirida una nueva infección.

Considerando estos factores, el control de las ITS se puede realizar con intervenciones en los diferentes niveles mediante las siguientes acciones:

- a) Educación y consejería destinada a presentar la alternativa de disminuir el número de parejas sexuales como una forma de disminuir el riesgo. Disminuir factor **c** (tasa efectiva media de recambio de pareja sexual)
- b) Uso de preservativo como una alternativa para disminuir **b** (eficiencia de transmisión de la infección)

<sup>6</sup> Ministerio de Salud, Comisión Nacional del SIDA, Normas de Manejo y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual, Norma Técnica No. 46, Santiago de Chile, 2000.

- c) Tratamiento oportuno de cada episodio de ITS permite disminuir factor **D** (duración media del período de transmisibilidad)

### 4.3 Prevención de ITS

La forma más segura para prevenir las ITS es evitar la exposición. En este primer nivel de profilaxis, la probabilidad de estar expuesto a una ITS puede ser reducido, en primer lugar desarrollando acciones de IEC para lograr cambios de conocimientos y actitudes que lleven a comportamientos saludables entre los cuales se pueden mencionar:

- ▶ Retardo en el inicio de la actividad sexual ( especialmente en los y las adolescentes);
- ▶ Fidelidad mutua en pareja sexual;
- ▶ Uso correcto y consistentemente el condón

La profilaxis de ITS además supone un pronto reconocimiento tanto por quien la adolece como por el personal de salud, así como también el tratamiento eficaz de la ITS cuando esta ocurre. Esto no solo reduce la probabilidad de complicaciones para el individuo sino también previene nuevas infecciones en la comunidad. Si el primer contacto con una ITS es curado, la oportunidad de que se transmita a otras personas se ve reducida.

#### ▶ **Retardo en el inicio de la actividad sexual.**

Es una forma 100% segura de prevenir cualquier ITS. Esto particularmente se recomienda en los y las adolescentes ya que son un grupo particularmente vulnerable y están expuestos a las ITS y los embarazos. Ambas situaciones pueden ser evitadas si retrasan el inicio de la actividad sexual hasta que sean mayores y posean los conocimientos y las condiciones necesarias para asumirla con responsabilidad.

El apoyo para demorar el inicio de las relaciones sexuales es igual de importante para las y los adolescentes, así como también para las y los jóvenes ya que tanto el hombre como la mujer pueden tener repercusiones sociales y consecuencias en su salud, las que son de mayor efecto en las mujeres, cuando presentan un embarazo o desarrollan una ITS.

Las afecciones en las mujeres, son debidas principalmente a la estructura anatómica de su aparato reproductor, lo que es particularmente mayor en las niñas adolescentes, que pueden presentar procesos inflamatorios que llegan a producir, entre otras, obstrucción a nivel de las trompas de Falopio, lo que trae como consecuencia infertilidad y embarazos ectópicos.

Para la prevención de las ITS en los y las adolescentes y jóvenes se les debe brindar comprensión, cariño, autoestima, atención a sus necesidades, educación sobre su cuerpo, sus funciones, autocuidado, información científica sobre las infecciones, normas y valores, entre otros.

Además los y las adolescentes y jóvenes deben saber que pueden conseguir apoyo e información confidencial sobre temas de salud sexual y reproductiva en los servicios de salud, así como también sobre los diferentes métodos (abstinencia, fidelidad y uso correcto y consistente del condón) para disminuir el riesgo de ITS/VIH y embarazo.

#### ● **Fidelidad mutua en pareja sexual.**

La fidelidad mutua en las parejas puede ayudar a reducir la exposición a ITS. Por ejemplo, las personas con una relación mutuamente monógamas (donde ambos no tienen ningún otro compañero sexual y ambos están libres de ITS) no tienen ningún riesgo de ITS.

Las relaciones monógamas no proporcionan necesariamente protección de las ITS cuando estas suceden en periodos cortos o se llevan a cabo en una sucesión rápida (monogamia de serie).

Las parejas monogámicas que permanecen distantes por periodos largos de tiempo, por ejemplo personas cuyos trabajos suponen viajes fuera de su departamento o país de residencia (vendedores, conductores de camiones, soldados, sobrecargos, etc.), tienen una alta probabilidad de tener más de una pareja sexual, lo que es un factor de riesgo para contraer una ITS. Sean cuales fueran las circunstancias, ambos mujeres y hombres



con más de una pareja sexual deben al menos utilizar condón masculino o femenino en cada relación sexual para disminuir el riesgo de contraer una ITS.

#### ► **Uso correcto y consistente de condones.**

Los condones de látex son el método de barrera más confiable disponible para aquellas situaciones donde las personas desean protegerse o proteger a su pareja de cualquier riesgo de contraer una ITS. Usado correctamente y en toda relación sexual el condón forma una barrera que protege aún de las bacterias y virus más pequeños, incluyendo el del VIH.

Condones masculinos están disponibles en los diferentes establecimientos de salud, de manera gratuita y a bajo costo en farmacias.

El condón femenino hecho de poliuretano ofrece igual protección que el masculino, aunque hoy en día su costo todavía es un poco mayor se puede obtener en algunas farmacias y ONG. (Ver anexo 8)

Pasos para el uso correcto del condón masculino:

### **4.4 Detección y Servicios de Atención de ITS**

#### **4.4.1 Detección de las ITS en los servicios de salud**

Debemos tomar en cuenta que ciertas personas con una ITS tienen síntomas y buscan el tratamiento, mientras que otras no lo hacen. Por tanto el promover los reconocimientos de síntomas y el uso temprano de los servicios de salud es una actividad importante para reducir el riesgo de las ITS.

Muchas mujeres y hombres con una ITS no presentan síntomas, o tienen síntomas tan mínimos que no los hacen consultar. Este tipo de usuarios y usuarias pueden visitar el establecimiento de salud por otras razones. Sin embargo identificar y tratar tales personas previene el desarrollo de complicaciones para el paciente individual y ayuda a reducir la transmisión en la comunidad.

En mujeres, existen infecciones asintomáticas, silenciosas y que pueden causar un daño mas serio que las infecciones sintomáticas. Como sabemos la sífilis, gonorrea y clamidia tienen consecuencias serias, y a menudo en la mujer son asintomáticas. De igual manera la EPI frecuentemente presenta leves o ningún síntoma.

Los servicios de salud reproductivos juegan un papel muy importante en la detección de los usuarios/as con una ITS asintomática. Estos atienden gran cantidad de usuarias que buscan servicios de planificación familiar, control prenatal y de postparto, es en este momento que existe una oportunidad para identificar mujeres con una ITS y que se beneficiaría con el tratamiento.

Los servicios de salud reproductivos deben extenderse hacia la comunidad y deben incluir a hombres y mujeres por igual. Las ITS por lo general cuando se presentan en mujeres lo hacen de una forma asintomática, mientras que los hombres en su gran mayoría si presentan síntomas, aunque se debe tener en cuenta que una ITS puede presentarse en los hombres de una forma asintomática.

Los hombres pueden ignorar los síntomas de una ITS si estos no son severos. Por tal razón los proveedores de salud deben realizar acciones que ayuden a los hombres a reconocer los síntomas y los motiven a pasar consulta en el establecimiento de salud. De igual forma debe educarse a la mujer para que identifique en ella o su pareja estos síntomas y consulte a tiempo y en el lugar correcto.

Los puntos claves en los cuales los prestadores de servicios de salud deben poner especial atención para poder mejorar la detección de las ITS en:

- Identificar signos y síntomas de ITS en personas que consultan o que están en riesgo de contraerlas. (violaciones, abuso sexual, TCS, HSH, etc.)
- La oferta de atención a la gestante, durante su prenatal, en la que se debe incluir la serología para sífilis, para prevenir sífilis congénita.
- Historia de aborto espontáneo, óbitos o embarazos a pretérmino en mujeres, a las que deberá hacerseles un estudio y valorar tratamiento para vaginosis bacteriana y trichomoniasis, además de sífilis.
- La toma de citología, que deberá convertirse en oportunidad para detectar infecciones cervicales, acompañada del examen bimanual.
- La realización de la prueba voluntaria para VIH y de otros exámenes de detección de ITS.

#### **4.4.2 Servicios de Atención para ITS**

El proporcionar servicios integrales en SSR favorece la captación, detección y tratamiento oportuno y adecuado de las ITS y sus complicaciones. Esto se logra a través de:

- Una visión de salud pública para la prevención y control de las ITS, que incluye reducir las barreras a los servicios de salud, levantando la conciencia en la comunidad, promoviendo los servicios hacia fuera del establecimiento y la extensión de cobertura hacia personas que típicamente no usan los servicios de salud reproductiva.

- ▶ Servicios de salud que sean accesibles y aceptables y que además garanticen la privacidad y confidencialidad, de modo que las personas no duden en hacer uso de ellos.
- ▶ Hacer conciencia de la promoción y uso temprano de los servicios de salud por parte de la comunidad, que debe tener claro el peligro que conlleva no tratar las ITS, por las complicaciones que causa.
- ▶ La participación activa de los hombres en la prevención de ITS.
- ▶ La referencia oportuna para interrumpir la transmisión de ITS.
- ▶ Proporcionar servicios amigables a los y las adolescentes y jóvenes, que son un grupo con riesgo alto de contraer ITS.
- ▶ Desarrollar intervenciones específicas para grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad de adquirir ITS, tales como trabajadores/as sexuales y sus clientes, población móvil, personal uniformados, adolescentes, etc.

Por otra parte, el reducir las barreras para aumentar el uso de los Servicios de Salud, es de suma importancia en la atención de las ITS.

El primer paso para aumentar el uso de los servicios es quitar las barreras que mantienen alejados a los/as usuarias. Hablar con usuarios/as externos, internos y otros potenciales, a menudo puede identificar tales barreras. Las personas pueden no hacer uso de los servicios de salud debido a limitantes de accesibilidad, como ubicación geográfica, horarios, leyes, políticas, reglamentos y gasto económico. Por ello los prestadores de servicios de salud deben realizar estrategias para garantizar que:

- ▶ Se facilite a la población hacer uso de los servicios que ellos prestan, evitar todo aquello que pone restricciones para que los usuarios/as utilicen el establecimiento, incluyendo a jóvenes y adolescentes.

- ▶ Las personas puedan llegar a los establecimientos de salud locales fácilmente, si esto no es posible se debe pensar en estrategias que acerquen los servicios de salud hacia las comunidades, tales estrategias pueden contemplar clínicas móviles o campañas de salud, esto puede extender la cobertura de los servicios clínicos.
- ▶ Los horarios de apertura del establecimiento de salud sean convenientes para que trabajadores, estudiantes y otros usuarios/as puedan ser atendidos. Se debe considerar horarios de extensión por la tarde o fin de semana para atender a esta población.
- ▶ Los costos de la atención que reciben, así como los gastos para exámenes de laboratorio y medicamentos no disuadan a las personas a hacer uso de los servicios de salud, ya que a la larga el gasto a la comunidad será más alto si las proporciones de ITS y sus complicaciones permanecen altas.

Además, pueden existir otras barreras a la aceptabilidad de servicios, como son:

**El estigma**, que se caracteriza por actitudes, críticas o juicios de valor que emite el prestador de servicios en relación a una persona. Un trato no respetuoso por parte de los proveedores hace que muchos adolescentes, por ejemplo, no usen los servicios de salud. Otro ejemplo, son los servicios de salud reproductiva, que son diseñados o se perciben para ser utilizados exclusivamente por mujeres, y se desalienta a los hombres a utilizarlos.

**La falta de privacidad**, los usuarios y usuarias de los servicios de salud pueden no hacer uso de las instalaciones de su hospital o clínica ya que la infraestructura no está diseñada para garantizar esta privacidad, indague si las áreas asignadas para consulta, consejería, toma de exámenes de citología, etc. garantizan que el usuario/a no sea escuchado o visto desde afuera por otros pacientes, usuarios o prestadores de servicios de salud. Esto puede inhibir al usuario/a y alterar el curso de la entrevista o toma de historia y en el peor de los casos ahuyentar al usuario/a

**La falta de confidencialidad**, los jóvenes particularmente están preocupados por que la información sobre su salud o comportamiento sexual no sea divulgada.

**La percepción de falta de calidez**, pregúntese si las personas sienten confianza en la clínica y su personal, si perciben la calidad de los servicios que ellos reciben. Mejorar el trato a los y las usuarias aumenta la confianza en el personal y su establecimiento.

**Provisiones o suministros inadecuados en la atención a los/las usuarias**, indague si las personas pueden conseguir en el establecimiento los exámenes y el tratamiento que necesitan, ya que de lo contrario, pueden decidir ir directamente a una farmacia por el tratamiento a fin de ahorrar tiempo y dinero.

Actualmente se considera que los servicios de atención en ITS deben estar integrados a los servicios generales de atención de salud en todos los niveles, esta atención significa también un abordaje de los y las usuarias en las áreas biomédica y psicosocial.

Las y los prestadores de servicios de salud deben aprovechar al máximo las oportunidades perdidas que se presentan en sus establecimientos, para ello se plantean estrategias de detección de ITS cuando los usuarios y usuarias se realizan exámenes por otras razones, así tenemos:

- ▶ **Toma de historia:** Al momento de tomar la historia clínica, preguntar por los síntomas o interésese por las ITS con cada visitante que llega a su establecimiento de salud, aprovechar las oportunidades, independientemente del motivo de consulta, recordar que puede ser el único momento en que el usuario o usuaria escuche sobre el tema.
- ▶ **Examen Físico:** El examen físico es una buena oportunidad para identificar signos o síntomas de una ITS, en el caso de las mujeres que acuden a la toma de la citología debe realizar el

tacto bimanual con el objetivo de buscar dolor a la movilización del cuello del útero o anexos. Debe tener en cuenta que en el caso de hombres y mujeres, el realizar un examen físico completo ayudará a identificar linfadenopatías, úlceras u otros signos de las ITS que el usuario/a desconocen.

Debe fomentarse la toma de la citología a toda usuaria que asiste a su servicio de salud, independientemente del motivo de consulta.

- ▶ **Exámenes de laboratorio:** Ofrecer a los usuarios/as un examen para sífilis, o indagar si alguna vez se lo han realizado, sobre todo si pertenecen a grupos de mayor vulnerabilidad. Durante la citología puede realizar la tinción de Gram para detección temprana de cáncer cervical.

Ofrecer la consejería para prueba voluntaria de VIH.

- ▶ **Tratamiento presuntivo en la base de los criterios de riesgo:** El tratamiento de las parejas sexuales de pacientes con ITS, los/as trabajadoras sexuales que han tenido relaciones desprotegidas, etc.  
Las víctimas de violencia sexual.  
El tratamiento de mujeres que han tenido un procedimiento transcervical.
- ▶ **Estrategias de combinación:** Tratamiento presuntivo de los/as trabajadoras sexuales en una primera visita, seguida por visitas regulares para la colocación del espéculo y la tinción de Gram.

## 4.5 Indicaciones y oportunidades para detectar ITS.

### 4.5.1 Para detectar “Sífilis”.

La sífilis es una de las causas principales de la morbilidad perinatal en muchas partes del mundo, a pesar de la tecnología ampliamente disponible y a un precio aceptable para diagnosticar

y tratar la infección en mujeres embarazadas.

Entre mujeres gestantes en etapas tempranas de sífilis y que no son tratadas, unos dos tercios de embarazos se estima terminan en aborto, óbito o infección neonatal.

**Tenga presente.**

- ▶ Embarazo. El examen de laboratorio para sífilis debe hacerse en la primera visita del prenatal, lo más pronto posible en el embarazo. Y debe repetirse en el tercer trimestre, para detectar la infección adquirida durante el embarazo.
  
- ▶ Las mujeres que no asisten a la clínica para control prenatal deberán ser referidas al establecimiento de salud para la toma de serología para sífilis. Aunque esto no prevendrá la sífilis congénita, ello permite el diagnóstico y tratamiento temprano del recién nacido.
  
- ▶ Las mujeres que han tenido un aborto espontáneo u ovito se deben realizar exámenes para sífilis; en muchas áreas, la identificación y tratamiento oportuno de la sífilis favorece que los embarazos sean de término.
  
- ▶ Hombres y mujeres con los síndromes de ITS donde no existe úlcera genital deben de realizarse examen para sífilis. El examen es innecesario para pacientes con úlceras que deben tratarse sindromicamente para ambas, sífilis y chancroide.
  
- ▶ Los trabajadores/as sexuales deben realizarse los exámenes cada 6 meses.
  
- ▶ Debido a las complicaciones serias de sífilis en embarazo, la primera prioridad debe ser asegurar la prueba de laboratorio para sífilis en el primer contacto con la embarazada.



#### **4.5.2 Para detección de “sífilis en el prenatal”.**

- ▶ Promueva la atención temprana del prenatal en el servicio de salud. Trabaje para hacer los servicios más aceptables y accesibles.
- ▶ Inste a las mujeres gestantes y su pareja para que se atiendan en la clínica su prenatal temprano y retornen a su próximo control.
- ▶ Informe y empodere a las mujeres y hombres en la comunidad para que pregunten por servicios y exámenes.
- ▶ Mejore la atención prenatal.
- ▶ Mejore el entrenamiento, supervisión y la motivación de los proveedores de salud.
- ▶ Entrene a los/as proveedores de salud en temas de ITS y sexualidad.
- ▶ Mejore la clínica proveyendo de personal o estrategias que minimicen la carga de trabajo.
- ▶ Mejore la coordinación con laboratorio.
- ▶ Desarrolle la capacidad de realizar las pruebas en su establecimiento de salud.
- ▶ Mejore el manejo de existencias y reorganice las necesidades de suministros.
- ▶ Desarrolle un mejor sistema de registro de exámenes.

#### **4.5.3 Para detectar “infecciones vaginales”.**

Las Infecciones vaginales (Levaduras, bacterias y tricomoniasis) son muy comunes en mujeres de la edad reproductiva, es casi siempre sintomático y raramente causan complicaciones.

En mujeres no embarazadas, no existe ninguna necesidad para buscar casos asintomáticos. Las mujeres asintomáticas no deben tratarse para levadura o vaginosis bacterianas, en estos casos se debe basar únicamente en los resultados de la microscopía.

En mujeres embarazadas, sin embargo, la vaginosis bacteriana (VB) y trichomoniasis pueden causar complicaciones tales como ruptura prematura de membranas y embarazos pretermino. Mujeres en riesgo para estas condiciones deberían ser cubiertas a pesar de los síntomas.

#### **Tenga presente.**

- Mujeres gestantes con una historia de aborto espontáneo o embarazo pretermino se debe investigar infecciones vaginales y debe considerarse la posibilidad de ser cubiertas para VB y tricomoniasis.
- Los casos que prueban el grado de positividad para VB y trichomoniasis deben tratarse (después del primer trimestre del embarazo) con metronidazol, 500 mg dos veces al día durante siete días, para reducir el riesgo de resultado de embarazo adverso.
- Se debe hacer uso de la tinción de Gram o de otros métodos simples.
- Para la detección de Protozoos de Trichomonas puede realizarse un frotis fresco de fluido vaginal en una gota de solución fisiológica.
- Mujeres con flujo vaginal sintomático en el segundo o tercer trimestre debe considerarse ser tratadas para VB, trichomoniasis, e infección por levaduras.

#### **4.5.4 Para detectar “infecciones cervicales”.**

Las infecciones cervicales son menos comunes que las infecciones vaginales, especialmente entre mujeres que usan los servicios de salud reproductiva, y son normalmente asintomáticas.

El cervix es el sitio más común de las infecciones por gonorrea y clamidia. Aún si una mujer es asintomática, puede ser posible detectar los síntomas de la infección al realizar un examen cuidadoso durante la colocación del espéculo. El examen de espéculo puede revelar también síntomas de otras infecciones, incluyendo úlceras cervicales y verrugas.

**Tenga presente.**

- ▶ Cualquier momento en que realice la colocación del espéculo es oportuno investigar una infección cervical. Un examen de espéculo cuidadoso debe hacerse para buscar los síntomas de una infección cervical.
- ▶ Durante el embarazo.
- ▶ Las personas con exposición frecuente a ITS, tales como trabajadoras comerciales del sexo, sus clientes, debe valorarse el ser cubiertos regularmente.

**4.5.5 Para detectar “enfermedad pélvica inflamatoria”**

La enfermedad pélvica inflamatoria del tracto genital superior lleva a complicaciones serias y amenazantes de la vida, incluyendo infertilidad y embarazo ectópico, sin embargo a menudo puede desarrollarse de forma silenciosa con pocos o ningún síntoma.

**Tenga presente.**

- ▶ Cualquier momento es oportuno par ofertar la colocación de espéculo.
- ▶ Al realizar la colocación del espéculo no olvide el examen pélvico bimanual.
- ▶ En el caso de usuarias que presentan dolor o incomodidad abdominal inferior, sangrado entre períodos, o dolor durante el coito resulta importante el examen bimanual.
- ▶ Antes de procedimientos transcervicales.

## 4.6 Consejería en la atención de las ITS

**La consejería** u orientación individual va más allá de proporcionar información. Se centrará en ayudar a las personas a que hagan elecciones sobre su conducta sexual, reproductiva y preventiva; permite a las personas aplicar la información acerca de su comportamiento a seguir y hacer elecciones informadas. Incluye además, una discusión sobre sus opiniones e inquietudes relacionadas con sus metas y expectativas. Así mismo considera la responsabilidad para identificar y facilitar la información, educación, comunicación y tratamiento para su pareja y los contactos sexuales.

Si durante la consejería no es posible obtener información de contactos sexuales deberá hacerse una búsqueda activa de los mismos, especialmente cuando hay un riesgo potencial de enfermedad en su pareja o contactos, como por ejemplo, un hombre que tenga diagnóstico de sífilis y que tenga una pareja embarazada o en casos medico-legales (violación, abuso sexual) o epidemiológicamente importantes (*Neisseria gonorrhoeae* resistente).

La consejería siempre implica una comunicación de dos direcciones entre el/la usuario(a) y el (la) consejero(a), durante la cual conversan, escuchan y hacen preguntas, esto se logra a través de los pasos de la consejería ACCEDA.

### **A = Atender**

- Ofrecer la consejería en un lugar cómodo que garantice un ambiente de privacidad y confidencialidad tanto para el caso índice y sus contactos.
- Prestar toda la atención en salud a la persona como un derecho.
- Dar prioridad a las necesidades particulares de la persona.

- ▶ Respetar los derechos como persona, independientemente de la condición socio-económica, estado civil, edad, orientación sexual y nivel educativo de la persona que recibe la consejería.
- ▶ Nunca hacer comentarios críticos.
- ▶ Manifestarle la garantía de la confidencialidad de la información.

### **C = Conocer/Evaluar**

En cada situación, conocer y evaluar las necesidades y conocimientos de las personas. En este paso se hacen necesarios dos aspectos importantes:

- ▶ Escuchar activamente, con respeto, mirándola directamente, demostrando interés en lo que plantea la persona, evitando hacer gestos que provoquen sentimientos de desaprobación.
- ▶ Hacer preguntas eficaces:
  - ❖ Datos generales.
  - ❖ Exploración del conocimiento sobre la ITS que presenta,
  - ❖ Antecedentes de otras ITS.
  - ❖ Evaluación de la percepción de riesgo.
  - ❖ Exploración de la conducta sexual del usuario/a o su pareja y contactos sexuales.
  - ❖ Exploración sobre la relación de comunicación y afectividad con su pareja y contactos sexuales.
  - ❖ Exploración sobre el uso de anticonceptivos con su pareja y contactos sexuales.
  - ❖ Exploración sobre sus necesidades y sentimientos en relación a la ITS.
  - ❖ Explorar datos sobre sus contactos sexuales.
  - ❖ Explorar conocimientos de medidas de prevención.

## **C = Comunicación**

En base a lo que se ha conocido y evaluado, se le brindará toda la información en forma clara y exacta acerca de la ITS que adolece, como se transmite, síntomas, complicaciones, tratamiento y seguimiento.

## **E = Encaminar**

Es ayudar a la persona a que analice todo lo discutido acerca de la ITS para que visualice y perciba la situación en que se encuentra y planee que hará respecto a su comportamiento sexual y tratamiento prescrito. Es decir, ayudar a poner en claro sus pensamientos, opiniones y conocimientos, para que lo aplique a su circunstancia. De igual manera se orientará al usuario a que asuma la responsabilidad de ponerse en comunicación con sus contactos sexuales y pedirles que soliciten atención en salud.

Se debe tener en cuenta que el tener que notificar a la pareja o contactos sexuales, incomoda a muchos pacientes, dado que puede causar mucho daño a los afectados. Cualquier técnica de atención de la pareja debe tener en cuenta el efecto potencial en la vida de cada uno de los afectados.

## **D = Demostrar**

Se reflexionará acerca de la repercusión de la ITS en la salud reproductiva, se evaluará la negociación con su pareja o contactos sexuales para que acudan a su tratamiento. Además se demostrara el uso correcto del condón como método profiláctico y anticonceptivo y se enfatizará en el uso sistemático del mismo.

## **A = Acordar**

Se reflexionará sobre la importancia de las diferentes fases que su tratamiento implica, del compromiso de no interrumpirlo, de la asistencia a los controles necesarios y de la necesidad de notificar a los contactos sexuales para que reciban una asistencia y seguimiento adecuado. Así mismo se enfatizará en la elaboración de un plan de reducción de riesgos.

El o la proveedora de servicios de salud debe recordar que cualquier cambio de comportamiento es difícil, y el conocimiento por sí solo no siempre culmina en un cambio de conducta. La dificultad de controlar las ITS radica en que las prácticas sexuales están hondamente arraigadas en la vida diaria y la cultura de un pueblo.

El paciente tiene que salvar una serie de obstáculos antes de adoptar nuevas conductas, por ejemplo:

- El género de la persona crea barreras u obstáculos reales. Estos surgen, esencialmente, del desequilibrio que existe entre hombre y mujer, de las diferentes expectativas y roles relacionados con la sexualidad masculina y femenina. A veces las mujeres tienen muy poco control sobre cuándo, con quién y en qué circunstancias tienen relaciones sexuales. Por lo tanto, no están en posición de protegerse, aún si lo quisieran o tuvieran los medios para hacerlo (uso de condón, por ejemplo).
- Las prácticas culturales pueden acrecentar o limitar la capacidad de cambiar del/la paciente. Considere las posibles barreras relacionadas con las diferencias de edad al momento del matrimonio, los ritos de la pubertad, la sexualidad, la educación de los niños/as y tantos otros, además de los valores de la familia y la comunidad. La presión de grupo también puede jugar un papel importante.

- ▶ La pobreza y el desorden social y civil fuerzan en especial a mujeres y niñas, aunque también a los niños, a utilizar la relación sexual como una forma para obtener bienes materiales y hasta para sobrevivir. En situaciones menos extremas, la falta de educación y trabajo pueden forzar a las mujeres a tener relaciones sexuales con muchas personas para poder sustentarse y mantener a sus hijos.

## **5. REGISTRO DE LA ITS EN EL SERVICIO DE SALUD**

El registro permite conocer la carga de las ITS en los servicios de salud, es decir, la proporción de pacientes atendidos con ITS con respecto al total de pacientes tratados por otras causas. Se pueden usar los datos sobre la frecuencia y la incidencia de las ITS para evaluar las tendencias en el número de casos de ITS tratados. Esto podría ayudar al servicio a planificar mejor sus recursos humanos y materiales (medicamentos o condones entre otros).

Si se conocen las tendencias y se anticipan las variaciones estacionales, los centros de salud pueden planificar campañas y proyectos de investigación más relevantes con la colaboración de otros servicios que podrían ayudar en la lucha contra las ITS, como podrían ser centros comunitarios y educacionales. Igualmente, se tendrá información que permitirá conocer si los tratamientos, educación o técnicas de atención de pareja son efectivos.

Los datos del registro de ITS por si solos no pueden explicar las causas de las tendencias o la variación de las ITS, ni se pueden usar para hacer comparaciones entre diferentes centros de salud o regiones, ya que esto carece de validez y requiere investigación epidemiológica apropiada. No obstante, tales variaciones pueden sugerir posibles temas a investigar para ampliar la comprensión de la epidemiología de las ITS.

Cualquier sistema de registro debe ser lo más preciso posible, para tener éxito. También debe ser sencillo y fácil de usar para que todos los profesionales de salud lo puedan incorporar cómodamente a su rutina diaria. El registro se debe mantener



confidencial, característica muy importante para los pacientes con ITS

El principal instrumento para el registro es la planilla u hoja de tabulación en la que se recoge información cruda sobre el número de personas tratadas para enfermedades específicas.

La planilla de tabulación más eficaz para el registro de las ITS, es aquella que permite anotar los cinco síndromes de ITS, además de la información por sexo y edad del paciente en relación con cada síndrome. Todos los servicios de salud que adopten el método sindrómico para el diagnóstico de las ITS deberían usar planillas de tabulación para registrar las ITS según síndrome, porque para hacer diagnóstico etiológico se requieren pruebas y métodos sofisticados.

El éxito del registro de un servicio de salud depende de la precisión con la que cada profesional de salud registre los datos y para ello es importante obtener el compromiso del personal del servicio para mantener registros lo más exactos y completos.

## **6. NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS Y CONTACTOS**

El peso de las ITS en la sociedad y la economía es enorme. Estas infecciones ejercen una terrible presión financiera sobre la familia, la comunidad y los servicios de salud y si no se controla la epidemia, las pérdidas al ingreso nacional serán importantes.

Hay muchos elementos que se interponen al control de las ITS, como factores sociales y biológicos así como la dificultad de obtener estadísticas exactas.

En la mayoría de los países existe un subregistro de las ITS, entre otras razones por:

- Falta de notificación de casos por parte de los servicios de salud, tanto públicos como privados.
- Muchos pacientes no se detectan porque están asintomáticos, especialmente en mujeres.
- Muchas personas con ITS no busca atención o no se hacen pruebas para detectarlas, por desconocimiento o por el estigma asociado a estas.
- Como resultado del estigma asociado a las ITS, muchas personas buscan atención en otros medios, como curanderos tradicionales y farmacéuticos que no notifican los casos.

La vigilancia epidemiológica de las ITS permite reunir la información indispensable para conocer en cada momento el comportamiento de la epidemia y así poder planificar mejor los recursos materiales y humanos (medicamentos, pruebas de laboratorio, mejora y planificación de programas, mejora de servicios de salud, etc.) necesarios para poner en marcha las medidas oportunas en la prevención y control de las ITS. Por tanto, la vigilancia epidemiológica solo será eficiente si puede proporcionar información fidedigna, y ello depende directamente del grado de implicación de los profesionales de salud que atienden pacientes con ITS, tanto del sector público como privado, en la notificación adecuada de casos según ficha epidemiológica.

## NOTIFICACIÓN DE CASOS

La notificación de casos de Infecciones de Transmisión Sexual se basa en los criterios siguientes.

- a) enfermedades sometidas a reglamento internacional por tener implicaciones epidemiológicas en todos los países,
- b) enfermedades sujetas a intervención epidemiológica internacional y vigilancia estricta nacional, además de las del reglamento sanitario y,
- c) enfermedades de vigilancia estricta a nivel nacional. Debiéndose notificar algunas de ellas en forma inmediata, llenándose la hoja de notificación individual ante la sospecha clínica y otras necesitaran confirmación de laboratorio antes de ser incluidas en el reporte epidemiológico

La notificación de las infecciones de transmisión sexual debe hacerse a través de las fichas de notificación ya existentes (ver ANEXO III)

### **Son de notificación obligatoria las siguientes Infecciones**

- a) SIDA
- b) Condiloma acuminado
- c) Infección por VIH
- d) Linfogramuloma venéreo
- e) Sífilis congénita
- f) Chancro blando
- g) Sífilis adquirida y no específica
- h) Tricomoniasis urogenital
- i) Herpes genital
- j) Candidiasis de vulva y vagina
- k) Hepatitis B

## Según el tipo de vigilancia

- a) Notificación individual e inmediata
  - SIDA
  - Infección por VIH (+)
  - Sífilis congénita
  - Sífilis Materna
  - Hepatitis B
  
- b) De notificación consolidada
  - Sífilis adquirida y no específica
  - Infección gonocócica del tracto genitourinario
  - Herpes genital
  - Condiloma acuminado
  - Linfogramuloma venéreo
  - Chancro blando

## 7. ABORDAJE SINDRÓMICO DEL PACIENTE CON ITS

El enfoque sindrómico para el manejo de los casos de ITS comprende la detección de un síndrome -síntomas y signos asociados a un número de agentes etiológicos bien definidos- y depende del uso de un flujograma clínico -una guía estandarizada paso por paso para la toma de la decisión médica. Una vez se ha identificado el síndrome, se ofrece tratamiento para los organismos más frecuentes responsables de dicho síndrome, así como educación al paciente sobre la forma de reducir riesgos de infectarse y atención a los contactos.

El objetivo de este enfoque es proveer a los pacientes en una única consulta (su primera visita al establecimiento de salud por este motivo) de diagnóstico, tratamiento y consejería adecuada. Esto no quiere decir que no se realicen exámenes de laboratorio, sino que la conducta de actuación a seguir, no puede esperar a los resultados de estas pruebas.

El laboratorio tiene su papel en tanto es el encargado de definir el perfil epidemiológico de las diferentes ITS en cada región así como la sensibilidad de los agentes etiológicos a los medicamentos utilizados, mediante una serie de actividades como: capacitación del personal de salud, estudios epidemiológicos y microbiológicos, monitorización de la resistencia antibiótica, validación de flujograma de tratamiento, vigilancia centinela, identificación de pacientes asintomáticos, detección de casos de sífilis en toda mujer embarazada, desarrollo de nuevas pruebas diagnósticas y nuevos medicamentos e investigación clínica.

## **8. TRATAMIENTO DE LOS SÍNDROMES ASOCIADOS A LAS ITS**

En esta sección se analiza el tratamiento de los síndromes clínicos más frecuentes causados por agentes transmitidos sexualmente. Se presentan además diagramas de flujo para el manejo de cada síndrome.

### **8.1 SECRECIÓN URETRAL**

Síndrome de Secreción Uretral (uretritis gonocócica y no gonocócica), definido clínicamente como secreción uretral espontánea o por compresión de la uretra acompañada o no de disuria o necesidad de orinar frecuentemente. La *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) y la *Chlamidia trachomatis* (*C. trachomatis*) son los principales agentes patógenos que causan secreción uretral.

Los pacientes de sexo masculino que consultan por secreción uretral o disuria deben ser examinados para evidenciar dicha secreción. En caso de no observar secreción, se debe masajear suavemente la uretra desde la parte ventral del pene en dirección al meato.

En el abordaje sindrómico de un paciente con secreción uretral, el tratamiento debe proporcionar cobertura adecuada para *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*.

Tratamiento sindrómico recomendado

- ▶ Tratamiento para gonorrea no complicada (para obtener más información, consulte la sección 9.2.1)

### MÁS

- ▶ Tratamiento para clamidia (para obtener más información, consulte la sección 9.2.2)

### Nota

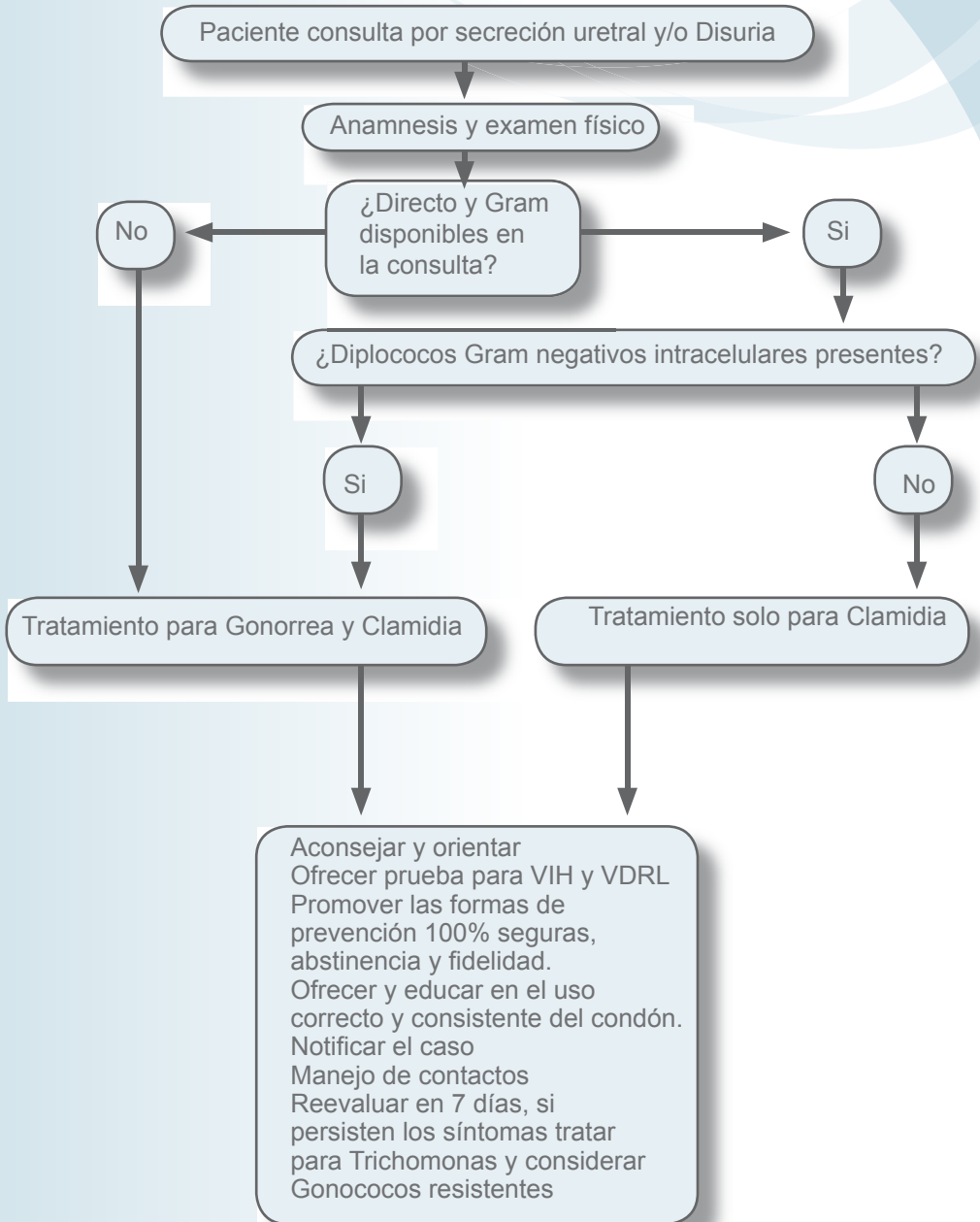
- ▶ Debe recomendarse a los pacientes que realicen una nueva consulta si los síntomas persisten a los 7 días de haber iniciado el tratamiento.

## RESUMEN

### Descarga uretral

Opciones de tratamiento para gonorrea	Opciones de tratamiento para clamidiasis
<p>Ciprofloxacina</p> <p>Ceftriaxona</p> <p>Cefixima</p>	<p>Doxiciclina</p>
<p><b>Alternativas</b></p> <p>Penicilina procaínica</p> <p>Gentamicina</p>	<p><b>Alternativas</b></p> <p>Amoxicilina</p> <p>Eritromicina (en caso de que la Tetraciclina esté contraindicada)</p> <p>Ofloxacina</p> <p>Tetraciclina</p>

## SÍNDROME DE SECRECIÓN URETRAL EN HOMBRES



## SECRECIÓN URETRAL RECURRENTE O PERSISTENTE

La persistencia o recurrencia de los síntomas de uretritis se deba a:

- ▶ Farmacoresistencia.
- ▶ No cumplimiento por parte del paciente
- ▶ Reinfeción.
- ▶ En algunos casos puede haber infección por *Trichomonas vaginalis* (*T. vaginalis*).

En algunos lugares, la nueva evidencia sugiere una alta prevalencia de *T. vaginalis* en hombres con secreción uretral. Si después del tratamiento adecuado para gonorrea y clamidia los síntomas persisten o recurren en el paciente índice y la o las parejas, se debe instaurar el tratamiento para *T. vaginalis* si el perfil epidemiológico local así lo indica. En caso de que los síntomas persistan durante el seguimiento, el paciente deberá ser referido.

## 8.2 ÚLCERAS GENITALES

Síndrome de Úlcera Genital (SUG), definido clínicamente como una llaga o herida en los genitales (hombre o mujer) acompañada o no de inflamación de los ganglios linfáticos inguinales. El diagnóstico clínico diferencial de las úlceras genitales es inexacto, especialmente en aquellos lugares donde es común encontrar diferentes etiologías. La presencia de una infección por VIH también puede alterar las manifestaciones clínicas y los patrones de SUG.

Los principales agentes etiológicos que pueden producir este síndrome son *Treponema pallidum* (sífilis) Virus del Herpes Simple tipo 1 y 2 (Herpes Genital) y *Haemophilus ducreyi* (Chancro blando)

Investigar la posibilidad de un episodio actual o previo de Herpes genital (historia o evidencia de vesículas agrupadas sobre base eritematosa, precediendo su aparición de un aumento de sensibilidad o ardor o prurito o síntomas uretrales -dolor o ardor-,



especialmente con recurrencia de las lesiones), así como indagar sobre otras posibles lesiones en la piel que puedan tener relación con una sífilis (especialmente lesiones palmo-plantares).

Se debe examinar al paciente para determinar si tiene úlcera genital u otra ITS. Una úlcera es una solución de continuidad de la superficie cutánea o de una membrana mucosa.

- ▶ **En los hombres**, observar los órganos genitales externos sin olvidar la superficie interna del prepucio ni la zona cubierta por él. Inspeccionar perineo y ano; palpar región inguinal.
- ▶ **En las mujeres**, examinar la piel de los genitales externos; separar los labios de la vulva para visualizar úlceras en las superficies mucosas. Con espéculo, examinar paredes de vagina, fondo de saco y cuello uterino. Inspeccionar perineo y ano; palpar región inguinal.
- ▶ Inspección general para valorar otras posibles lesiones en el cuerpo, por ejemplo las palmas y plantas.

Si es posible, recoger muestras para diagnóstico etiológico.

## **HISTORIA O EVIDENCIA DE LESIONES VESICULOSAS**

Ante la presencia de vesículas y úlceras dolorosas con sensación de quemadura, ardor y prurito, localizado en piel y mucosa del área genital, se ofrecerá tratamiento para Herpes genital. Si no se observa esto, se hará tratamiento para sífilis y Chancro blando.

## **ÚLCERAS GENITALES E INFECCIÓN POR VIH**

Son muchos los informes anecdóticos publicados que sugieren que la historia natural de la sífilis puede estar alterada como resultado de la infección concomitante por VIH.

Algunos informes han destacado presentaciones atípicas de lesiones de sífilis primaria y secundaria. Otros advierten un incremento en las tasas de fracaso al tratamiento en pacientes con sífilis temprana tratados con una dosis única de penicilina.

En el caso del chancroide, se ha reportado sobre lesiones atípicas en individuos con infección por VIH. Las lesiones tienden a ser más extensas, o pueden formarse lesiones múltiples que en ocasiones están acompañadas por manifestaciones sistémicas, como fiebre y escalofríos.

La evidencia sugiere que es probable que la infección por VIH aumente las tasas de fracaso al tratamiento del chancroide, especialmente cuando se administran tratamientos con dosis única.

En individuos inmunocomprometidos, las lesiones por herpes simple pueden presentarse como úlceras múltiples y persistentes que requieren atención médica, en contraposición con las úlceras y vesículas autolimitadas que se observan en individuos inmunocompetentes.<sup>7</sup>

### **Tratamiento sindrómico recomendado**

- ▶ Tratamiento para sífilis (para obtener más información, consulte la sección 9.1.1)

### **MÁS uno de los siguientes**

- ▶ Tratamiento para chancroide donde es prevalente (para obtener más información, consulte la sección 9.1.2)
- ▶ Tratamiento para granuloma inguinal donde es prevalente (para obtener más información, consulte la sección 9.1.5)
- ▶ Tratamiento del linfogranuloma venéreo donde es prevalente (para obtener más información, consulte la sección 9.1.4)
- ▶ Tratamiento para la infección por VHS2 cuando corresponda (para obtener más información, consulte la sección 9.1.3)

<sup>7</sup> Organización Mundial de la Salud, Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, Ginebra, Suiza, 2005.

## RESUMEN Síndrome de úlcera genital

Sífilis	Chancroide	Granuloma inguinal	Linfogranuloma venéreo	Herpes genital
Bencilpenicilina benzatínica	Ciprofloxacina		Doxiciclina	Aciclovir
	Eritromicina	Doxiciclina	Eritromicina	
<b>Alternativas</b>				
Bencilpenicilina procaína	Ceftriaxona	Eritromicina		
		Tetraciclina		
		Trimetroprim/ sulfametoxazol		
<b>Alergia a la penicilina y no gestate</b>				
Doxiciclina				
Tetraciclina				

En la gestante el único antibiótico probado que evita la sífilis congénita es la penicilina.

Si existen antecedentes de alergia a la penicilina en una gestante con sífilis, se debe considerar la DESCENSIBILIZACIÓN, por lo que se debe ingresar a la paciente o referirla a un hospital de tercer nivel para que este procedimiento se realice en equipo y coordinados con infectología.

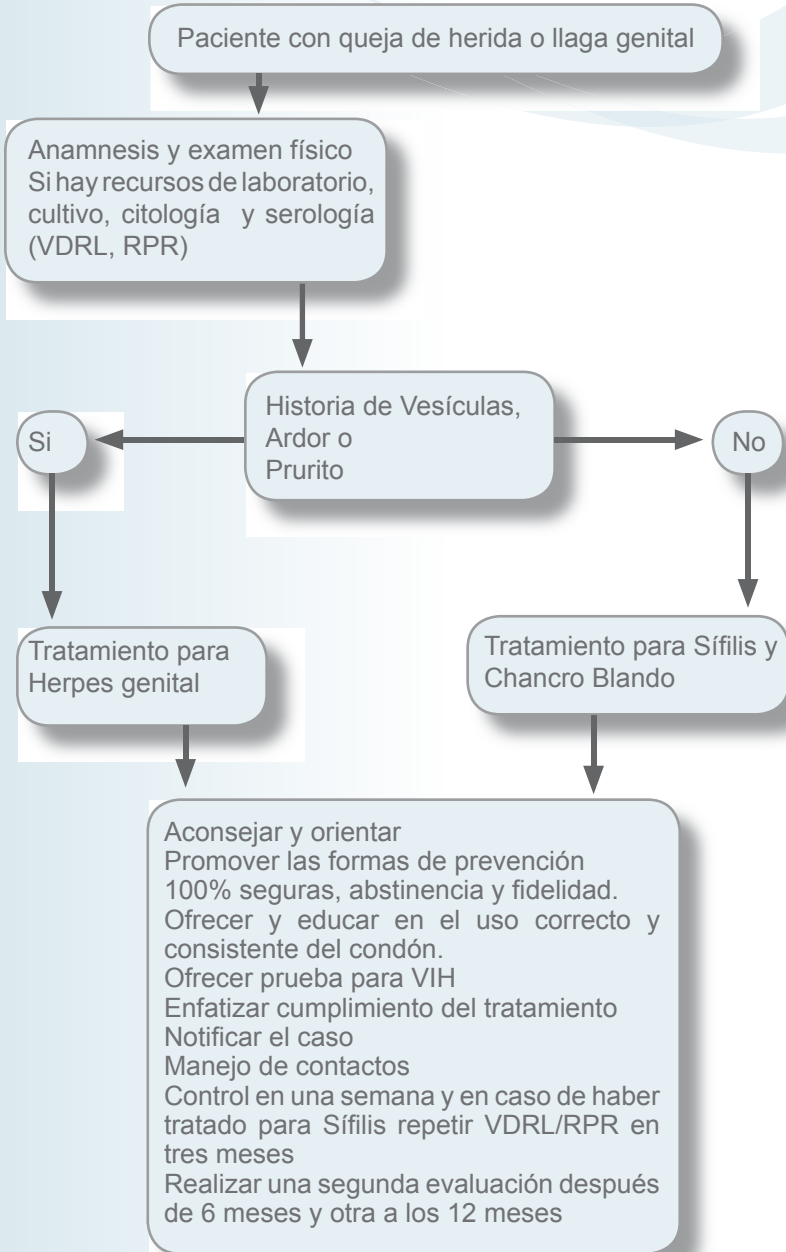
## Tratamiento del síndrome de úlcera genital

- ▶ Administre el tratamiento para la sífilis y, según el perfil epidemiológico local, el chancroide, el granuloma inguinal o el linfogranuloma venéreo
- ▶ Realice punción por aspiración de todos los ganglios fluctuantes (evite las incisiones quirúrgicas)
- ▶ Eduque y dé consejería sobre la reducción del riesgo
- ▶ Ofrezca pruebas serológicas para sífilis y VIH
- ▶ Constata si la lesión no se curó por completo a los 7 días
- ▶ Suministre y eduque en el uso correcto de condones.

## Tratamiento del herpes simple

- ▶ Brinde consejería sobre el cuidado básico de la lesión (manténgala limpia y seca)
- ▶ Proporcione o prescriba tratamiento antiviral específico para herpes según la norma. Eduque y dé consejería sobre el cumplimiento, la reducción del riesgo y la historia natural de la infección por VHS2
- ▶ Ofrezca pruebas serológicas para sífilis y VIH
- ▶ Suministre y fomente el uso de condones
- ▶ Recomiende al paciente que regrese en 7 días si la lesión no se ha curado por completo y en cualquier momento si empeora clínicamente, en cuyo caso deberá instaurar un tratamiento para otras causas de síndrome de úlcera genital, según la normativa.

## ÚLCERAS GENITALES



### 8.3 DOLOR ABDOMINAL BAJO O PÉLVICO

Síndrome de dolor abdominal bajo, definido clínicamente como dolor en la parte baja del abdomen. Puede ser de inicio súbito e intenso, necesitando atención inmediata, o crónico considerándose como tal cuando tiene al menos 6 meses de evolución. Según la etiología puede ser debido a causas ginecológicas (aborto, embarazo ectópico, rotura de quiste ovárico, sangrado uterino, dolor menstrual, degeneración de miomas, enfermedad inflamatoria pélvica) y no ginecológicas (apendicitis, diverticulitis, linfadenitis mesentérica, obstrucción intestinal, infección y litiasis urinaria, entre otras).

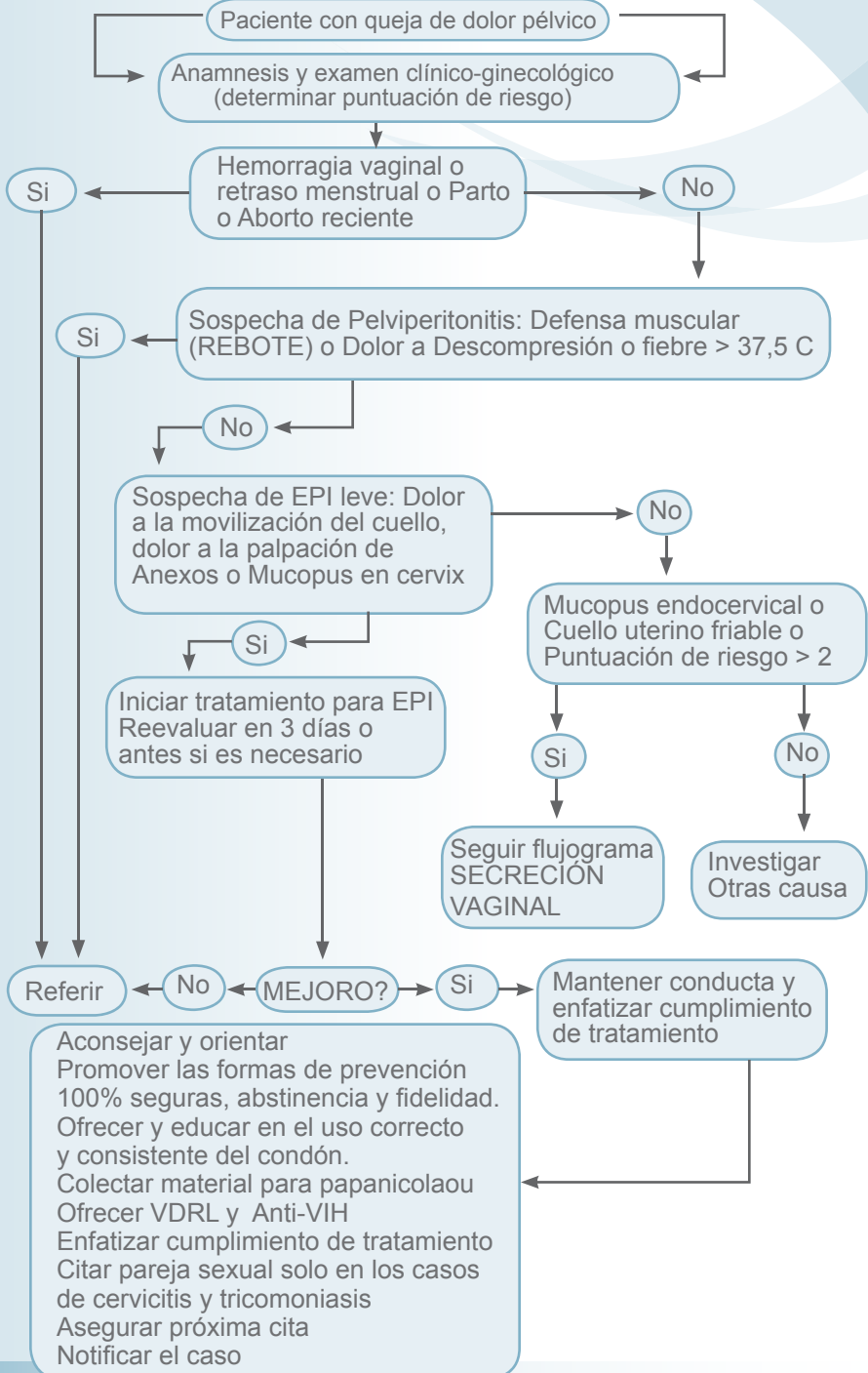
La Enfermedad Inflamatoria Pélvica es un síndrome clínico atribuido al ascenso de microorganismos por el tracto genital inferior, bien de forma espontánea o debido a la manipulación (DIU), comprometiendo endometrio, trompas, anexos uterinos y/o estructuras contiguas. Su diagnóstico es difícil debido a sus variadas manifestaciones clínicas.

Debe considerarse la hospitalización de las pacientes cuando:

- el diagnóstico es incierto;
- no pueden excluirse emergencias quirúrgicas como la apendicitis o el embarazo ectópico;
- se sospecha la presencia de un absceso pélvico;
- la gravedad de la enfermedad excluye el tratamiento ambulatorio;
- la paciente está gestando;
- la paciente no puede cumplir o tolerar un régimen terapéutico ambulatorio; o
- la paciente no respondió al tratamiento ambulatorio.

Los agentes etiológicos que pueden producir este síndrome son *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, bacterias anaerobias (*Bacteroides* spp. y cocos grampositivos). También incluyen bacilos gramnegativos facultativos y *Mycoplasma hominis*.

## DOLOR PÉLVICO



El tratamiento debe estar basado en el principio de que el diagnóstico microbiológico preciso es difícil así como la diferenciación clínica de estos agentes etiológicos.

## TRATAMIENTO AMBULATORIO

### Manejo sindrómico recomendado

- ▶ Tratamiento con dosis única para la gonorrea no complicada (consulte la sección 9.2.1)
- Otros regímenes con dosis única no han sido evaluados formalmente como tratamientos para la EPI

### MÁS

- ▶ Doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día, o tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días

### MÁS

- ▶ Metronidazol, 400 a 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 14 días

### Nota

- ▶ los pacientes que toman metronidazol deben evitar el consumo de alcohol mientras están en tratamiento. (48 horas antes de iniciarlo y 48 horas después de terminado el tratamiento)
- ▶ Las tetraciclinas están contraindicadas en la gestación.

### Complementos del tratamiento: extracción del dispositivo intrauterino (DIU)

Si la EPI se presenta en pacientes que tienen un DIU, la EPI se debe tratar con los antibióticos adecuados. No existe evidencia de que la extracción del DIU ofrece algún beneficio adicional. Por tanto, si la paciente desea continuar usándolo, no es necesario extraerlo. Si no desea conservarlo, se recomienda la extracción del DIU después de comenzar el tratamiento antimicrobiano. Cuando se extrae el DIU, es necesario brindar consejería sobre anticoncepción.



## 8.4 SECRECIÓN VAGINAL

Síndrome de secreción vaginal, definido clínicamente por secreción vaginal, picazón vaginal, disuria (dolor al orinar), dolor durante el acto sexual, acompañada o no de inflamación de los ganglios linfáticos inguinales.

El síntoma de secreción vaginal anormal (cantidad, color y olor) se presenta en las mujeres cuando tienen una infección vaginal. En casos excepcionales, puede estar causada por cervicitis mucopurulenta asociada a una ITS. Los principales agentes etiológicos que pueden producir la infección vaginal son *T. vaginalis*, *C. albicans* y la vaginosis bacteriana (VB). La *N. gonorrhoeae* y la *C. trachomatis* causan infección cervical.

El síntoma de flujo vaginal anormal es altamente indicativo de infección vaginal, aunque es un mal predictor de infección cervical. Por ello al realizar la historia clínica se deben tener en cuenta estos aspectos de tal manera que identifiquemos aquellas mujeres que están en mayor probabilidad o riesgo de estar infectadas por *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis*.

### 8.4.1 INFECCIÓN CERVICAL

Entre las mujeres con flujo anormal, se podría intentar identificar a aquellas que presentan mayores probabilidades de estar infectadas por *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis*. Por lo tanto podría ser útil realizar una evaluación del nivel de riesgo de la mujer para identificar a aquellas con mayor riesgo, especialmente cuando los factores de riesgo se adaptan a la situación local.

Realizar anamnesis determinando la puntuación de riesgo que puede indicar la probabilidad de que la paciente sea portadora de una cervicitis asintomática. Consiste en la colecta de alguna información, atribuyendo a cada una de estas, un determinado valor. La puntuación de riesgo se considera positiva para cervicitis cuando la suma de los valores atribuidos es igual o mayor de 2; o sea, de acuerdo con los criterios establecidos, incluso en ausencia de signos clínicos para cervicitis, la paciente se considerará

portadora asintomática y, por tanto, deberá recibir tratamiento concomitante para *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*.

### **Puntuación de riesgo:**

Pareja masculina con secreción uretral.....	= 2
Edad menor de 21 años .....	= 1
Sin pareja fija.....	= 1
Más de una pareja en los últimos tres meses...	= 1
Nueva pareja en lo últimos tres meses.....	= 1

(Tenga en cuenta que la persona entrevistada podría no responder con la verdad a esta puntuación de riesgo, por lo que debe apoyarse de la consejería)

*Al examen se puede encontrar:*

Presencia de exudado mucopurulento endocervical o cuello uterino friable o puntuación de riesgo mayor o igual a dos.

Si la paciente presenta los signos clínicos de cervicitis (moco-pus o cuello friable), o en ausencia de estos, presenta una puntuación de riesgo mayor o igual a dos, se recomienda tratamiento concomitante para las causas más comunes e importantes de cervicitis, que son gonorrea y clamidia

### **Manejo sintomático recomendado**

- ▶ Tratamiento para la gonorrea no complicada ( ver sección 9.2.1)

### **MÁS**

- ▶ Tratamiento para clamidia (ver sección 9.2.2)

## RESUMEN: Infección cervical

Opciones de tratamiento para gonorrea	Opciones de tratamiento para clamidia
Ciprofloxacina	Doxiciclina
Ceftriaxona	
Cefixima	
	<b>Alternativas</b>
Penicilina procaínica	Amoxicilina
Gentamicina	Ofloxacina
	Eritromicina (si está contraindicada la tetraciclina)
	Tetraciclina

Su tratamiento en el embarazo adquiere mayor importancia, ya que es causa de prematuridad, Ruptura prematura de membranas, metritis post-parto y conjuntivitis neonatal.

### 8.4.2 INFECCIÓN VAGINAL

Examinar la región anal y genital externa, separar los labios vaginales y visualizar el introito vaginal. Introducir el espéculo para examinar la vagina, sus paredes, fondo de saco y cuello uterino. Esto, junto con ciertas características del exudado que tienen que ver con el olor, color y consistencia, pueden orientar al diagnóstico, así:

- ▶ Vaginosis bacteriana secreción vaginal líquida, color grisáceo y de olor característicamente fétido (olor a pescado descompuesto). Prurito y ardor vulvovaginal.
- ▶ Tricomonirosis: secreción vaginal de aspecto espumoso, sensación de quemadura, disuria, vagina eritematosa y cervix con aspecto de fresa.
- ▶ Candidiasis: presencia de leucorrea blanquecina grumosa, hiperemia del cervix, de la vagina, vulva o perine, ardor y prurito.

### Manejo sintromico recomendado

- ▶ Tratamiento para *T. vaginalis* (Ver seccion 9.2.4)

### MÁS

- ▶ Tratamiento para vaginosis bacteriana (Ver seccion 9.2.6)

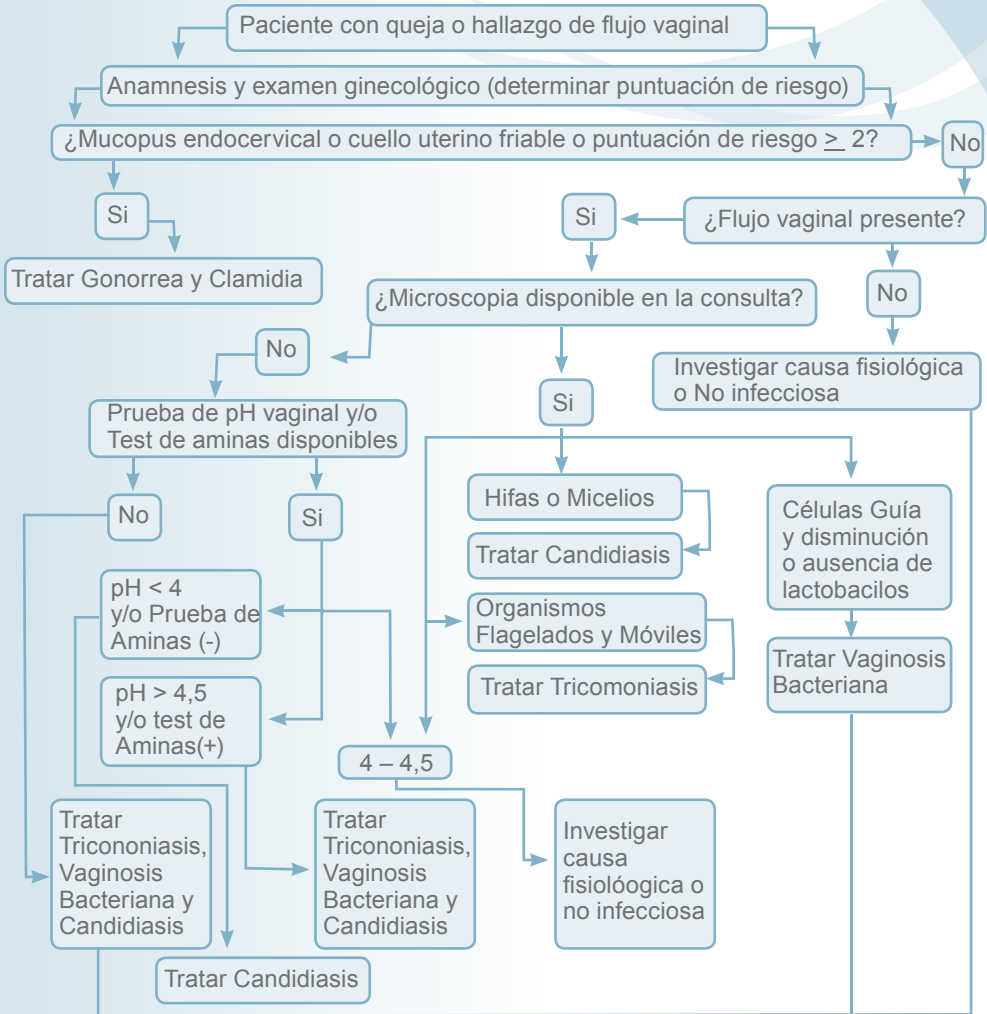
### Y, CUANDO CORRESPONDA,

- ▶ Tratamiento para *C. albicans* (Ver seccion 9.2.5)

## RESUMEN: Infeccion vaginal

Medicamentos para vaginosis bacteriana	Medicamentos para <i>T. Vaginalis</i>	Medicamentos para la candida
Metronidazol	Metronidazol	Clotrimazol Fluconazol
<b>Alternativas</b>		<b>Alternativas</b>
Clindamicina Metronidazol en gel Clindamicina crema vaginal		Nistatina

## FLUJO VAGINAL



Aconsejar y Orientar  
 Promover las formas de prevención 100% seguras, abstinencia y fidelidad.  
 Ofrecer y educar en el uso correcto y consistente del condón.  
 Colectar material para Papanicolaou  
 Ofrecer VDRL y VIH  
 Enfatizar cumplimiento de tratamiento  
 Citar a pareja sexual solo en los casos de Cervicitis y Tricomoniasis  
 Asegurar próxima cita.  
 Notificar

## 8.5 INFLAMACIÓN ESCROTAL

La infección de los testículos es una complicación grave, se manifiesta habitualmente por dolor e hinchazón testicular unilateral de comienzo agudo, frecuentemente acompañada de dolor con la palpación del epidídimo y el conducto deferente, y en ocasiones con eritema y edema de la piel suprayacente.

En hombres sexualmente activos de menos de 35 años de edad, los microorganismos transmitidos sexualmente son la causa más frecuente de esta patología. Cuando la descarga uretral es concomitante con la epididimitis (inflamación del epidídimo) el origen probablemente sea la *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis*.

En hombres de mayor edad, en quienes una infección de transmisión sexual es poco probable, o la que sigue a exploraciones urológicas instrumentales suele deberse a *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.* o *Pseudomonas aeruginosa*.<sup>8</sup>

En niños prepúberes de sexo masculino, la infección es debida generalmente a *pseudomonas*, coliformes o por el virus de la parotiditis.

Debe hacerse la diferenciación con causas no infecciosas, como traumatismos, tumores y la torsión testicular. La torsión, una urgencia quirúrgica, suele suceder en el segundo o tercer decenio de la vida y debe sospecharse por un dolor de comienzo brusco con elevación del testículo dentro del saco escrotal, ello requiere la referencia inmediata del paciente.

La epididimitis asociada a ITS puede producir infertilidad si no se instaure un tratamiento efectivo.

### Manejo sintromico (empírico) recomendado

- ▶ Tratamiento para la gonorrea no complicada (ver sección 9.2.1)

### MÁS

- ▶ Tratamiento para clamidia (ver sección 9.2.2)

<sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud, Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, Ginebra, Suiza, 2005.

RESUMEN:  
Inflamación escrotal

Opciones de tratamiento  
para gonorrea

Ciprofloxacina

Ceftriaxona

Cefixima

Opciones de tratamiento  
para clamidia

Doxiciclina

**Alternativas**

Amoxicilina

Ofloxacina

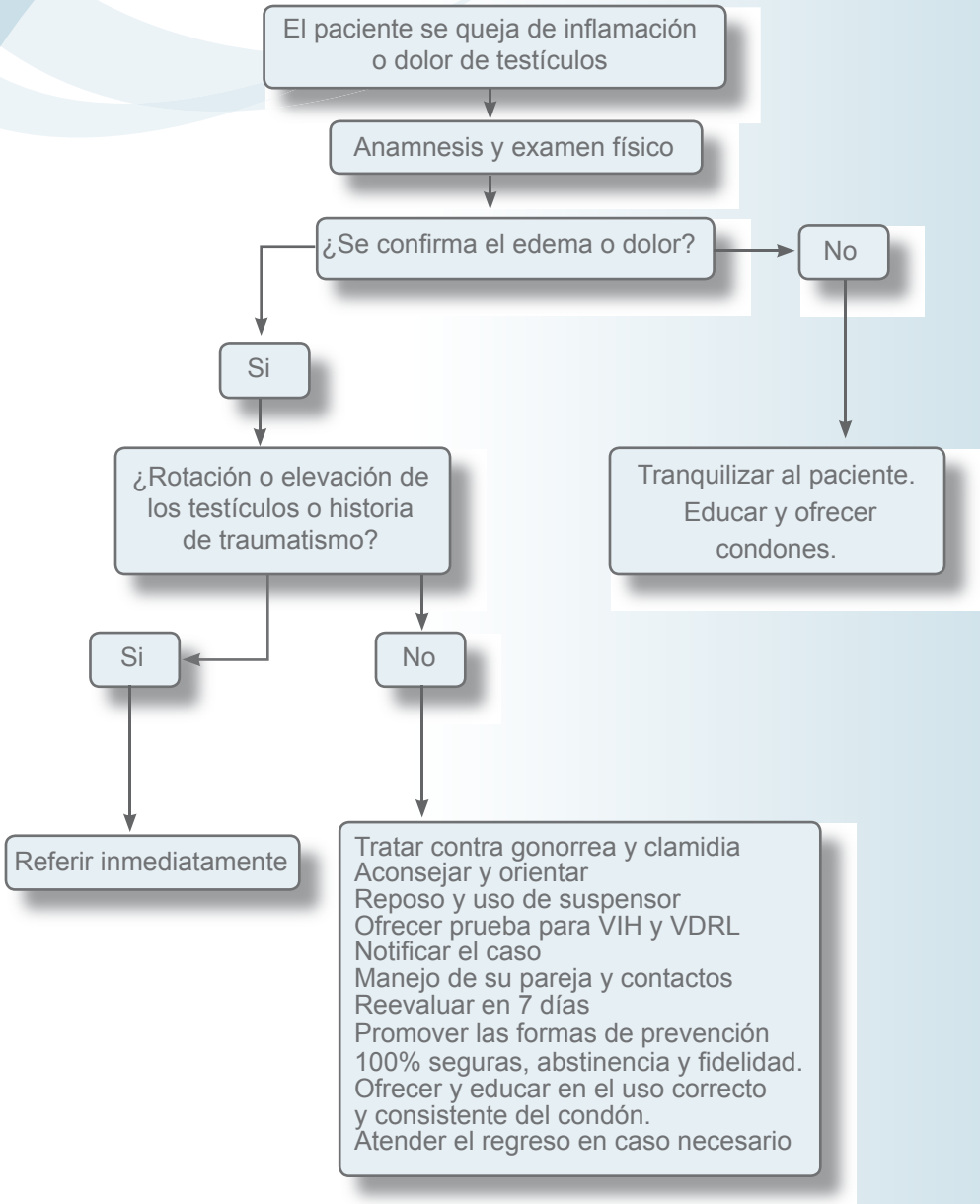
Eritromicina (si está  
contraindicada la tetraciclina)

Tetraciclina

**Complementos del tratamiento**

- Reposo en cama
- Uso de soporte o suspensor hasta que disminuya la inflamación local y la fiebre

## INFLAMACIÓN DE ESCROTO





## 9. TRATAMIENTO DE INFECCIONES ESPECÍFICAS

### 9.1 ENFERMEDADES QUE CURSAN CON ÚLCERA

- Sífilis
- Chancroide
- Herpes Genital
- Linfogranuloma Venéreo
- Granuloma Inguinal

### 9.2 ENFERMEDADES QUE CURSAN CON SECRECIÓN

- Infección por Gonococo
- Infección por Clamidia
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria. Manejo del Dolor Pélvico
- Dolor Pélvico.
- Tricomoniasis
- Moniliasis
- Vaginosis Bacteriana (V.B.)

### 9.3 ENFERMEDADES CON PRESENCIA DE VERRUGAS

- Infección por Virus del Papiloma Humano (I.V.P.H.)
- Molusco Contagioso

### 9.4 ENFERMEDADES CON PRESENCIA DE ECTOPARÁSITOS

- Pediculosis púbica
- Escabiosis

### 9.5 HEPATITIS B

### 9.6 INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA / SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH/SIDA)

## 9.1 ENFERMEDADES QUE CURSAN CON ÚLCERA

### 9.1.1 SÍFILIS

**Agente Etiológico:** La espiroqueta *Treponema pallidum* (*T. pallidum*)

Periodo de incubación de 10 a 90 días. Promedio de 21 días.

La sífilis es una enfermedad sistémica desde el inicio. La infección puede clasificarse como congénita (transmitida de madre a hijo *in utero*) o adquirida (transmitida por vía sexual o a transfusional)

La sífilis adquirida se divide en Temprana y tardía

Sífilis Temprana: Aquella que tiene una evolución menor de dos años.

- ▶ Sífilis Primaria: Se caracteriza por la aparición de una lesión ulcerada generalmente única, indolora, seca, en la región genital (aunque se han reportado en otros sitios del cuerpo), conocida como chancro sifilítico o chancro primario. Es una lesión que puede desaparecer en forma espontánea en 1 a 2 semanas.
- ▶ Sífilis Secundaria: Caracterizada por lesiones mucocutáneas y adenopatías. Es una de las etapas más infectantes de la enfermedad. Puede aparecer de 6 semanas a 6 meses después de la infección primaria y puede desaparecer en forma espontánea en 1 a 2 semanas. Un dato clínico importante es que las lesiones involucran palmas de las manos y plantas de los pies; también son frecuentes lesiones en área ano-genital como Condiloma Lata producido por *Treponema Pallidum*.
- ▶ Latente Temprana o latente precoz: No hay ninguna manifestación clínica y usualmente el diagnóstico se hace por los estudios serológicos específicos o inespecíficos. Es una de las formas más frecuentes en la práctica diaria.

Sífilis Tardía: Aquella con evolución mayor de dos años.

- ▶ Sífilis Latente Tardía: No hay manifestaciones clínicas, los exámenes serológicos son positivos y para fines de tratamiento se maneja igual que una sífilis terciaria. Aquí se incluye también la sífilis de evolución desconocida.
- ▶ Sífilis Terciaria: Caracterizada por: síndromes cardíaco vasculares, entre ellos: aneurisma aórtico, vasculitis, insuficiencia cardíaca; síndromes neurológicos: locura, ataque de los nervios craneales (oftálmico y auditivo); y lesiones gomatosas. En estos estadios las lesiones son irreversibles y con el paciente es de baja infectividad. Desde el punto de vista terapéutico, el Síndrome Neurológico no se trata como Sífilis Terciaria.

Otras formas:

- ▶ Sífilis más embarazo: Un síndrome clínico que puede comprender: abortos repetitivos, retardo de crecimiento intrauterino, muerte neonatal.
- ▶ Sífilis Congénita: En el recién nacido puede encontrarse: ictericia, hepato-esplenomegalia, secreción nasal mucopurulenta, penfigo palmoplantar, petequias y neumonía alba, laringitis (llanto ronco y continuo), gastroenteritis, osteocondritis de huesos largos al examen radiológico.

### **Diagnóstico de Laboratorio:**

Técnicas Directas:

*Campo oscuro:*

Esta técnica es útil en lesiones de sífilis primaria, secundaria y sífilis congénita y consiste en la visualización de el treponema a partir de una muestra de la secreción.

## Técnica Indirectas

### *Pruebas Serológicas:*

- No treponémicos: Las más usadas son Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) y la prueba de reagina plasmática rápida (RPR) que son equivalentes, pero no son comparables entre sí. Detectan una cardiolipina liberada de la célula infectada por el treponema y son positivas 2 a 3 semanas después de la infección.
- Treponémicos: Son pruebas confirmatorias que detectan anticuerpos (IgG) contra el treponema. Suelen permanecer positivas toda la vida aún en ausencia de la enfermedad y son específicas. No son útiles para seguimiento de los casos. Entre estas tenemos:

Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test (FTA-ABS): Pruebas de inmunofluorescencia donde se usan los rayos ultravioleta.

MHA-TP: Prueba de microhemaglutinación. Es la más recomendable.

Las pruebas inespecíficas o no treponémicas pueden dar falsos negativos, por ejemplo: en aquellos pacientes inmunocomprometidos como en los pacientes con VIH/SIDA o cuando se encuentran en el periodo de “ventana” (de 3 a 4 semanas), se presenta efecto Prozona, y, además falsos positivos, ejemplo: infección de vías urinarias, paludismo, embarazo, lupus eritematoso y otras enfermedades inmunológicas.

No existen formas de cultivo o pruebas de inoculación.

Deberá efectuarse punción lumbar en los pacientes con Sífilis que presenten cualquiera de los siguientes criterios:

1. Presencia de signos y síntomas neurológicos (incluidos los oftalmológicos).

2. Evidencia de sífilis terciaria (aortitis, goma e iritis).
3. Fallo del tratamiento.
4. Paciente con infección por VIH con sífilis latente, tardía ó sífilis de duración desconocida.

### **Tratamiento:**

La penicilina es la droga de elección para el tratamiento de la sífilis incluyendo la sífilis del sistema nervioso y en ocasiones es necesario desensibilizar a pacientes alérgicos a la penicilina. Además de los problemas alérgicos deberá tenerse en cuenta la reacción de Jarisch - Herxheimer la cual aparece poco después de iniciar el tratamiento de la sífilis y consiste en aumento de la temperatura, escalofríos, mialgias, cefalea, taquicardia, taquipnea, aumento de neutrófilos circulantes y vasodilatación con ligera hipotensión. Esta reacción es desencadenada por la liberación de sustancias tóxicas de los treponemas al morir, la cual reacciona a su vez con los tejidos sensibilizados.

### **RÉGIMEN DE TRATAMIENTO PARA LA SÍFILIS**

**SÍFILIS TEMPRANA** (primaria, secundaria o latente precoz)

#### **Régimen recomendado**

- ▶ Penicilina G Benzatínica 2,4 millones UI por vía intramuscular, en una sola dosis. Debido al volumen, esta dosis debe dividirse y administrarse en dos sitios diferentes.

#### **Régimen alternativo para pacientes no gestantes alérgicas a la penicilina**

- ▶ Doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 14 días
- 
- ▶ Tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días

### **Régimen alternativo para pacientes gestantes alérgicas a la penicilina**

- ▶ Eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días

### **SÍFILIS TARDÍA LATENTE, DE EVOLUCIÓN DESCONOCIDA Y SÍFILIS TERCIARIA.**

(Infección de más de dos años de duración sin signos de infección treponémica)

### **Régimen recomendado**

- ▶ Penicilina G Benzatínica, 2,4 millones UI por vía intramuscular una vez por semana por 3 semanas consecutivas. Debido al volumen, esta dosis debe dividirse y administrarse en dos sitios diferentes.

### **Régimen alternativo para pacientes no gestantes alérgicas a la penicilina**

- ▶ Doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 30 días
- 
- ▶ Tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 30 días

### **Régimen alternativo para pacientes gestantes alérgicas a la penicilina**

- ▶ Eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 30 días

PARA EL TRATAMIENTO DE SÍFILIS MATERNA  
REMITIRSE A ANEXO 1

## NEUROSÍFILIS

### Régimen recomendado

- ▶ Penicilina cristalina o potásica, 12 a 24 millones UI por inyección endovenosa, administrada diariamente en dosis de 2 a 4 millones UI, cada 4 horas durante 14 días.

La Penicilina G Benzatínica, 2,4 millones UI por vía intramuscular, no alcanza niveles terapéuticos adecuados en el LCR.

### Régimen alternativo para pacientes **NO** gestantes alérgicas a la penicilina

- ▶ Doxiciclina, 200 mg por vía oral, dos veces al día durante 30 días
- 
- ▶ Tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 30 días

*Otras formas de Infección.*

### Sífilis con infección de VIH.

Las pruebas serológicas para la sífilis pueden tener un comportamiento atípico en personas infectadas con VIH. Es decir, pudieran presentar resultados muy altos, muy bajos, fluctuantes o falsos positivos. Es por ello que se recomiendan también los exámenes directos como el campo oscuro.

En general el tratamiento es similar al paciente no infectado con VIH aunque requieren de un tratamiento igual que una sífilis tardía ó terciaria y definir complementos al tratamiento original (antirretrovirales) por la infección del VIH presente.

Se recomienda un seguimiento cuidadoso tras el tratamiento para garantizar que este fue efectivo.

## **SÍFILIS CONGÉNITA. (ver anexo 2 para definición de caso)**

Debe sospecharse especialmente en aquellos recién nacidos(as) de madres seropositivas (pruebas treponémicas y no treponémicas), o con evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria), con los siguientes criterios:

- No tratadas o con tratamiento no documentado.
- Tratadas con regímenes no penicilínicos durante el embarazo.
- Tratadas antes de un mes del parto.

### **Evaluación del Recién Nacido:**

- Examen físico completo para describir evidencias de sífilis congénita
- Análisis del líquido cefalorraquídeo (células, proteínas y VDRL).
- Rayos X de huesos largos.
- Otros: Rayos X de tórax, hemograma, plaquetas, prueba de función hepática.

Todos los niños nacidos de madres con una prueba treponémica o no-treponémica reactiva deberán ser evaluados con una prueba no-treponémica (RPR/VDRL) realizada en suero, ya que la sangre del cordón puede estar contaminada con sangre materna y, por lo tanto, dar un resultado falso positivo.

Así, todo neonato con títulos de RPR/VDRL cuatro veces mayor que los títulos de la madre o lo que equivale a un cambio en dos diluciones o más de los maternos (por ejemplo de 1:16 a 1:4) se considera un caso de SC. Además, se les debe realizar un examen físico exhaustivo.

En la gestante el único antibiótico probado que evita la sífilis congénita es la penicilina.

Si existen antecedentes de alergia a la penicilina en una gestante con sífilis, se debe considerar la DESCENSIBILIZACIÓN, por lo que se debe ingresar a la paciente o referirla a un hospital de tercer nivel para que este procedimiento se realice en equipo y coordinados con infectología



## Régimen recomendado

### *A) Sífilis congénita precoz (hasta 2 años de edad) y niños con LCR anormal*

- ▶ Penicilina cristalina o potásica 100.000 a 150.000 UI / kg / día administradas como 50.000 UI / kg / dosis IV cada 12 horas durante los primeros 7 días de vida y luego cada 8 horas por un total de 14 días.

#### Nota

- ▶ Algunos especialistas tratan a todos los niños con sífilis congénita como si los hallazgos del LCR fueran anormales. No se recomiendan otros antibióticos a excepción de la penicilina (por ejemplo, eritromicina) para la sífilis congénita excepto en casos de alergia a la penicilina. Las tetraciclinas no se deben usar en niños menores de 7 años

### *B) Sífilis congénita de 2 o más años*

- ▶ Penicilina cristalina o potásica, 200.000 a 300.000 UI / kg / día por vía intramuscular o endovenosa, administrada como 50.000 UI / kg / dosis cada 4 a 6 horas por 14 días.

### **Régimen alternativo para pacientes alérgicos a la penicilina, después del primer mes de vida**

- ▶ Eritromicina, 50 mg / kg por vía oral, 4 veces al día durante 30 días.

El seguimiento serológico se hará al nacimiento, al mes y luego cada 3 meses (los anticuerpos maternos desaparecen a los 3 meses del nacimiento) hasta que el examen llegue a ser no reactivo o el título haya disminuido en cuatro diluciones. La evaluación se mantendrá hasta el año de vida, aunque el 70% negativiza al sexto mes. Nunca debe presentarse aumento en la titulación después de negativizado, si es así evaluar inicio de tratamiento.

## **Manejo de Parejas Sexuales:**

Se deben tratar todos los contactos sexuales en los últimos noventa días precedentes al diagnóstico, aún en ausencia de síntomas o pruebas serológicas positivas.

## **Seguimiento:**

El seguimiento de la Sífilis temprana se hará con pruebas serológicas no treponémicas a los 3, 6 y 12 meses respectivamente para investigar reinfección.

En pacientes con Neurosífilis el seguimiento será de la siguiente manera:

Si hubiere pleocitosis en líquido cefalorraquídeo inicial, el examen de este debe repetirse cada seis meses hasta que el conteo de células sea normal.

Si el conteo de células no ha disminuido ó si el líquido cefalorraquídeo no es completamente normal después de seis meses entonces debe repetirse el tratamiento y repetir PL cada 6 meses hasta que el líquido cefalorraquídeo sea normal.

En caso de Sífilis de evolución desconocida ó sífilis terciaria el seguimiento serológico debe ser al tercero, sexto, noveno y doceavo mes durante un año y luego cada año por cinco años.

El seguimiento en Pacientes con Sífilis más VIH será igual, al de sífilis terciaria y Neurosífilis.

Para considerar que una respuesta satisfactoria del tratamiento, el descenso de los títulos debe ser de cuatro diluciones o más en exámenes serológicos de V.D.R.L. o R.P.R.

Pacientes que deberán repetir el tratamiento:

1. Para los casos de sífilis primaria, si persisten los signos y síntomas.
2. Signos y síntomas clínicos persistentes o recurrente de sífilis después de tres meses del tratamiento inicial.
3. Para los casos de Sífilis Secundaria, si existen signos y

- síntomas clínicos persistentes o recurrentes después de seis meses del tratamiento inicial.
4. Incremento de 4 diluciones en el título del VDRL o RPR después del tratamiento inicial.
  5. Títulos de VDRL 1: 8 o más, persistente por un año o más, después del tratamiento inicial

En todos estos pacientes y los que presentaron inicialmente una prueba negativa de VIH se indicará nuevamente esta prueba al iniciar el nuevo tratamiento. En la sífilis tardía o Neurosífilis deberá examinarse además el Líquido cefalorraquídeo.

Las pruebas treponémicas no se utilizan para seguimiento, ya que permanecen positivas para toda la vida.

### **Prevención:**

Aunque el treponema se considera un germen de baja infectividad, deberá indicarse abstinencia de las relaciones sexuales o uso de preservativos hasta que los títulos serológicos se consideren estables. Asimismo, deberá ofrecerse la consejería correspondiente al cambio de conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo.

### **9.1.2 CHANCROIDE**

**Agente Etiológico:** Haemophilus ducreyi, bacilo anaerobio facultativo gramnegativo, se conoce como un estreptobacilo a causa de su tendencia a producir formaciones en cadena.

**Periodo de incubación** de 3 a 10 días.

La enfermedad comienza con una pápula dolorosa en el lugar de la inoculación (habitualmente genital), la cual después sufre una erosión y se presenta como una ulceración poco profunda, sumamente dolorosa, de bordes socavados e irregulares, húmeda y fondo sucio, con frecuencia, las úlceras son múltiples y pueden confluir formando ulceraciones gigantes o serpiginosas. A veces, las lesiones son pustulosas y se parecen a la foliculitis u otra infección piógena. En casi un 50% de los pacientes aparece una adenopatía inguinal inflamatoria aguda y dolorosa, sensible al contacto o la presión, que con frecuencia es unilateral. Si el paciente no recibe tratamiento, los ganglios afectados se hacen

confluentes formando un bubón supurado y uniloculado. La piel que lo cubre aparece tensa y enrojecida; finalmente, se rompe dejando una sola úlcera profunda.

#### **Diagnóstico de laboratorio:**

- ▶ Frotis de la lesión: con coloración Gram, Wright o Giemsa, dando la imagen de una fila de peces.
- ▶ Cultivo y estudio histopatológico.
- ▶ Realizar prueba para serología de sífilis (V.D.R.L. o R.P.R.).

#### **Régimen recomendado**

- ▶ Ciprofloxacina 500 mg. 2 veces al día por 3 días;
- 
- ▶ Eritromicina 500 mg. Vía oral 4 veces al día por 7 días;

#### **Régimen alternativo**

- ▶ Trimetoprim Sulfametoxazole 160/800 mg. Vía Oral 2 veces al día por 7 días;
- 
- ▶ Ceftriaxone 250 mg. I.M dosis única

*Nota: Ciprofloxacina esta contraindicada en embarazo y en la mujer que lacta.*

#### **Chancroide en el embarazo:**

##### **Régimen recomendado**

- ▶ Ceftriaxone 250 mg. Dosis única;
- 
- ▶ Eritromicina 500 mg. Vía oral 4 veces día por 7 días;
- 
- ▶ Amoxicilina 500 mg. + 125 mg de Ácido Clavulánico vía oral 3 veces día por siete días

#### **Control y Seguimiento:**

El Chancroide es un problema más frecuente en el hombre que en la mujer (1/10), siendo en esta ultima frecuentemente asintomática.

El tratamiento recomendado debe ser extensivo a la(s) pareja(s) sexuales, independientemente si existen o no síntomas y a todos aquellos contactos en los 10 días precedentes al diagnóstico. Pueden coexistir Chancroide y VIH, lo cual aumenta las fallas del tratamiento requiriendo que este sea más prolongado.

El control se debe hacer semanal hasta comprobar mejoría clínica. El bubón inguinal puede drenar en forma espontánea, caso contrario se puede drenar mediante aspiración y no por incisión. En la úlcera únicamente se requiere de limpieza local con agua y jabón.

Deben suspenderse las relaciones sexuales hasta que la lesión haya desaparecido. Recomendar uso de preservativos y las medidas educativas necesarias.

Si el paciente no mejora tras el tratamiento, considerar:

- a) El diagnóstico es incorrecto
- b) Paciente coinfectado con otra ITS
- c) Coinfección con VIH
- d) Incumplimiento del tratamiento
- e) Resistencia del microorganismo a los antimicrobianos

### **9.1.3 HERPES GENITAL**

**Agente Etiológico:** Virus del Herpes Simple tipo I y tipo II (VHS I y II).

#### **Diagnóstico Clínico.**

Se sospechará ante la presencia de vesículas y úlceras dolorosas con sensación de quemadura, ardor y prurito, localizado en piel y mucosa del área genital.

#### **Periodo de Incubación.**

De 2 a 7 días, pudiendo desaparecer las lesiones en 1 ó 2 semanas en forma espontánea. El virus se replica y se aloja en los ganglios

nerviosos, generalmente ganglios del nervio sacro, responsable de las recurrencias sintomáticas o asintomáticas cada vez que haya reactivación viral.

### **Transmisibilidad.**

- ▶ Vía sexual
- ▶ Sanguínea
- ▶ Autoinoculación
- ▶ Transplacentaria (poco frecuente)
- ▶ Contaminación intraparto

### **Diagnóstico de laboratorio.**

1. Examen citológico y colposcópico.
2. Evaluación Colposcópica
3. Inmunofluorescencia, aunque no distingue serotipos de herpes puesto que detectan glicoproteína virales que son comunes a toda la familia del herpes y suelen permanecer positivos durante toda la vida a partir del momento de la primoinfección.
4. Cultivos virales

### **Régimen recomendado para el primer episodio clínico**

- ▶ Aciclovir 400 mg. vía oral, 3 veces día durante 7 días
- 
- ▶ Aciclovir 200 mg. vía oral, 5 veces día durante 7 a 10 días

### **Régimen recomendado para la infección recurrente**

- ▶ Aciclovir 200 mg vía oral, 5 veces al día durante 5 días
- 
- ▶ Aciclovir 400 mg vía oral, 3 veces al día durante 5 días
- 
- ▶ Aciclovir 800 mg vía oral, dos veces al día durante 5 días

## **Régimen recomendado para el tratamiento supresivo**

- Aciclovir 400 mg vía oral, dos veces al día, como tratamiento permanente

### **Nota**

Después de un año de terapia supresiva continua debe evaluarse su continuación con el paciente con el objeto de evaluar la tasa de recurrencia

## **Régimen recomendado para herpes sistémico severo**

- Aciclovir, 10 mg. / Kg de peso, o (1500mg. / m<sup>2</sup> / SC ), cada 8 horas, por vía endovenosa por 7 a 14 días o hasta obtener la resolución clínica
- En caso de inmunodeprimidos dar 60 mg/kg/día

## **Régimen recomendado para herpes simple resistente a Aciclovir**

- Foscarnet 40 mg/kg cada 8 horas, por vía intravenosa por 4 a 21 días

El uso concomitante de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) puede disminuir la respuesta inmunológica, aumentando el riesgo de recurrencias o la severidad del ataque.

**Es muy importante hacer notar que la terapia con estos antivirales no erradica el virus. Su utilización en el episodio inicial puede disminuir significativamente la duración de los síntomas y las lesiones.**

### **Herpes y Embarazo:**

Durante el primer trimestre del embarazo, no se recomienda el uso de Aciclovir y solo se deben dar medidas locales, excepto en casos severos.

En el segundo trimestre, solo se tratarán casos de recurrencias severas.

En el tercer trimestre, se dará tratamiento de acuerdo a los esquemas mencionados anteriormente para el primer episodio y recurrencias.

Para todos los casos:

El tratamiento se basa en la terapia específica y las medidas locales coadyuvantes. Estas últimas incluyen el uso de soluciones astringentes (secantes) tales como Domeboro, Ácido Bórico, sal inglesa, entre las más comunes.

**El herpes tipo II activo en el trabajo de parto es indicación de cesárea y la anestesia deberá ser general para evitar su diseminación al sistema nervioso central.**

Seguimiento y Medidas Preventivas.

La enfermedad no deja inmunidad y puede haber persistencia perenne del virus, debido a que el virus puede permanecer dentro de los ganglios nerviosos por toda la vida y por ende, la enfermedad puede recurrir aún en ausencia de vida sexual activa. La recurrencia puede ser sintomática o asintomática (10 %), pero igualmente son infectantes.

No está indicado administrar antivirales entre un episodio y otro, si no cumple con los criterios para aplicar terapia supresiva.

Prevención:

- ▶ No existe una forma absoluta de prevención.
- ▶ Recomendar la abstinencia de relaciones sexuales mientras las lesiones estén presentes



- ▶ Uso de preservativo durante todas las relaciones sexuales.
- ▶ Tomar citología cérvico-vaginal en toda mujer que se diagnostique herpes genital.
- ▶ Explicar a la pareja el riesgo perinatal. Como ya se explico, la transmisión placentaria es poco frecuente, pero es sumamente alta la frecuencia de infección fetal si la madre esta infectada al momento del parto o presenta una recurrencia durante el mismo periodo. Por ende, en toda mujer con antecedentes de herpes y embarazo debe tenerse especial cuidado en el último trimestre del embarazo o el parto.
- ▶ Recomendar con especial énfasis prueba para VIH, puesto que el herpes es cofactor para dicha infección y a la vez una enfermedad oportunista en SIDA.
- ▶ Toma de serología de sífilis (V.D.R.L. o R.P.R.).
- ▶ El tratamiento debe recomendarse a la(s) pareja(s) sexual(es) sintomáticas, y ofrecer consejería.
- ▶ Se sugiere control en una semana post-tratamiento.

#### 9.1.4 LINFOGRANULOMA VENÉREO

**Agente Etiológico:** Chlamydia trachomatis Cepas L1, L2, L3.

**Periodo de Incubación:** de 3 días a 6 semanas aproximadamente.

#### **Diagnóstico Clínico.**

La enfermedad se divide en 3 etapas:

##### **Primera Etapa**

Se inicia con una pápula, úlcera no indurada o vesícula indolora localizada en el pene, o en la mujer en los labios, la horquilla o la vagina posterior. Puede haber uretritis inespecífica.

Las lesiones anal o rectal aparecen en el receptor, después del coito anorrectal, aunque en mujeres, la infección rectal puede originarse mediante la diseminación por contigüidad de las secreciones infectadas a lo largo del perineo o quizá, por propagación al recto a través de los linfáticos pélvicos.

Estas lesiones pueden desaparecer en forma espontánea en un periodo de 10 días.

### **Segunda etapa**

Caracterizada por un ataque ganglionar pudiendo aparecer una adenopatía inguinal, generalmente unilateral y que se evidencia después de 10 a 30 días de la lesión de la primera etapa.

### **Tercera etapa:**

Síndrome anogenital. Si la enfermedad no se trata adecuadamente en las etapas anteriores, aparecen complicaciones a nivel anorrectal caracterizadas por proctocolitis, destrucción del tabique anorrectal fistulización, uretritis y linfadenitis regional conocida como Elefantiasis. En esta etapa de la enfermedad quedan secuelas permanentes. Esto último, es frecuente cuando hay contacto sexual anal. Se considera que el LGV es cofactor para el VIH.

### **Diagnóstico de laboratorio.**

- ▶ Frotis de la secreción. Puede encontrarse muestras “limpias” (no-observación de bacteria alguna) con 10 ó más polimorfonucleares por campo en objetivo 100 X.
- ▶ Cultivo para Clamidia.
- ▶ Pruebas serológicas: Principalmente fijación de complemento o anticuerpos monoclonales para clamidia.
- ▶ Citología cérvico-vaginal.
- ▶ Recomendable V.D.R.L. basal y prueba para VIH.

### **Régimen recomendado**

- ▶ Doxiciclina: 100 mg. vía oral, dos veces al día durante 14 días;

- Eritromicina: 500 mg. vía oral, 4 veces al día durante 14 días

### **Régimen alternativo**

- Tetraciclina: 500 mg. vía oral 4 veces al día durante 14 días.

### **Linfogranuloma Venéreo y Embarazo.**

- Tratamiento: Eritromicina 500 mg. vía oral 4 veces día por 14 días.

### **Nota**

- Debe realizarse punción para aspiración de los ganglios linfáticos fluctuantes a través de piel sana.
- La incisión y drenaje o la escisión de los ganglios linfáticos puede retardar la cicatrización.
- Algunos pacientes con enfermedad avanzada quizás necesiten el tratamiento por un periodo mayor a los 14 días, y quizás deban ser referidos a cirugía para corregir secuelas como estenosis o fístulas

### **Seguimiento y Prevención.**

El tratamiento deberá ser extensivo a la(s) pareja(s) sexual(es) que hayan tenido contacto en las cuatro semanas precedentes al diagnóstico. Se debe recomendar el uso de preservativos, medidas educativas acerca de la evolución de la enfermedad y necesidad de cumplimiento del tratamiento.

El seguimiento deberá efectuarse semanalmente hasta la resolución clínica de la enfermedad sin olvidar investigar cofactores (V.D.R.L. y VIH).

### 9.1.5 GRANULOMA INGUINAL

**Agente Etiológico:** Calymmatobacterium granulomatis

#### **Diagnóstico Clínico.**

Se inicia como una pápula que se ulcera y evoluciona hacia la aparición de una zona elevada e indolora de tejido de granulación limpio, friable y rojo intenso. La infección secundaria por anaerobios puede producir dolor y un exudado maloliente. Generalmente no afecta ganglios inguinales y la lesión compromete únicamente las regiones genital y perineal de ambos sexos. Debe hacerse diagnóstico diferencial con carcinoma cutáneo, amebiasis cutánea y condiloma lata.

#### **Diagnóstico de laboratorio.**

- ▶ Frotis de la secreción donde pueden observarse los cuerpos de Donovan característicos de esta enfermedad.
- ▶ Biopsias de la lesión que sirve también para excluir otros diagnósticos.
- ▶ No existen medios de cultivo para este germen.

#### **Régimen recomendado**

- ▶ Doxiciclina 100 mg. vía oral dos veces al día por 14 días;

#### **Régimen alternativo**

- ▶ Trimetroprim- Sulfametoxazole 160/800 mg. 2 tabletas vía oral dos veces al día con un mínimo de 14 días o hasta que las lesiones hayan completado su reepitelización.
- 
- ▶ Tetraciclina: 500 mg. vía oral 4 veces al día por 14 días;
- 
- ▶ Eritromicina 500 mg. vía oral 4 veces al día por 14 días.

## **Prevención y Seguimiento.**

- ▶ El tratamiento debe extenderse a la(s) pareja(s) sexual(es).
- ▶ Se debe recomendar el uso de preservativos.
- ▶ Medidas educativas acerca de la evolución de la enfermedad.
- ▶ Necesidad de cumplir tratamiento.
- ▶ Indicar V.D.R.L. y recomendar toma de examen para VIH.

El seguimiento debe hacerse en forma semanal hasta que la lesión o úlcera sane. Se recomienda aseo local de la lesión con agua y jabón y abstinencia de relaciones sexuales hasta que las lesiones hayan cicatrizado completamente.

## **9.2 ENFERMEDADES QUE CURSAN CON SECRECIÓN**

### **9.2.1 INFECCIÓN POR GONOCOCCO**

#### ***Uretritis Gonocócica en el Varón***

#### ***Agente Etiológico: Neisseria gonorrhoeae***

**Período de incubación:** 2 - 7 días después de la exposición, aunque no son raros los intervalos mayores y algunos hombres nunca llegan a tener síntomas.

**Período de transmisibilidad:** hasta 24 horas después del tratamiento.

#### **Signos y Síntomas:**

- ▶ Sospecharlo ante la presencia de secreción purulenta a través de la uretra
- ▶ La disuria y dolor testicular pueden ser síntomas asociados en el hombre.
- ▶ Puede presentarse la infección faríngea.

- ▶ La mayor parte de hombres son sintomáticos.
- ▶ Es altamente contagiosa; se estima en un 70% la posibilidad de contagio al tener una relación sexual con una persona infectada.
- ▶ Puede asociarse hasta en un 40% con infección por Clamidia.
- ▶ Las principales complicaciones pueden ser: Epididimitis, Orquitis y Esterilidad.

### **Diagnóstico de Laboratorio.**

- ▶ Frotis con coloración de Gram: Visualización de diplococos Gram (-) intracelulares, en muestra obtenida de uretra.
- ▶ Cultivo de secreción en medio apropiado (Thayer-Martin, agar chocolate). Deberá ser indicado solamente en casos de duda diagnóstica o sospecha de resistencia bacteriana así como Cervicitis y Faringitis Gonocócica.

### **Régimen recomendado**

- ▶ Ciprofloxacina: 500 mg. vía oral, dosis única
- 
- ▶ Ceftriaxona: 250 mg. I.M, dosis única. Niños:125 mg.I.M, dosis única.
- 
- ▶ Cefixima: 400 mg. vía oral, dosis única. Niños:10 mg./kg.
- 
- ▶ Penicilina G Procaínica, 4,8 millones UI por vía intramuscular dosis única. Debido al volumen, esta dosis debe dividirse y administrarse en dos sitios diferentes.

### **Régimen alternativo si no se dispone de los recomendados**

- ▶ Gentamicina: 280 mg. I.M dosis única

**Nota:** Si no existe forma de investigar *Clamidia*, administrar simultáneamente cualquiera de los esquemas siguientes:

- ▶ Doxiciclina, 100 mg, vía oral, dos veces al día durante 7 días;
- 
- ▶ Tetraciclina: 500 mg , vía oral, 4 veces al día durante 7 días;
- 
- ▶ Eritromicina: 500 mg. vía oral 4 veces al día durante 7 días.
- 
- ▶ Amoxicilina , 500 mg vía oral, 3 veces al día durante 7 a 10 días
- 
- ▶ Ofloxacina, 400 mg vía oral, dos veces al día durante 7 días. (contraindicada en el embarazo).

### **GONORREA EXTRAGENITAL Y CASOS ESPECIALES**

#### **Gonoreea Faríngea:**

Es una de las formas extragenitales más frecuentes ligadas al contacto orogenital y se manifiesta por: dolor a la deglución, placa purulenta en faringe y amígdalas. A veces se acompaña de proceso febril.

#### **Diagnostico de Laboratorio:**

No se recomienda el Gram, dado que existen Neisserias Saprofíticas que pueden confundir el diagnostico. Para el diagnóstico confirmatorio se necesita el cultivo.

Tratamiento: Cualquiera de los esquemas sugeridos en la Gonoreea Anogenital, excepto Espectinomicina.

## **INFECCIÓN GONOCÓCICA DISEMINADA**

### **Régimen recomendado**

- Ceftriaxona, 1 g por vía intramuscular o endovenosa, una vez al día durante 7 días (quizás sea necesario administrar cefalosporinas de tercera generación como alternativa terapéutica cuando no se dispone de ceftriaxona, aunque la administración deberá ser más frecuente)

### **Nota**

- Para la meningitis y la endocarditis gonocócicas se administran las mismas dosis pero la duración del tratamiento para la endocarditis debe prolongarse a 4 semanas.

### **Conjuntivitis Gonocócica:**

Esta forma de gonorrea se presenta especialmente en recién nacidos aunque puede darse en el adulto. El niño/niña puede ser contagiado(a) en el paso a través del canal del parto o a través de contaminación directa con secreciones, toallas, manos, etc.

Se sospecha el diagnóstico en niños(as) o adultos con antecedentes de contacto con madres o parejas infectadas y que presenten secreción purulenta de ambos ojos. Puede haber clínicamente blefaroconjuntivitis, uveítis y hasta pérdida del órgano afectado.

### **Diagnostico de Laboratorio.**

No es recomendable el Gram por la presencia de Neisserias saprofiticas que confunden el diagnóstico. La confirmación definitiva se hace a través de un cultivo de la secreción.



## Régimen recomendado

Lavado del ojo con solución salina abundante más:

### Adultos:

- ▶ Ceftriaxona: 250 mg. I.M dosis única;
- 
- ▶ Ciprofloxacina, 500 mg por vía oral, dosis única

### Niños(as):

- ▶ Ceftriaxona: 25 a 50 mg. x kg. de peso I.M en dosis única. Hasta un máximo de 125mg
- 
- ▶ Cefotaxima: 25 mg. x Kg. de peso I.M en dosis única.

## INFECCIÓN GENITAL POR GONOCOCO EN MUJERES

**Agente Etiológico:** Neisseria gonorrhoeae

**Periodo de incubación:** 2 - 7 días después de la exposición

**Síndromes Clínicos:** Uretritis, Bartholinitis, Cervicitis.

- ▶ Sospecharlo ante la presencia de secreción purulenta a través de la uretra o del cérvix
- ▶ La mayoría de infecciones en la mujer pueden cursar de forma asintomática.
- ▶ Es altamente contagiosa, se estima en un 70% la posibilidad de contagio al tener una relación sexual con una persona infectada.
- ▶ Puede asociarse hasta en un 40% con infección por Clamidia.

### **Las principales complicaciones pueden ser:**

- ▶ Salpingitis Aguda o Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda (EPIA) que puede conllevar secuelas tales como daño tubárico, esterilidad y embarazo ectópico.
- ▶ Gonococemia la cual se manifiesta usualmente por el síndrome Dermatitis-Artritis Aguda. En ocasiones también puede complicarse con Hepatitis y raramente con Endocarditis o Meningitis.

Diagnostico de Laboratorio.

Cultivo de secreción en medio apropiado (Thayer-Martin, agar chocolate).

Gen-Prove: Técnica de ADN recombinante.

### **Régimen recomendado**

- ▶ Ciprofloxacina: 500 mg vía oral, dosis única. No usar en niños ni embarazadas
- 
- ▶ Ceftriaxona: 250 mg. I.M, dosis única. (puede utilizarse en embarazadas y niños/as)
- 
- ▶ Cefixima: 400 mg. vía oral, dosis única
- 
- ▶ Penicilina G Procaínica, 4,8 millones UI por vía intramuscular dosis única. Debido al volumen, esta dosis debe dividirse y administrarse en dos sitios diferentes.

### **Régimen alternativo si no se dispone de los recomendados**

- ▶ Gentamicina: 280 mg. I.M dosis única

*Nota: Si no existe forma de investigar Clamidia, administrar simultaneamente cualquiera de los esquemas siguientes:*

- ▶ Doxiciclina, 100 mg, vía oral, dos veces al día durante 7 días;
- 
- ▶ Tetraciclina: 500 mg , vía oral, 4 veces al día durante 7 días;
- 
- ▶ Eritromicina: 500 mg. vía oral 4 veces al día durante 7 días (esquema sugerido en embarazadas).
  
- ▶ Amoxicilina , 500 mg vía oral, 3 veces al día durante 7 a 10 días
- 
- ▶ Ofloxacina, 300 mg vía oral, dos veces al día durante 7 días. (contraindicada en el embarazo).

## 9.2.2 INFECCIÓN POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS

**Agente Etiológico:** Chlamydia trachomatis (inmunotipo D-K). Es parásito intracelular obligado, no visible al microscopio de luz.

**Periodo de incubación:** 2 a 3 semanas.

### Diagnóstico Clínico.

Constituye una de las infecciones más frecuentes sobre todo en adolescentes y población joven entre 20-24 años sexualmente activos y en personas con múltiples parejas sexuales y en general, en personas con conducta sexual de mayor riesgo.

La sintomatología es insidiosa, cursando muchos casos en forma asintomática tanto en hombres como en mujeres.

En la mujer suele encontrarse: leucorrea mucopurulenta, disuria, cérvix eritematoso y friable. Es causa de Bartholinitis, Salpingitis, Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda, Absceso Tuboovarico y puede llegar a provocar esterilidad. También se han descrito casos de Perihepatitis (Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis). En la mujer embarazada es causa de pérdida fetal repetida, parto prematuro o retardo del crecimiento intrauterino, además puede presentarse endometriosis posparto.

Se han descrito casos de Perihepatitis (Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis).

En el hombre puede ser causa de uretritis con secreción mucosa, epididimitis, prostatitis y esterilidad.

La *C. trachomatis* es la principal causa de epididimitis en hombres activos sexualmente menores de 35 años. En los mayores de 35 años, los agentes causales más frecuentes de la epididimitis son las bacterias coniformes y *Pseudomona aeruginosa*.

Los inmunotipos D a la K o del inmunotipo L2 del LGV provocan proctitis en aquellas parejas que practican el coito anorrectal y poseen la *C. trachomatis*. Clínicamente estos pacientes presentan dolor rectal ligero, secreción de moco, tenesmo y, en ocasiones, hemorragia.

#### **Diagnostico de Laboratorio:**

- ▶ Examen de frotis de secreción: 10 ó más polimorfonucleares sin germen patógeno visible obtenido de una muestra de endocérvix, vista al microscopio con lente 100 X.
- ▶ Anticuerpos monoclonales para Clamidia (ELISA) de secreción o marcadores serológicos.
- ▶ Cultivo en medio de PPLO. No es recomendable por sus dificultades técnicas
- ▶ Citología cérvico-vaginal: mediante cambios celulares observados (indirecto).

#### **Régimen recomendado**

- ▶ Doxiciclina, 100 mg vía oral, dos veces al día durante 7 días. (Contraindicada en el embarazo).

### Régimen alternativo

- ▶ Amoxicilina, 500 mg vía oral 3 veces al día por 7 a 10 días. (Alternativa en el embarazo).
- 
- ▶ Eritromicina, 500 mg vía oral, 4 veces al día durante 7 días. (Este esquema es el sugerido en mujeres embarazadas).
- 
- ▶ Ofloxacina, 300 mg vía oral, dos veces al día durante 7 días. (contraindicada en el embarazo).
- 
- ▶ Tetraciclina, 500 mg vía oral, 4 veces al día durante 7 días; (contraindicada en el embarazo).

Estos esquemas deben ser administrados en igual forma a la(s) pareja(s) sexual(es).

Pacientes infectadas con VIH: tratamiento igual que las no infectadas.

Vigilancia Epidemiológica y Seguimiento.

Además del tratamiento a la(s) pareja(s) sexual(es), no olvidar la consejería, promoción y dotación de condones. La consejería debe incluir lo relacionado a la prueba del VIH. Los pacientes deben ser citados una semana después del tratamiento. Si se usa Doxiciclina o Azitromicina, no se necesita test de “cura” (exámenes de control), a menos que haya persistencia de síntomas.

### 9.2.3 ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA. MANEJO DEL DOLOR PÉLVICO.

Es una patología inflamatoria del tracto genital superior que incluyen dos o más de las siguientes afecciones: Cervicitis, Endometritis, Salpingitis, Pelviperitonitis, Absceso Tubo-Ovárico. Anualmente se reportan en la Unión Americana cerca de un millón de mujeres sexualmente activas, con Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), las cuales tienen mayor riesgo de presentar: Dolor Pélvico Crónico, Embarazo Ectópico e Infertilidad, debido a

daño tubárico irreversible en una proporción 7 veces mayor que la población no afectada. Otras secuelas asociadas a EPI son: Dispareunia, Piosalpinx, Absceso Tubo-Ovárico y Adherencias Pélvicas. Entre un 15 a 20 % de mujeres con EPI, necesitarán una intervención quirúrgica con la siguiente alteración de la salud emocional y reproductiva.

Existe una proporción (10 -12%) de mujeres con EPI asintomática cuya primera manifestación puede ser infertilidad tubárica o embarazo ectópico. Se considera que 2/3 de pacientes con EPI son el producto de secuelas de infecciones de transmisión sexual, principalmente Gonorrea e Infección Genital por Clamidia en forma repetitiva, no detectada o mal tratada.

### **Agente Etiológico.**

Múltiples micro-organismos han sido implicados y en la mayoría de casos, con más de un germen. Entre 5 y 40% de mujeres con EPI tienen evidencia de haber padecido de infección genital por Clamidia. El gonococo ha sido aislado entre 27 y 80% de pacientes con EPI, según la mayoría de la literatura revisada.

Además de Clamidia y Neisseria, una amplia variedad de bacterias anaeróbicas y aeróbicas facultativas han sido aisladas del tracto genital superior de mujeres con EPI con porcentajes que oscilan del 25 - 50% según los diferentes estudios. Entre los anaeróbicos más comunes se encuentran: Bacteroides, Peptoestreptococos, Peptococos sp. Entre los aeróbicos facultativos están Gardnerella vaginalis, Streptococos sp, E. coli, Haemophilus influenzae.

La Vaginosis Bacteriana ha sido sugerida como un antecedente importante en pacientes con EPI aguda. También ha sido mencionado el Mycoplasma (Mycoplasma Hominis y Ureaplasma Urealyticum) dentro de la amplia etiología de la EPI, pero su papel no es muy claro.

## **Patogénesis:**

La EPI es el resultado de una infección canalicular ascendente: Endocervix, Endometrio y mucosa de Trompas de Falopio.

Existen 4 factores que puedan contribuir al ascenso de bacterias y que están asociadas a la infección del tracto genital superior:

- a. Instrumentación uterina (legrado uterino, inserción de DIU, toma de biopsia, cateterización endometrial, etc.).
- b. Los cambios hormonales y la menstruación que pueden alterar los mecanismos de barrera y el poder bacteriostático del moco en el cuello uterino.
- c. La menstruación retrograda puede favorecer el ascenso de bacterias a las Trompas de Falopio y al Peritoneo.
- d. La potencialización o facilitación de la virulencia bacteriana, ejemplo: Gardnerella vaginalis y Clamidia.

## **Factores de Riesgo.**

*I. Conducta Sexual: Estando la EPI estrechamente relacionada con las ITS, la conducta sexual juega un rol muy importante y han sido asociadas a EPI las siguientes variables:*

- a. Edad temprana en que se inicia la vida sexual.
- b. Múltiples parejas sexuales de la paciente o su pareja.
- c. Nuevas parejas en los 30 días previos al episodio de EPI.

*II. Métodos Anticonceptivos:*

- a. Métodos de Barrera: Condón, diafragma y espermicidas vaginales protegen contra las ITS, por consiguiente, disminuye el riesgo a padecer EPI.
- b. Anticonceptivos Hormonales: (Anticonceptivos orales, inyectables e implantes), no protegen frente a la EPI.
- c. Dispositivos Intrauterinos: las mujeres que usan Diu pueden tener un probable incremento de riesgo de ITS. El riesgo suele ocurrir en los primeros meses después de

la inserción. Durante la inserción hay que tener cuidado con la asepsia y observar que no exista una infección genital. Esto puede ser causa de una ITS.

*III. Otros: Duchas vaginales, menstruación, tabaquismo, abuso de drogas y alcoholismo incrementan el riesgo a EPI.*

### **Diagnostico.**

El diagnostico clínico de EPI puede resultar difícil porque existen una gran variedad de signos y síntomas que retrasan muchas veces el tratamiento y favorece las secuelas como esterilidad y adherencias pélvicas. Para facilitar el diagnostico, se han señalado algunos criterios clínicos y de laboratorio.

#### **A. Criterios clínicos mínimos para el diagnostico de EPI:**

- ▶ Dolor y resistencia abdominal a nivel del área pélvica o bajo vientre.
- ▶ Dolor a la movilización del cuello uterino.
- ▶ Sensibilidad y resistencia a nivel anexial.
- ▶ Temperatura (oral) > 37.5° C.
- ▶ Descarga cérvico vaginal.

#### **B. Criterios de laboratorio y/o gabinete:**

- ▶ Aumento de la eritrosedimentación y/o proteína C reactiva positiva.
- ▶ Leucocitosis con neutrofilia.
- ▶ Sonografía.
- ▶ Presencia en la secreción ya sea por Gram o cultivo de Gonococo, Clamidia o Gérmenes Anaeróbicos (vaginosis bacteriana).



- Evidencia histopatológica mediante biopsia endometrial.
- Diagnostico laparoscópico.

**Debe considerarse la hospitalización de las pacientes cuando:**

- el diagnóstico es incierto;
- no pueden excluirse emergencias quirúrgicas como la apendicitis o el embarazo ectópico;
- se sospecha la presencia de un absceso pélvico;
- la gravedad de la enfermedad excluye el tratamiento ambulatorio;
- la paciente está gestando;
- la paciente no puede cumplir o tolerar un régimen terapéutico ambulatorio; o
- la paciente no respondió al tratamiento ambulatorio

**Diagnostico Diferencial.**

Si bajo las pautas terapéuticas no se obtiene mejoría en 48 - 72 horas deberán considerarse otros diagnósticos: Apendicitis, Endometriosis, Ruptura o torsión de quiste ovárico, Embarazo Ectópico, Infección de Vías Urinarias, Colitis.

**Tratamiento.**

Antes de iniciar el tratamiento se debe considerar los pacientes que se pueden manejar ambulatoriamente y cuales deben ser hospitalizadas.

## Tratamiento ambulatorio:

Opciones de tratamiento para gonorrea	Opciones de tratamiento para clamidia
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Ciprofloxacina: 500 mg vía oral, dosis única. No usar en niños ni embarazadas</li><li>▶ Ceftriaxona: 250 mg. I.M, dosis única. (puede utilizarse en embarazadas y niños/as)</li><li>▶ Cefixima: 400 mg. vía oral, dosis única</li><li>▶ Penicilina G Procaínica, 4,8 millones UI por vía intramuscular dosis única dividida y administrada en dos sitios diferentes.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Doxiciclina, 100 mg vía oral, dos veces al día durante 7 días. (Contraindicada en el embarazo).</li></ul>
	<h3>Régimen alternativo</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Amoxicilina, 500 mg vía oral 3 veces al día por 7 a 10 días. (Alternativa en el embarazo).</li><li>▶ Eritromicina, 500 mg vía oral, 4 veces al día durante 7 días. (Este esquema es el sugerido en mujeres embarazadas).</li><li>▶ Ofloxacina, 300 mg vía oral, dos veces al día durante 7 días. (Contraindicada en el embarazo).</li><li>▶ Tetraciclina, 500 mg vía oral, 4 veces al día durante 7 días; (contraindicada en el embarazo).</li></ul>

## **Regímenes recomendados para pacientes hospitalizadas**

- ▶ Penicilina Sodica 4 millones de UI, intravenosa, cada 4 horas MÁS Tetraciclina 500 mg, vía oral, cada 6 horas. (cambiar a penicilina procaínica al tener 48 horas de mejoría clínica)
- ▶ Laparotomía si existe absceso pélvico.

Otros regímenes utilizados para pacientes hospitalizadas

### **Régimen “A”**

Cefoxitina 2 gr. I.V. c/6 hr. o Cefotetan 2 gr. I.V. c/12hr.; O Cetriaxone 1 gr. I.V. c/12hr + Doxiciclina 100mg. Vía Oral o I.V. c/12 horas

### **Régimen “B”**

Clindamicina 900mg. I.V. c/8 hr. + Gentamicina (I.V o I.M.)2 mg./Kg. De peso inicial, seguido por dosis de mantenimiento: 1.5 mg/Kg. De peso c/8 hr.

## **9.2.4 TRICOMONIASIS**

**Agente Etiológico:** Trichomonas Vaginalis

### **Diagnóstico Clínico.**

La principal manifestación de la vaginitis por tricomonas es la leucorrea, que muchas veces se acompaña de ardor y prurito vaginal. Obviamente, también hay dispareunia. Aunque no siempre se acompaña de alteraciones en la uretra y las glándulas vulvovaginales, muchas veces hay ardor al orinar y en el orificio vaginal. A la exploración con especulo vaginal se observa una acumulación de secreción de color amarillo verdoso y espumosa en la porción declive del fondo de saco vaginal. La mucosa muestra enrojecimiento difuso y el fondo de saco posterior tiene aspecto granular que casi siempre es patognomónico.

También se han reportado casos de Salpingitis y Epididimitis cuyas complicaciones pueden ser Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda (EPIA) e Infertilidad.

En la mujer embarazada puede ser causa de amenaza de aborto, ruptura prematura de membranas y parto prematuro por lo que deberá ponerse especial énfasis, sobre todo en aquellos cuadros severos.

En la mayoría de hombres, la infección puede cursar en forma asintomática. En las mujeres generalmente cursa en forma sintomática.

### **Diagnóstico de Laboratorio.**

- ▶ Visualización del agente causal, mediante el examen al fresco del frotis de las secreciones o mediante el examen citológico.
- ▶ En todo caso de tricomoniasis indicar V.D.R.L. basal y consejería para VIH.

### **Régimen recomendado**

- ▶ Metronidazol, 2 gr. vía oral, dosis única
- 
- ▶ Metronidazol, 2 g. vía oral, cada día durante dos días

### **Régimen alternativo**

- ▶ Metronidazol, 2 g. vía oral, cada día durante dos días
- 
- ▶ Metronidazol, 500 mg. vía oral, dos veces al día durante 7 días.

### **Régimen recomendado para las infecciones uretrales**

- ▶ Metronidazol, 500 mg. vía oral, dos veces al día durante 7 días.

*Aconsejar a los pacientes que deben evitar la ingesta simultánea de alcohol durante, y en las primeras 72 horas de haber finalizado el tratamiento con metronidazol (Efecto Antabuse).*

## Régimen recomendado para las infecciones neonatales

- ▶ Metronidazol, 5 mg/kg vía oral, 3 veces al día durante 5 días.

### Nota

Los lactantes con tricomoniasis sintomática o con colonización urogenital que persiste después del cuarto mes de vida deben recibir tratamiento con metronidazol

### TRICHOMONIASIS EN EL EMBARAZO.

El uso de metronidazol está contraindicado durante el primer trimestre del embarazo. Después del primer trimestre puede utilizarse **2 gr. de Metronidazol, oral, dosis única.**

### Tratamiento Parejas Sexuales.

El tratamiento de los compañeros sexuales es obligado ya que de todas las vulvovaginitis, la tricomoniasis es la única que puede ser considerada de transmisión exclusivamente sexual. El medicamento indicado es **Metronidazol 2 gr. vía oral dosis única.**

## 9.2.5 MONILIASIS

**Agente Etiológico más frecuente:** Candida albicans

Ocasionalmente pueden haber Infecciones por otras especies de Candidas, Torulopsis u otras levaduras.

### Diagnóstico Clínico.

Se caracteriza por una secreción que puede ser desde líquida hasta muy espesa con aspecto de leche cuajada, además, puede presentar prurito intenso, irritación local y enrojecimiento acentuado de toda la mucosa vaginal o vulvovaginal.

Con frecuencia la infección se puede adquirir a través de vía no sexual existiendo factores que favorecen la aparición de la infección:

- ▶ Alteración de la flora local normal, como en el caso de: uso de antibióticos de amplio espectro, uso de esteroides y de inmunosupresores.
- ▶ Alteración metabólica, como en el caso de hiperglicemia, embarazo y enfermedades inmunosupresoras.

### **Diagnóstico de Laboratorio.**

Se hará mediante examen al fresco de las secreciones con solución salina al 3% o solución de hidróxido de potasio al 10% o 20% (KOH), o por citología cérvico-vaginal.

El Diagnóstico confirmatorio se hará sobre la base del cultivo de la secreción.

El cultivo se indicará en los casos que fuere necesario, especialmente, por fallas al tratamiento o donde haya duda diagnóstica.

### **Régimen recomendado**

#### **Agentes intravaginales tópicos**

- ▶ Clotrimazole al 1% crema vaginal, aplicación de 100 mg. Cada noche por 7 noches;

*Administrar terapia tópica similar a su(s) pareja(s) sexual(es) si estos son sintomáticos.*

#### **Agentes vía oral**

- ▶ Fluconazole 150 mg., vía oral, dosis única

○

- ▶ Ketoconazole 200 mg. vía oral, dos veces al día durante 5 días.

**O**

- ▶ Itraconazole cápsulas de 100 mg, dos cápsulas diarias por 3 días;

Si existe recurrencia o candidiasis extragenital administrar tratamientos orales o tópicos por 7 -14 días.

Cuando se presenta un caso de Balanitis o Vulvitis aguda, tratar con:

- ▶ Clotrimazole crema al 1 %, aplicar 2 veces al día durante 7 días.

## **EMBARAZO.**

Se recomienda los tratamientos vaginales antes descritos por 7 días. Paciente infectada con VIH sin complicaciones: Tratamiento igual que las no infectadas.

### **Medidas de Prevención.**

Recordar que la labor educativa deberá enfocarse en el uso de ropa interior de algodón, bien ventilada y no apretada, evitar la humedad a nivel del área genital, evitar el uso innecesario de antibióticos, etc.

Asimismo, es importante la orientación sobre la utilización de condones, provisión de los mismos y la consejería para toma de VIH (la Moniliasis es una infección oportunista en pacientes con VIH/SIDA).

### **9.2.6 VAGINOSIS BACTERIANA (V.B.)**

La Vaginosis Bacteriana es la causa más frecuente de secreción vaginal y es muy importante pues es causa potencial de infecciones del tracto genital superior.

Es un síndrome clínico resultante del aumento del pH normal de la vagina y de la sustitución de la concentración de H<sub>2</sub>O producido por el lactobacilo sp en la vagina, debido a la alta concentración de bacterias anaeróbicas puras o facultativas: *Bacteroides* spp, *Mobiluncus curtisii*, *Peptoestreptococos* spp, *Gardnerella vaginalis* y *Mycoplasma hominis*. **El germen más frecuentemente reportado es la Gardnerella vaginalis.**

Las complicaciones más frecuentes de la Vaginosis Bacteriana son las siguientes:

- ▶ Enfermedad Pélvica Inflamatoria
- ▶ Endometritis Post-parto (en caso de cesárea).
- ▶ Infección de heridas operatorias por cesárea.
- ▶ Infección pélvica post histerectomía.
- ▶ Corioamnionitis
- ▶ Ruptura prematura de membranas.
- ▶ Amenaza de parto prematuro. Una embarazada con Vaginosis Bacteriana tiene 1.6 a 3 veces mayor riesgo de terminar en parto prematuro.

### **Diagnóstico Clínico.**

El diagnóstico debe sospecharse ante la presencia de secreción vaginal líquida, color grisáceo y de olor característicamente fétido (olor a pescado descompuesto), prurito y ardor vulvovaginal. Es frecuente en mujeres sexualmente activas o en aquellas con varias parejas sexuales, aunque no se considera exclusiva de transmisión sexual.

Los microorganismos que producen la Vaginosis Bacteriana han sido aislados del endometrio, Trompas de Falopio de mujeres con EPIA, sobre todo después de procedimientos como biopsia



del endometrio, histerectomía, histerosalpingograma, inserción de DIU, cesárea o legrado. En estos casos, es recomendable dar tratamiento aún en ausencia de síntomas. Lo mismo se recomienda cuando se reporte en una citología.

### **El Diagnóstico se hará mediante: Criterios de Amstel**

- ▶ Presencia de leucorrea grisácea homogénea
- ▶ PH vaginal > 4.5
- ▶ Olor a pescado de la secreción, sobre todo después de agregar KOH al 10% (Test del olor o de aminas).
- ▶ Examen al fresco de la secreción vaginal demostrando la presencia de células guías.

### **Otros exámenes:**

- ▶ Coloración de Gram: ideal para investigar en grandes poblaciones.
- ▶ Por cultivo. Este examen no es recomendable porque no es específico.
- ▶ Citología cérvico-vaginal: aunque no es un examen específico es de utilidad para el diagnóstico.

### **Régimen recomendado**

- ▶ Metronidazol 500 mg vía oral, dos veces al día durante 7 días;
- 
- ▶ Clindamicina al 2% en crema vaginal aplicar cada noche x 7 noches;
- 
- ▶ Metronidazol gel al 0.75% aplicación vaginal, dos veces al día durante 5 noches.
- ▶ Puede utilizarse el Secnidazol, 2 gr vía oral, dosis única

### **Nota**

los pacientes que toman metronidazol deben evitar el consumo de alcohol mientras están en tratamiento. (48 horas antes de iniciarlo y 48 horas después de terminado el tratamiento)

### **Régimen Alternativo**

- ▶ Metronidazol 2 gr. vía oral, dosis única;
- 
- ▶ Clindamicina 300 mg vía oral, dos veces al día durante 7 días.

### **Regimen recomendado en el embarazo.**

- ▶ Metronidazol 250 mg vía oral, 3 veces al día durante 7 días, (solo después de completado el primer trimestre)

### **Régimen Alternativo**

- ▶ Metronidazol 2 gr. vía oral, dosis única;
- 
- ▶ Clindamicina 300 mg vía oral, dos veces al día durante 7 días.

Las pacientes con alto riesgo de parto prematuro (antecedentes de parto prematuro previo) deben ser investigadas y tratadas al inicio del segundo trimestre.

La Vaginosis Bacteriana ha sido asociada con resultados adversos del embarazo, tales como Ruptura Prematura de Membranas, Amenaza de Parto Prematuro y prematuridad. También se han encontrado concentraciones aumentadas de microorganismos que causan la Vaginosis Bacteriana en casos de Endometritis Post Parto y Post Cesárea.

***Paciente infectada con VIH:*** Tratamiento igual que las no infectadas.

### **Tratamiento Parejas Sexuales.**

El tratamiento de los compañeros sexuales no modifica las tasas de recurrencia en la mujer, ni la respuesta al tratamiento y no es necesario el tratamiento de rutina. Es recomendable el tratamiento de las parejas si son sintomáticos o hay recurrencia de la enfermedad.

### **9.3. ENFERMEDADES CON PRESENCIA DE VERRUGAS**

#### **9.3.1 INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (I.V.P.H.)**

**Agente Etiológico:** Virus del Papiloma Humano (VPH)

##### **Diagnostico clínico.**

Se conocen 63 serotipos diferentes del V.P.H., de los cuales el 6 y el 11, causan lesiones benignas. Los serotipos 16, 18 y 31 se consideran oncogénicos. Los serotipos 31, 33, 35, 42 y 45 se han encontrado en tumores cervicales benignos y malignos. Clínicamente dan origen a las lesiones llamadas condilomas que pueden ser exofíticas o planas, y atacan órganos genitales, ano y boca. Están asociadas a lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado. En el niño, causan papilomatosis laríngea. Se reportan casos de carcinoma genital en el hombre.

Además de la transmisión sexual, también puede contagiarse a través de la vía sanguínea y la autoinoculación.

Periodo de incubación: de 3 semanas a 8 meses, con un promedio de 3 meses.

##### **Diagnostico de laboratorio.**

Además de las lesiones clínicas, el diagnostico puede hacerse mediante:

- ▶ Biopsia con o sin dirección colposcópica. En lesiones del cérvix deben ser dirigidas por colposcopia.
- ▶ Citología cervicovaginal: Este estudio debe practicarse en toda paciente con verrugas genitales o extragenitales aún si tuviere papanicolau reciente.

El tratamiento de las verrugas está orientado a la destrucción de lesiones y no a la erradicación del virus dado que no existe ninguna

droga antiviral específica. Es recomendable que la aplicación del tratamiento sea realizado por el médico manteniendo las normas de bioseguridad necesarias.

### **Régimen recomendado**

- ▶ Podofilina al 25 % en tintura de benjuí compuesta, aplicada cuidadosamente sobre las verrugas, preservando el tejido normal. Debe utilizarse en lesiones no queratinizadas y se aplica semanalmente en áreas no mayores de 10 cms. de diámetro. Es tóxica y absorbible por lo que esta contraindicada en el embarazo. Es recomendable el lavado del área de aplicación con agua y jabón 4 horas después de la aplicación.
- ▶ Podofilotoxina al 0.5% (Condilox), aplicar dos veces al día durante 3 días, seguido de 4 días sin tratamiento, con repetición del ciclo hasta 4 veces
- ▶ Ácido Tricloroacético al 80%. Es sumamente erosivo. De aplicación semanal. Puede usarse en la embarazada. Para protección contra quemaduras es necesario aplicar bicarbonato de sodio en áreas adyacentes a la lesión.
- ▶ Crioterapia con nitrógeno líquido (-196°) 6 Anhídrido Carbónico. Tratamiento de elección para verrugas cervicales, orales o del meato urinario. No se necesita anestesia y el tratamiento no deja cicatriz.
- ▶ Cauterío bipolar o monopolar para lesiones duras. Se necesita anestésico local.
- ▶ El uso de Láser no tiene diferencia significativa con la crioterapia y es sumamente costoso.
- ▶ 5-fluoracilo en crema (Efudix), puede ser aplicado por el paciente. Funciona en lesiones blandas.

- ▶ Interferón, inyección local intralesional 3 veces por semana.
- ▶ Imiquimod 2 veces por semana por 6 semanas
- ▶ Cirugía.

*VIH positivo: Se pueden aplicar los tratamientos antes descritos.*

## **VERRUGAS y EMBARAZO.**

La enfermedad tiende a empeorar durante el embarazo y la mayoría de las lesiones se tienen que manejar en forma expectante, sobre todo las cervicales. En lesiones vaginales o genitales externas puede emplearse ácido tricloroacético, crioterapia o cauterio. Cuando hay verrugas que ocluyen el canal del parto se puede considerar la terminación del parto por cesárea.

En el embarazo se contraindica el uso de podofilina.

### **Seguimiento o Prevención.**

35% de las pacientes pueden tener recurrencia en los 8 meses posteriores al descubrimiento de la lesión, aún sin tener vida sexual activa y debe alertarse a la pareja en relación con esta posibilidad.

Idealmente deben ser tratadas y examinadas todas las parejas sexuales.

Promover el uso del preservativo para disminuir el contagio a parejas no infectadas dado que la infectividad puede darse aún sin lesiones visibles.

Dar orientación y consejería para la toma del VIH.

Toda mujer cuya pareja sexual presente verruga genital y/o extragenital, tomarle citología cérvico-vaginal.

### **9.3.2 MOLUSCO CONTAGIOSO**

**Agente Etiológico:** Es un virus grande perteneciente a la clase de los pox-virus.

**Periodo de incubación:** De 2 a 7 semanas.

### **Vías de Transmisión:**

- ▶ Sexual
- ▶ Sanguínea
- ▶ Por autoinoculación

### **Diagnostico clínico.**

Las lesiones tienen aspecto de pápulas de color perlado, umbilicadas en el centro, a veces pruriginosas, preferentemente en el área genital. En niños son frecuentes en la cara, cuello y tórax. Son de evolución benigna y pueden durar de 6 meses a 2 años si no se da tratamiento.

### **Tratamiento.**

- ▶ Podofilina al 25%, aplicación semanal. No usar en la cara ni en mujeres embarazadas. Tener los mismos cuidados que se especifican para las infecciones con IVPH. ;
- 
- ▶ Curetaje local de las lesiones. ;
- 
- ▶ Criocirugía

*VIH positivo: Se pueden aplicar los tratamientos antes descritos.*

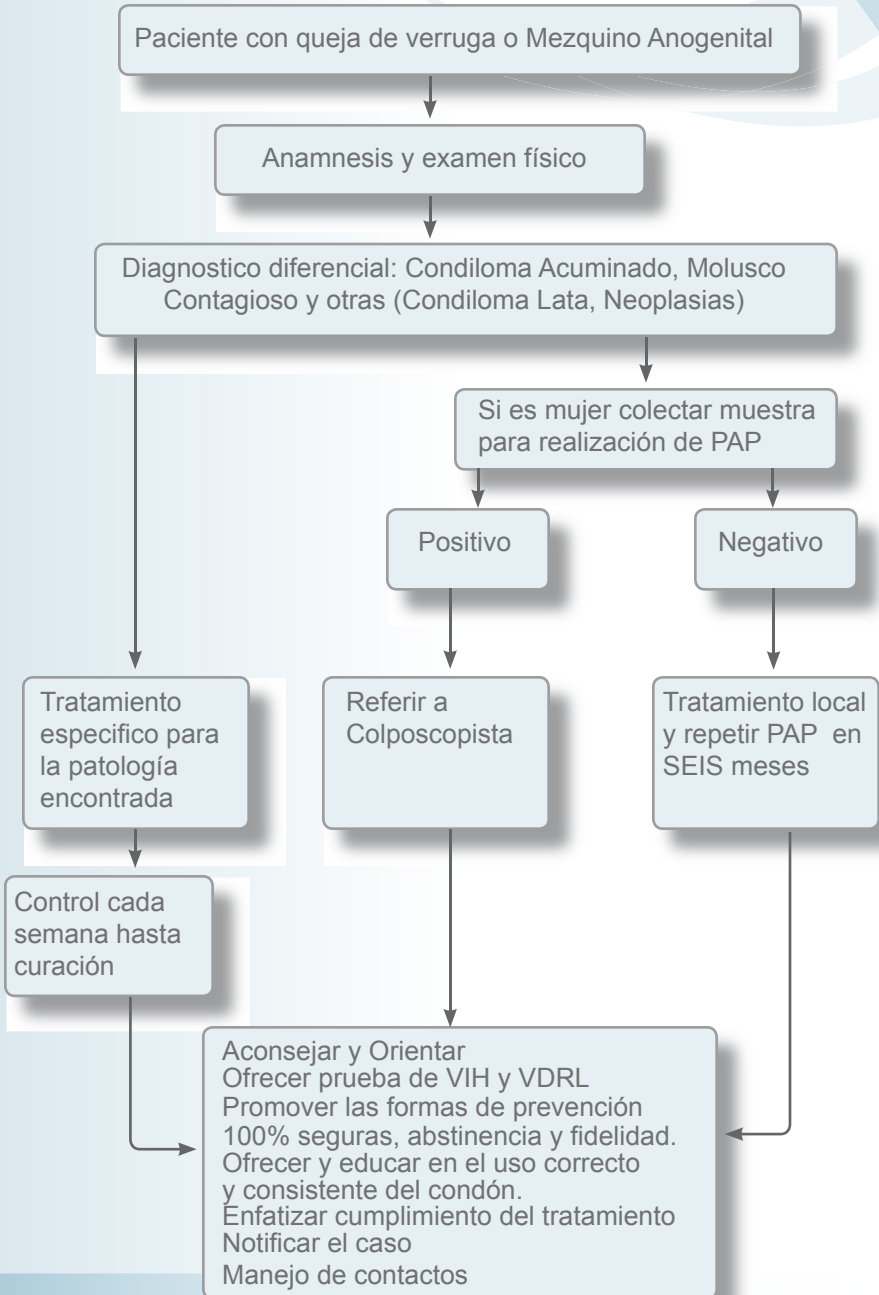
### **Seguimiento y Prevención.**

La enfermedad tiene un curso benigno. Deben ser tratadas las parejas sexuales sintomáticas. Recomendar el uso de preservativo y evitar la manipulación de las lesiones para prevenir la autoinoculación.

Dado el alto porcentaje de recurrencia, debe alertarse a los pacientes de esta posibilidad aún en ausencia de vida sexual activa.

Se debe indicar control cada semana hasta el desaparecimiento de las lesiones.

## VERRUGAS GENITALES



## **9.4. ENFERMEDADES CON PRESENCIA DE ECTOPARÁSITOS**

### **9.4.1 PEDICULOSIS PÚBLICA**

**Agente Etiológico:** Pthirus Pubis Inguinalis

#### **Diagnostico clínico:**

Se efectuará ante la visualización del parásito en región púbica, inguinal o axilar. Es común también observarlo en la ropa interior.

Las lesiones consisten en pápulas altamente pruriginosas en las áreas afectadas.

#### **Modo de infección.**

Por contacto directo o íntimo con personas contagiadas. Se puede adquirir por el uso de ropa íntima infectada.

#### **Regimen recomendado:**

Tratamiento tópico con loción, crema de Lúndano al 1%, dejar por 4 minutos, luego lavar con champu Kwell al 1% durante 4 minutos. Dosis única. Contraindicado en embarazo, lactancia y niños(as) menores de 2 años, por su alta toxicidad ;

O

Champú a base de Piretrinas, lavar después de 10 minutos de aplicado. Dosis única

Embarazadas, lactantes o niños(as): Tratar con Crotamitón o Piretrinas.

**VIH positivo: Se pueden aplicar los tratamientos antes descritos.**

El Lúndano y las Piretrinas no deben aplicarse en áreas cercanas a la cara, en el caso de Pediculosis en las pestañas, usar ungüento con Crotamitón o Lúndano, 2 veces/día por 10 días.



La ropa deberá lavarse a diario de preferencia con agua caliente.

Fumigar la vivienda si es necesario.

### **Seguimiento.**

Debe citarse una semana después si los síntomas persisten, posiblemente existan huevos y deberá darse un nuevo tratamiento.

Tratar todos los contactos de los últimos 30 días.

## **9.4.2 ESCABIOSIS**

**Agente Etiológico:** Sarcoptes Scabiei (Acaro)

Diagnostico Clínico:

El síntoma predominante es el prurito usualmente nocturno. Generalmente se requiere de un periodo de sensibilización previo para que aparezca el prurito. En las reinfecciones el prurito puede aparecer en las primeras 24 horas. Usualmente aparece en áreas de pliegues cutáneos y a nivel de abdomen, observándose pápulas, pústulas y pequeños surcos.

### **Transmisión.**

Por contacto con personas infestadas o ropas de uso personal.

### **Tratamiento.**

- Lindano (1 %) loción o crema, aplicado en áreas afectadas del cuello hacia abajo y lavar cuidadosamente después de 8 horas. Esta contraindicado en embarazo, presencia de dermatitis y en menores de 2 años;
- 
- Piretrinas en cremas al 5%, aplicado igual que el Lindano. Lavado 8 -12 horas después.

#### Alternativas:

- ▶ Crotamiton 10% loción o crema. Aplicar en todo el cuerpo del cuello hacia abajo, cada noche por 2 noches consecutivas y baño después de 24 horas de aplicación; O
- ▶ Benzoato de Bencilo (20%) Aplicar en todo el cuerpo del cuello hacia abajo, cada noche por 3 noches consecutivas, suspender por una semana y aplicar nuevamente cada noche por 3 noches consecutivas.

*VIH positivo: Se puede aplicar los tratamientos antes descritos.*

#### **Prevención:**

Lavar toda la ropa posiblemente contaminada (personal, cama, etc.) con agua hervida. No es necesaria la fumigación.

#### **Seguimiento.**

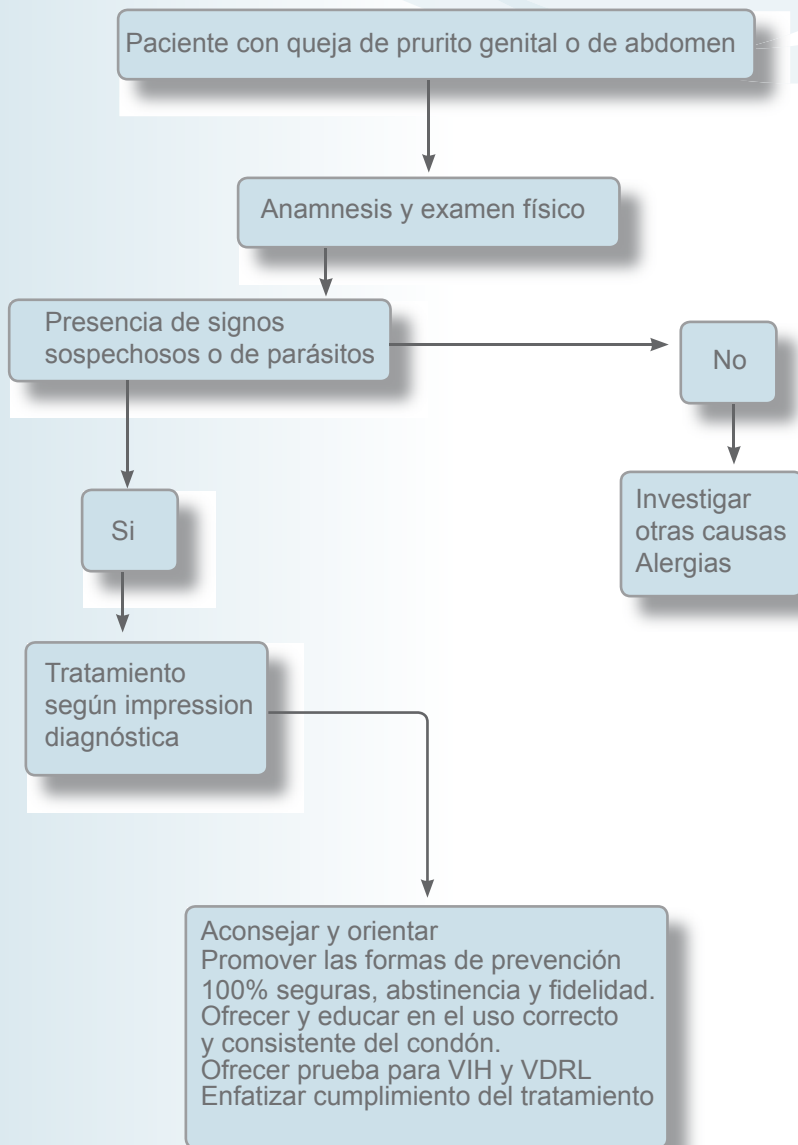
Citar al paciente en una semana, si hay persistencia del prurito administrar nuevo tratamiento.

Tratamiento de contactos.

Tratar a todas las personas que hayan tenido un contacto cercano en los 30 días anteriores.

Embarazadas, lactantes o niños: Tratar con Crotamiton o Piretrinos.

## ECTOPARASITOSIS



## 9.5. HEPATITIS B

**Agente Etiológico:** Virus de la Hepatitis B

Periodo de incubación:  
45 a 160 días con promedio de 120 días.

### **Diagnostico Clínico.**

Es una de las patologías más frecuentes a nivel mundial habiéndose comprobado su alta infectabilidad a través de la vía sexual que incluso es superior a la infección con VIH. Su inicio suele ser insidioso. Es común la presencia de fiebre, malestar general, náuseas, vómitos, anorexia, orina colúrica y acolia. Menos del 1 % fallecen durante el ataque agudo de la enfermedad. Del 10 a 15% de los pacientes pueden quedar como portadores asintomáticos. El resto tiene curación completa quedando a su vez inmunes a la enfermedad. Un 20% de los portadores sintomáticos puede desarrollar carcinoma hepático o cirrosis hepática.

### **Diagnostico de Laboratorio.**

- ▶ **Determinación de antígeno de superficie o Antígeno Australiano (HBV-S-Ag):**  
Esta prueba indica si una persona ha estado en contacto con el virus, ya sea en el pasado o en el presente. También es positiva en los casos de personas vacunadas contra la Hepatitis B. La prueba se basa en la identificación de anticuerpos (inmunoglobulina G) en contra de un antígeno de la superficie del virus. Se puede encontrar positiva unas 3 semanas después de la infección y puede permanecer positiva indefinidamente en los casos de portadores sintomáticos.
- ▶ **Determinación de anticuerpos para Hepatitis B (IGMHbC) contra el Antígeno Core:**  
Esta prueba detecta la presencia de anticuerpos contra una partícula del núcleo del virus conocida como Antígeno Core, demostrando que la persona ha padecido de la enfermedad.

Esta prueba suele volverse positiva después de los 90 días de evolución de la enfermedad. Si después de seis meses, esta prueba es positiva, determina la condición de portador asintomático.

De momento, esta prueba no se verifica en el país.

▶ **Anticuerpos contra el Antígeno E:**

La partícula E del virus denota gran infectabilidad y si es positiva indica actividad de la enfermedad

Localización del virus:

- ▶ Sangre
- ▶ Saliva
- ▶ Semen
- ▶ Leche materna
- ▶ Secreciones vaginales
- ▶ Secreciones broncopulmonares
- ▶ Orina

A través de cualquiera de estos fluidos se puede adquirir la infección y es el ser humano el único que puede llevar y almacenar el virus.

**Formas de Transmisión.**

- ▶ Vía sexual
- ▶ Sangre infectada
- ▶ Transmisión perinatal
- ▶ Lactancia materna
- ▶ Contacto con saliva infectada
- ▶ Posible infección a través de quemaduras, heridas o raspaduras que se infecten con secreciones contaminadas.

**Tratamiento.**

No hay una terapia específica; esta basada en medidas de sostén tales como:

- ▶ Reposo
- ▶ Líquidos abundantes
- ▶ Aislamiento
- ▶ Tratamiento sintomático

No se ha demostrado que el uso de antivirales, Interferón y esteroides tenga alguna efectividad. De igual forma, el uso de inmunoglobulinas (HBIG) no tiene utilidad. Esta última solo se usa para aquellos casos que han estado en contacto con personas que padecen Hepatitis B o portadores asintomáticos y dentro de los catorce días posteriores al contacto a una dosis única de 0.06 ml/Kg, de peso aplicada intramuscularmente.

### **Prevención.**

La forma más segura de prevención es la vacunación. Esta debe ser recomendada en forma universal sobre todo en niños(as) y con énfasis para personas con alto riesgo de adquirir Hepatitis B, tales como:

- ▶ Personas con múltiples parejas sexuales
- ▶ Parejas sexuales de portadores
- ▶ Homosexuales y Bisexuales
- ▶ Usuarios de drogas endovenosas
- ▶ Trabajadores de salud

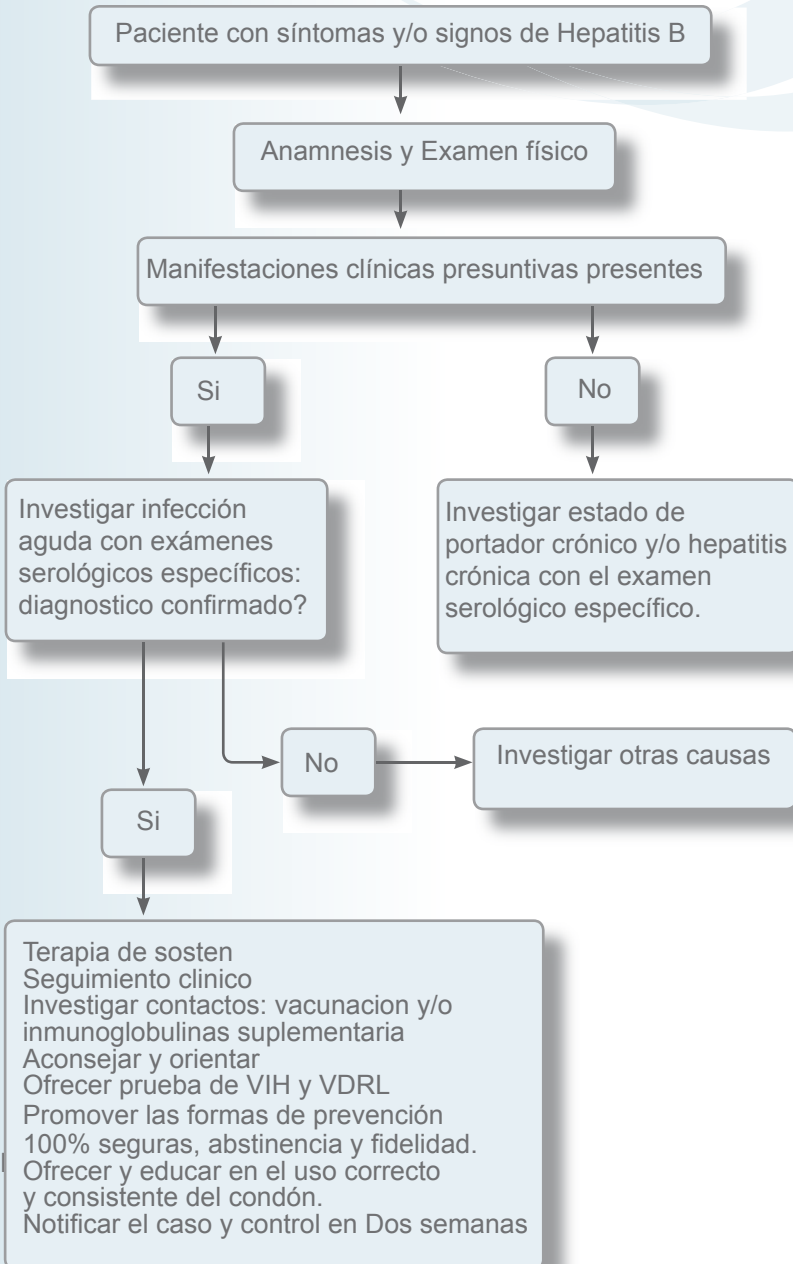
### **Esquema de vacunación.**

Es muy importante recordar que la vacuna debe aplicarse en la región deltoidea. Si se aplica en otra región, puede disminuir su efectividad.

Las vacunas deben mantenerse a una temperatura entre 2-8° C.

Existen en el mercado las siguientes vacunas: Heptavax-B, Reconbivax HB y Engenerix B

## HEPATITIS B



Dosis inicial, refuerzo al mes y a los seis meses. También se puede utilizar el esquema de aplicar los refuerzos a los dos y a los doce meses de la dosis inicial. La cantidad de las dosis es la misma para los refuerzos y depende del tipo de vacuna utilizada y del grupo poblacional en que se usa.

	<b>Heptavax- B</b>	<b>Recombivax B</b>	<b>Engenerix B</b>
Recién nacidos de madres portadoras	0.5ml	0.5ml	0.5ml
Menores de 11 años	0.5ml	0.25 ml	0.5ml
De 11 a 19 años	1.0ml	0.25 ml	1.0ml
Mayores de 19 años	1.0ml.	1.0ml	1.0ml
Inmunocomprometidas	2.0ml	1.0ml	2.0ml

Medidas adicionales de prevención:

- ▶ Consejería y educación
- ▶ Promoción de condones
- ▶ Estudio y tratamiento de contactos

**Embarazo:** Manejo similar a la no embarazada.

VIH positivos: Los pacientes VIH (+) tienen más susceptibilidad a quedar en estado de portador y a presentar fallas de la efectividad de la vacuna. Es recomendable la determinación de anti HBs después de la tercera dosis de vacuna, para considerar la posibilidad de una revacunación.



## 9.6 INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA/ SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH-SIDA)

Es una enfermedad infecciosa producida por el virus de Inmuno Deficiencia Humana VIH (tipo I y II).

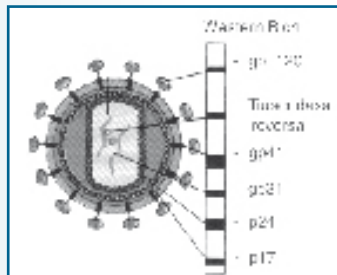
### a) Estructura y características del VIH.

El VIH esta formado por proteínas que pueden ser clasificadas según la estructura del virus de la cual se originan: core, envoltura y enzimas.

A diferencia de otros virus, el VIH contiene su información genética en el ARN y para su reproducción necesita del ADN de una célula. La transcriptasa reversa es la enzima que permite al VIH incorporar su genoma al ADN de la célula huésped en un proceso denominado transcripción. Tanto la enzima como este mecanismo de multiplicación son exclusivos de este tipo de virus que, por esta razón, reciben el nombre de retrovirus.

El core del VIH se halla encerrado dentro de una cubierta de p24 que denominamos capsido y cuya estructura es la misma para el VIH-1 y el VIH-2. La capsido esta protegida por una envoltura de dos capas. La capa más interior esta formada por una proteína (p), una matriz denominada p17 sobre la que se anclan las proteínas de la superficie de la envoltura. Estas son en realidad una doble capa de glico-proteínas (gp), la gp4t, que sirve de unión entre la p17 y la gp120, que aparecen como pequeñas protuberancias de la envoltura. En el VIH-2, la envoltura esta formada por otras proteínas y los anticuerpos creados frente a estas proteínas no reaccionan cruzadamente con las del VIH-1. El VIH tiene un diámetro de 100-120 um.

Estructura del VIH



Existen ciertas partes del virus, como el “core”, que mantiene una estructura que no se modifica entre un virus y otro. Existen partes del virus, codificadas por los genes de la envoltura, que cambian muy rápidamente dentro del propio organismo del individuo infectado; este cambio repentino afecta la capacidad del sistema de inmunidad para reconocer el virus, aspecto particular y fundamental para el descubrimiento de una vacuna contra el SIDA.

### **b) Diagnóstico.**

Tomando en cuenta que la mayoría de las personas infectadas son sintomáticas y que es importante el diagnóstico temprano, debe hacerse un esfuerzo por establecer el riesgo o vulnerabilidad, revisando en un ambiente de confianza, respeto y confidencialidad los siguientes factores de riesgo epidemiológicos:

Prácticas sexuales (heterosexuales, homosexuales, bisexuales, coito anal, uso de preservativos, etc.).

- a) Número de parejas sexuales.
- b) Alcoholismo o Drogadicción.
- c) Indigencia.
- d) Pandillas juveniles.
- e) Transfusiones.
- f) Reclusión penal.
- g) Trabajo sexual comercial /transaccional.
- h) Violación o abuso sexual.
- i) Otras:

En general personas asintomáticas, se consideran infectadas aquellas que presentan reactividad en dos pruebas de tamizaje de diferente muestra y preferentemente diferente metodología, en algunos casos se necesitara de una prueba confirmatoria.

En pacientes con sintomatología, es decir SIDA por tener seis puntos o más en la clasificación OPS/caracas 1991 ya no es necesario hacer una prueba confirmatoria.

### **Anexo 3**

En todos los casos ante dos pruebas de tamizaje reactivas, se debe ofrecer consejería post prueba de acuerdo a la norma, de igual manera para confirmación de los casos se debe seguir el protocolo ya establecido. (Ver flujograma).

Debe de tenerse claro que el médico responsable del paciente en coordinación con otro profesional de salud capacitado en orientación y consejería deberán de notificar a un/a paciente el resultado de su prueba sea esta reactiva o no reactiva.

### **c) El diagnóstico de laboratorio de la infección por VIH.**

El diagnóstico de laboratorio de la infección por VIH se hace detectando los anticuerpos que el ser humano produce contra el VIH.

#### Pruebas de Laboratorio

Existen diferentes metodologías para la detección de anticuerpos contra el VIH.

- ▶ Los ensayos enzimáticos de inmunoabsorción, que se conoce por sus siglas en ingles de ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay).
- ▶ Las pruebas de aglutinación de partículas (Serodia).
- ▶ Las pruebas especializadas rápidas (Tiras rápidas, Determine, Oraquick).
- ▶ Western Blot

Estas pruebas se dividen en:

- ▶ Pruebas de tamizaje Ej. : Aglutinación (Serodia Ag-Ac), Tiras rápidas, ELISA.
- ▶ Pruebas confirmatorias Ej.: Western-Blot (WB).

Los siguientes términos se usan para describir el resultado de las pruebas de laboratorio:

- ▶ Reactive / no reactivo.
- ▶ Indeterminado

Los términos que mejor describen los resultados de las pruebas de Anticuerpos frente al VIH son los de reactivo o no reactivo, según sea el caso. Aunque menos correctos, los términos positivo y negativo también se usan para describir un resultado reactivo y no reactivo, respectivamente. Si no se puede determinar con claridad si el resultado es positivo o negativo se le denomina indeterminado.

En este último caso se debe proceder a la investigación serológica de acuerdo al flujograma de prueba de laboratorio hasta confirmar o descartar la infección.

En el caso de la prueba de Western Blot se manifiestan las siguientes definiciones:

- ▶ Negativo: No bandas
- ▶ Positivo: reactividad a gp41+gp120/160 ó p24+gp120/160 ó gp41 + p24
- ▶ Indeterminado: Presencia de cualquier patron de banda que no reúne criterios de resultados positivos.

Los seguimientos serológicos se recomiendan en las siguientes situaciones, consideradas como exposiciones de riesgo:

- a) En trabajadores de la salud con exposición a sangre o líquidos potencialmente infectantes que procedan de una persona infectada por el VIH, o cuando se desconozca su estado serológico.
- b) En compañeros/as sexuales de personas que viven con el VIH/SIDA.
- c) En casos de violación.
- d) En caso de resultados indeterminados o en los que existan dudas sobre el estado de infección por VIH.
- e) En hijos / as de madres infectadas por el VIH, menores de dos años.

Al notificar el resultado, sea reactivo o no reactivo, la información debe ser:

- ▶ Personal.
- ▶ Privada.
- ▶ Confidencial.
- ▶ Simple y concreta sobre la infección por VIH.
- ▶ De acuerdo al nivel de comprensión de la persona.

En los casos de confirmación diagnóstica insistir en la importancia de recibir atención médica periódica, así como de notificarlo a su(s) pareja(s) previo consentimiento de la persona afectada (como lo establece la legislación vigente).

Causas de Falsa Negatividad en las Pruebas para la detección de anticuerpos contra VIH.

El tiempo que tarda la infección para dar resultados reactivos con la prueba de tamizaje es de tres semanas a 6 meses.

Causas de resultados indeterminados:

- ▶ Persona en proceso de seroconversión.
- ▶ SIDA en estado terminal.
- ▶ Error en la toma, transporte y procesamiento de muestra.

Causas de Falsa Positividad en las Pruebas para la detección de anticuerpos contra VIH.

Enfermedades auto inmunes

- a) Vacunación reciente contra influenza
- b) Mujer Multípara

Se consideran con SIDA a todos los/las personas a los cuales se les ha demostrado la infección por VIH mediante pruebas de tamizaje y que presentan las manifestaciones clínicas y/o conteos de CD4 tal como se estipulan en la definición ampliada del CDC de 1993 (Ver cuadro 2).

#### **d) VÍAS DE TRANSMISIÓN**

Los fluidos corporales infectantes son:

- El semen y secreciones vaginales.
- Sangre y sus derivados.
- Leche materna.

Los mecanismos de transmisión a través de los cuales dichos fluidos corporales pueden infectar son:

- Relaciones sexuales (Hetero, Homo y Bisexuales)
- Transfusión de Sangre y Hemoderivados
- Instrumentos contraminados de sangre: Ej. Jeringas, agujas, cepillos de dientes, hojas de afeitador, etc.
- Transplantes de órganos
- Perinatal o vertical (transmisión durante el embarazo, parto o lactancia materna).

#### **e) VÍAS DE NO TRANSMISIÓN**

- No se ha demostrado la transmisión del VIH a través de otros fluidos biológicos como lágrimas, saliva, sudor, orina o heces.
- No se transmite por contactos casuales como abrazos, darse la mano, uso de servicios sanitarios.
- No se transmite tampoco por la picadura de insectos.



## Anexo 1

### Sífilis materna<sup>9</sup>

Cuando una gestante adquiere sífilis durante el embarazo, puede resultar en aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro, recién nacido con síntomas o signos de sífilis congénita o un recién nacido que este asintomático, pero que más adelante tenga manifestaciones de la enfermedad.

La transmisión de madre a hijo puede ocurrir en cualquier momento del embarazo. La tasa de transmisión vertical de la sífilis en mujeres no tratadas es de hasta un 80%, dependiendo de la evolución de la infección materna.

En las gestantes con pruebas serológicas positivas y en su(s) pareja(s) sexual(es), la duración del tratamiento dependerá de una minuciosa evaluación en la que se debe determinar la infección concomitante con otras infecciones de transmisión sexual, así como la presencia o ausencia de manifestaciones clínicas. La mayoría de los casos se encuentran en estadios de latencia por lo que existe dificultad en diferencias con exactitud entre sífilis temprana y latente. Por lo tanto, ante la duda o la imposibilidad de realizar las pruebas necesarias, existe consenso en que es mejor tratar por exceso que por defecto.

#### Definición de caso: SÍFILIS MATERNA

Para fines de vigilancia epidemiológica, el criterio recomendado para definir un caso de sífilis materna es:

- Toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no-treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación.

Cualquiera que sea la edad gestacional y el estadio de la sífilis, la penicilina continúa siendo la droga de elección ya que cura a la madre, previene la transmisión vertical y trata al recién nacido.

<sup>9</sup> Organización Panamericana de la Salud, *Eliminación de la sífilis Congénita en América Latina y El Caribe: marco de referencia para su implementación*, Washington, D.C., 2005.



## SÍFILIS TEMPRANA (primaria, secundaria o latente precoz)

### Régimen recomendado

- Penicilina G Benzatínica 2,4 millones UI por vía intramuscular, en una sola dosis. Debido al volumen, esta dosis debe dividirse y administrarse en dos sitios diferentes.
- Durante el embarazo: Penicilina G Benzatínica 2,4 millones UI por vía intramuscular, cada semana por 3 semanas. Asegurar una dosis 1 mes antes del parto

### Régimen alternativo para pacientes gestantes alérgicas a la penicilina

- Eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días

### Nota

La eritromicina se debe recomendar como última opción, pues no hay evidencia disponible de su efectividad y el efecto sobre la curación del feto no es certero

## SÍFILIS TARDÍA LATENTE, DE EVOLUCIÓN DESCONOCIDA Y SÍFILIS TERCIARIA.

(Infección de más de dos años de duración sin signos de infección treponémica)

### Régimen recomendado

- Penicilina G Benzatínica, 2,4 millones UI por vía intramuscular, una vez por semana por 3 semanas consecutivas. Debido al volumen, esta dosis debe dividirse y administrarse en dos sitios diferentes.

### Régimen alternativo para pacientes gestantes alérgicas a la penicilina

- Eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 30 días

## NEUROSÍFILIS

### Régimen recomendado

- ▶ Penicilina cristalina o potásica, 12 a 24 millones UI por inyección endovenosa, administrada diariamente en dosis de 2 a 4 millones UI, cada 4 horas durante 14 días.

### Tratamiento a las parejas sexuales

Toda paciente expuesta sexualmente a una persona infectada (cualquier estadio de la sífilis) debe ser evaluada, clínica y serológicamente.

- ▶ Si la exposición ha ocurrido en los 90 días anteriores a que la pareja sexual haya sido diagnosticada de sífilis primaria, secundaria o latente temprana,
  - La persona puede estar infectada aunque las pruebas serológicas sean negativas. Por lo tanto, se debe administrar tratamiento de forma presuntiva.
- ▶ Si la exposición ha ocurrido más de 90 días antes de que la pareja sexual haya sido diagnosticada de sífilis primaria, secundaria o latente temprana,
  - Si los resultados de la prueba no están disponibles inmediatamente, al mismo tiempo que se realiza la consulta y el seguimiento es incierto, se debe administrar tratamiento presuntivo

Las parejas estables de las/os pacientes con sífilis latente, deben ser evaluadas clínicamente y serológicamente y ser tratadas en base a esa evaluación.

LA SÍFILIS MATERNA ES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

## ANEXO 2

### Definición de caso: SÍFILIS CONGÉNITA<sup>10</sup>

Para fines de vigilancia epidemiológica, el criterio recomendado para definir un caso de sífilis congénita es:

Todo niño, aborto o mortinato cuya madre tiene evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) o con prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no-treponémica positiva o reactiva durante la gestación, parto o puerperio, que no haya sido tratada o haya sido tratada inadecuadamente.

○

- ▶ Todo neonato con títulos de RPR/VDRL cuatro veces mayor que los títulos de la madre o lo que equivale a un cambio en dos diluciones o más de los títulos maternos (por ejemplo, de 1:16 a 1:4).

○

- ▶ Todo niño con una o varias manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita al examen físico y/o evidencia radiográfica de sífilis congénita y/o resultado reactivo de una prueba treponémica o no-treponémica.

Manifestaciones clínicas sugestivas de SC: Distrofias, neumopatías, laringitis (llanto ronco y continuado), gastroenteritis, hepatoesplenomegalia, osteocondritis de huesos largos al examen radiológico, rinitis mucopurulenta, pseudoparálisis, ictericia y/o anemia, Lesiones muco-cutáneas (pápulas, placas infiltradas rojizas en región peribucal, miembros, palmas, plantas, perianales y perigenitales, roseolas de grandes manchas, ampollas palmoplantares)

○

- ▶ Todo producto de la gestación con demostración de *T. pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico, en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia.

<sup>10</sup> Organización Panamericana de la Salud, *Eliminación de la sífilis Congénita en América Latina y El Caribe: marco de referencia para su implementación*, Washington, D.C., 2005.

## INFORMACIÓN PARA LA HISTORIA CLÍNICA

<b>1. Datos generales</b>	
Edad Localidad o dirección	Numero de hijos Trabajo
<b>2. Enfermedad actual</b>	
Síntomas y duración	
<b>Hombres con:</b> Bubón inguinal	¿Le duele? ¿Tiene también úlceras genitales? ¿Tiene hinchazón en alguna otra parte del cuerpo?
Secreción uretral	¿Le duele al orinar? ¿Frecuencia?
Edema del escroto	¿Historia de traumatismo?
Mujeres con:	
Secreción vaginal	¿Le duele al orinar? ¿Frecuencia? ¿El resultado de la evaluación de riesgo es positivo?
Dolor abdominal bajo	¿Tiene secreción o hemorragia vaginal? ¿Embarazo doloroso o difícil? ¿Parto difícil? ¿Menstruación con dificultades, dolorosa o irregular? ¿Le ha dejado de venir la menstruación o está atrasada?
Úlcera genital	¿Le duele? ¿Es recurrente? ¿Qué aspecto tiene? ¿Le apareció repentinamente? Otros síntomas como picazón o molestias.
<b>3. Historia clínica</b>	
¿Algunas ITS en el pasado?	¿De qué tipo? ¿Fechas? ¿Tratamiento y respuesta al mismo? ¿Resultado de exámenes?
¿Otras enfermedades	¿Tipo? ¿Fechas? ¿Tratamiento y respuesta al mismo? ¿Resultado de exámenes?
Medicamentos	
Alergias a medicamentos	
<b>4. Historia sexual</b>	
¿Es sexualmente activo en la actualidad?	
¿Pareja <b>ANEXO 4</b> los últimos tres meses?	
Evaluación de riesgo	

### PARTE A (permanece en la unidad)

Código de la enfermedad CIE 10:	N° De Orden:	
Paciente Índice NOMBRE:		
Contacto NOMBRE:		
Dirección:		
Ciudad:	Departamento:	Teléfono:
Responsable por el llenado Nombre: Firma:		Fecha:

### PARTE B (p/ que el paciente entregue al contacto)

Código de la enfermedad CIE 10:	N° De Orden:	
Contacto NOMBRE:		
Dirección:		
Ciudad:	Departamento:	Teléfono:
Solicitamos su presencia urgente en la unidad de salud indicada abajo, para tratar asunto de interés (lleve con usted esta tarjeta)		
_____ Firma del profesional		
Unidad de Salud: Dirección:		
Ciudad	Departamento	Teléfono:
Responsable por el llenado Nombre: Firma:		Fecha:

## ANEXO 5

### CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

#### Antiprotozoarios

- ▶ Antiamibianos y Antigiardiasicos
- ▶ Metronidazol 500 mg tableta, empaque primario individual, protegido de la luz
- ▶ Secnidazol 500 mg tableta, empaque primario individual

#### Antimicrobianos

- ▶ Aminoglicosidos
- ▶ Gentamicina (sulfato) 40mg/ml solución inyectable I.M. - I.V., frasco vial 2ml
- ▶ Gentamicina (sulfato) 40mg/ml solución inyectable I.M. - I.V., ampolla 2ml

#### Betalactamicos

- ▶ Amoxicilina 500 mg capsula o tableta, empaque primario individual.
- ▶ Ceftriaxona (sódica) 1g polvo para dilución I.M. - I.V. Frasco vial, protegido de la luz.
- ▶ Penicilina G. (Benzatínica) 1.2 mill U.I polvo para suspensión inyectable i.m., frasco vial, con ó sin diluyente.
- ▶ Penicilina G. (Procaínica) 3 mill + (sodica) 1 mill U.I. Polvo para suspensión inyectable i.m., frasco vial.
- ▶ Penicilina G. (Sódica) 5.0 mill U.I. Polvo para dilución I.V., frasco vial

## Betalactamicos con inhibidores de betalactamasas

- Amoxicilina + acido clavulanico (clavulanato de potasio) 500mg+125mg tableta recubierta, empaque primario individual, protegido de la luz.

## Lincosamidas

- Clindamicina (clorhidrato) 300 mg capsula, empaque primario individual.
- Clindamicina (fosfato) 150 mg/ml solucion inyectable I.V., frasco vial 6 ml.

## Macrolidos

- Eritromicina (estearato) 500 mg tableta recubierta, empaque primario Individual, protegido de la luz.

## Quinolonas

- Ciprofloxacina (clorhidrato) 500 mg tableta recubierta, empaque primario individual.
- Ciprofloxacina (lactato) 254.4mg equivalente a ciprofloxacina 200mg solución inyectable I.V., frasco infusor 100 ml.

## Sulfonamidas

- Trimetoprim + sulfametoxazol 160mg+800mg tableta ranurada, empaque primario individual, protegido de la luz.

## Tetraciclina

- Doxiciclina (monohidrato) o (hiclato) 100mg, capsula, empaque primario individual, protegido de la luz.
- Tetraciclina clorhidrato 500 mg capsula, empaque primario individual, protegido de la luz.

### Antimicóticos

- ▶ Fluconazol 150mg capsula, empaque primario individual.
- ▶ Fluconazol 50mg, tableta o capsula, empaque primario individual.
- ▶ Fluconazol 2mg/ml solución inyectable i.v., frasco vial 100ml.

### Antivirales

- ▶ Aciclovir 200mg tableta o capsula, empaque primario individual.
- ▶ Aciclovir (sódico) 250mg polvo para dilución i.v., frasco vial.
- ▶ AZT= Zidovudina
- ▶ ADDI= Didanosina
- ▶ DDC= Zalcitabina
- ▶ TC= Lamivudina
- ▶ D4T= Stavudina
- ▶ Indinavir
- ▶ Ritonavir
- ▶ Saquinavir

### Dermatológicos

- ▶ Podofilina 25% en tintura de benjuí o alcohol 70o, solución cutánea, frasco de vidrio 20 ml, protegido de la luz



## Ginecologicos

- ▶ Clotrimazol 1% crema vaginal, tubo 40-60g, con aplicador.

### Ginecológicos (listado especial de medicamentos)

- ▶ Acido tricloroacetico solución 50-80%, frasco de vidrio 60 ml.

## Antimicrobianos

- ▶ Cefoxitina (sódica) 1 g polvo para dilución I.M. - I.V., frasco vial.
- ▶ Ofloxacin 400 mg tableta, empaque primario individual.

## ANEXO 6

### CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

#### Subgrupo 03 Antibióticos, Antimicóticos y Antivirales

- ▶ Amoxicilina 500 mg, tableta o capsula.
- ▶ Eritromicina base o estearato 500 mg tableta, capsula o gragea.
- ▶ Gentamicina 40mg/ml frasco vial 2 ml.
- ▶ Doxiciclina 100mg, tableta, gragea o capsula.
- ▶ Penicilina G. (Benzatínica) 1.200,000 U.I, frasco vial.
- ▶ Penicilina G. (Procaínica) 600,000 UI + Penicilina Sódica 200,000 UI, frasco vial.
- ▶ Penicilina G. Sódica 1, 000, 000 UI, frasco vial.
- ▶ Ceftriaxona 1g I.V. frasco vial. (uso bajo regulación local).
- ▶ Clindamicina fosfato 600 mg ampolla 4 ml. (uso bajo regulación local).
- ▶ Clindamicina 300 mg capsula (uso bajo regulación local).
- ▶ Ketoconazol 200 mg tableta (uso bajo regulación local).
- ▶ Ciprofloxacina clorhidrato 500 mg tableta (uso bajo regulación local).
- ▶ Ciprofloxacina lactato 2 mg/ml uso endovenoso frasco vial 100 ml (uso bajo regulación local).
- ▶ Amoxicilina 500 mg + Acido Clabulanico 125 mg tableta. (uso bajo protocolo infectología).

- ▶ Aciclovir 400 mg tableta o capsula. (uso bajo protocolo).
- ▶ Fluconazol 200 mg capsula o tableta. (uso bajo protocolo, infectología).

#### Subgrupo 04 Antiparasitarios

- ▶ Metronidazol 500 mg tableta ranurada.

#### Subgrupo 08 Sulfonamidas

- ▶ Trimetoprim 160 mg + Sulfametoxazol 800 mg tableta, ranurada.

#### Subgrupo 02 Anticepticos, Tricomonicidas, Fungicidas y estrógenos locales

- ▶ Clotrimazol 1% crema vaginal 35 g tubo con 6 aplicadores.
- ▶ Clotrimazol 0.1 g ovulo o tableta vaginal, envase de 6, con aplicador.
- ▶ Clindamicina fosfato 2% crema vaginal, tubo 40 g con 7 aplicadores de 5 g. (uso bajo protocolo, ginecología).

#### Subgrupo 07 Soluciones

- ▶ Solución de Podofilina: Podofilina 25 g, tintura de benjuí 100 ml.
- ▶ Solución hemostática: Acido tricloroacetico 50 g, agua destilada 100 ml.

## ANEXO 7<sup>11</sup>

Protocolo de descensibilización oral para pacientes con prueba dérmica positiva				
Penicilina V suspensión oral (1)	Concentración (unidades/ml) (2)	ml	Unidades	Dosis acumulativa (unidades)
1	1.000	0,1	100	100
2	1.000	0,2	200	300
3	1.000	0,4	400	700
4	1.000	0,8	800	1.500
5	1.000	1,6	1.600	3.100
6	1.000	3,2	3.200	6.300
7	1.000	6,4	6.400	12.700
8	10.000	1,2	12.000	24.700
9	10.000	2,4	24.000	48.700
10	10.000	4,8	48.000	96.700
11	80.000	1,0	80.000	176.700
12	80.000	2,0	160.000	336.700
13	80.000	4,0	320.000	656.700
14	80.000	8,0	640.000	1.296.700

Nota: periodo de observación; 30 minutos antes de la administración parenteral de penicilina

- (1) El intervalo entre las dosis es de 15 minutos; tiempo transcurrido, 3 horas y 45 minutos; dosis acumulada 1,3 millones de unidades.
- (2) La cantidad específica de penicilina se diluye en aproximadamente 30 ml de agua y después se administra oralmente.

<sup>11</sup> Organización Panamericana de la Salud, *Eliminación de la sífilis Congénita en América Latina y El Caribe: marco de referencia para su implementación*, Washington, D.C., 2005.

## ANEXO 8



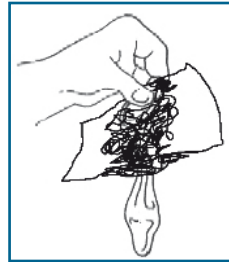
1. Examine el sobre y asegúrese que no este roto ni dañado. Abra el empaque del condón con la yema de los dedos, nunca con los dientes, ni objetos con filo o con punta.



2. Presione la punta del condón para sacar el aire mientras lo coloca en el pene erecto y sin soltar la punta, desenróllelo hasta llegar a la base del pene.



3. Después de eyacular y cuando el pene está todavía erecto, retírelo de la vagina, sujetándolo de la base,

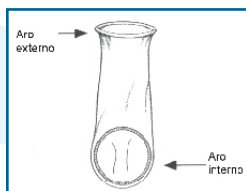


4. Con abundante papel quítese el condón cuidando que no gotee y deposítelo en la basura.

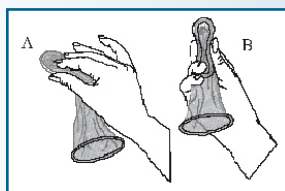
## RECUERDE

1. Guardar el condón en un lugar fresco y sin humedad. Verificar la fecha de caducidad o que la fecha de fabricación no pase de cuatro años.
2. Siempre se debe colocar el condón antes de cualquier contacto con los genitales.
3. No usar cremas cosméticas, aceite de niño, ni vaselina como lubricantes, porque deterioran el condón, si fuese necesario utilice lubricante hecho a base de agua.

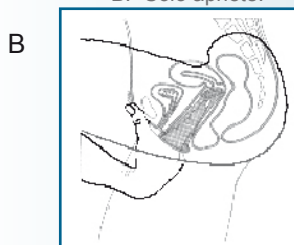
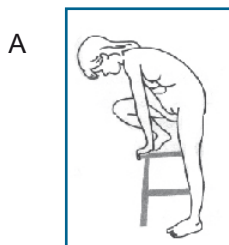
## Instrucciones para el uso del condón femenino.



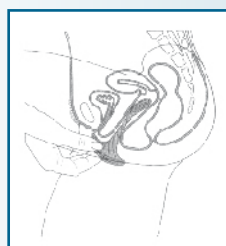
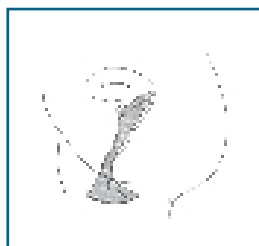
1. El aro externo cubre el área alrededor de la apertura de la vagina. El aro interno se usa para la inserción del condón.



2. A.-Sostenga el aro interno del condón. Entre el dedo pulgar y el del medio. Coloque el dedo índice en la funda, entre los otros dos dedos.  
B.- Sólo apriete.



3. Estando usted parada, suba un pie a la orilla de la cama, silla, etc. (figura A), Apriete el aro interno e insértelo en la vagina lo mas lejos que pueda llegar (figura B). Estará bien colocado cuando usted ya no lo pueda sentir. No se preocupe que no podrá llegar demasiado profundo.



4. El aro externo debe quedar fuera de la vagina, asegúrese que el condón no este torcido. Puede ser que al iniciar la penetración usted tenga que dirigir el pene, para asegurarse que esta dentro de la funda. (condón)
5. Retire el condón antes de pararse. Apriete y de vuelta al anillo externo. Tire suavemente hacia fuera. Bote el condón en la basura, no en el sanitario

## Glosario

**ACCEDA:** Atender, Consultar/Evaluar, Comunicar, Educar, Demostrar, Acordar.

**ADN:** Acido Desoxirribonucleico.

**AINES:** Antiinflamatorios No Esteroideos.

**B:** Eficiencia medía de transmisión por cada exposición sexual.

**C:** Tasa efectiva medía de cambio de pareja sexual.

**C. albicans:** Candida albicans.

**CCMM:** Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.

**CD4:** Células responsables de las respuestas inmunitarias. Genéricamente, se denominan antígenos de diferenciación de leucocitos humanos y se designan como CD (cluster of differentiation; el término cluster hace referencia al grupo de anticuerpos monoclonales que los detectan).

**CIPD:** Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

**C. trachomatis:** Clamidia trachomatis.

**D:** Duración medía del período de transmisibilidad después de adquirida una nueva infección.

**DIU:** Dispositivo Intra Uterino.

**ELISA:** “Enzyme Linked Immuno Sorbent Asssay” por sus siglas en inglés que significan Ensayo Inmuno Enzimático Absorbente”.

**EPI:** Enfermedad Pelvica Inflamatoria.

**EPIA:** Enfermedad Pelvica Inflamatoria Aguda.

**FTA-Abs:** “Fluorescent Treponemal Antibody Absortion Test” por sus siglas en ingles que significan Prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes.

**HBV-S-Ag:** Determinación de antígeno de superficie o Antígeno Australiano.

**HVS 2:** Herpes virus simple tipo 2.

**HVS 8:** Herpes virus simple tipo 8.

**IEC:** Información, Educación y Comunicación.

**IG:** Inmuno Globulina.

**IGMHBc:** Determinación de anticuerpos para Hepatitis B contra el Antígeno Core.

**IM:** Intra Muscular.

**ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual.

**I.V.P.H.:** Infección por el Virus del Papiloma Humano.

**LGV:** Linfo Granuloma Venéreo.

**Mg:** Miligramos.

**MHA-TP:** microhaemagglutination assay for antibodies to *Treponema pallidum* por sus siglas en ingles que significan Microhemaglutinación de *Treponema pallidum*.

**MSPAS:** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

**N. gonorrhoeae:** *Neisseria gonorrhoeae*.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**ONG:** Organización No Gubernamental.

**PAP:** Prueba de Papanicolaou.

**PL:** Punción Lumbar.

**PPLO:** Tipo de Cultivo, pleuropneumonia-like organisms por sus siglas en ingles.

**R o:** Tasa reproductiva de la infección.

**RPR:** Prueba de Reagina Plasmática Rápida.

**SC:** Sífilis Congénita.



**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

**SSR:** Salud Sexual y Reproductiva.

**SUG:** Síndrome de Úlcera Genital.

**T. pallidum:** Treponema pallidum.

**T. vaginalis:** Trichomonas vaginalis.

**UI:** Unidades Internacionales.

**UNFPA:** Fondo de Población de las Naciones Unidas.

**V B:** Vaginosis Vacteriana.

**VDRL:** Venereal Disease Research Laboratory.

**VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.

**VIH 1:** Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo uno.

**VIH2:** Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo dos.

**VLTH I:** Virus linfotrópico T humano tipo 1.

**VLTH II:** Virus linfotrópico T humano tipo II.

**VPH:** Virus del papiloma humano.

## BIBLIOGRAFIA

Behrman, Richard E.; Kliegman, Robert M.; Nelson Waldo E.; Vaughan Victor C. III, *Nelson, Tratado de Pediatría*, Decimocuarta edición, Interamericana, McGraw-Hill, España, 1992

Behrman, Richard E.; Jenson, Hal B.; Kliegman, Robert M., Nelson, *Tratado de Pediatría*, Decimosexta edición, Interamericana, McGraw-Hill, España, 2001

Jones, Howard W. III; Wentz, Anne Colston; Burnett, Lonnie S., *Tratado de ginecología de Novak*, Decimoprimer edición, interamericana, McGraw-Hill, México, 1991.

Kasper, Dennis L.; Braunwald, Eugene; Fauci, Antony S; Hauser, Stephen L.; Longo, Dan L.; Jameson J. Larry, *Harrison: Principios de Medicina Interna*, Decimosexta edición, McGraw-Hill, Chile, 2005

Ministerio de Salud, Comisión Nacional del SIDA, *Normas de Manejo y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual, Norma Técnica N° 46*, Santiago de Chile, 2000.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: *Manual Técnico de Salud Reproductiva*, MSPAS, El Salvador, 1999.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: *Infecciones de Transmisión Sexual, Normas y Procedimientos de Atención*, Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual/VIH/SIDA, MSPAS, El Salvador, 2002.

Organización Panamericana de la Salud, *Eliminación de la sífilis Congénita en América Latina y El Caribe: marco de referencia para su implementación*, Washington, D.C., 2005.

Organización Mundial de la Salud, *Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual*, Ginebra, Suiza, 2005.

World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. *Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections. A guide to essential practice*, Geneva, 2005.

Wilson, Jean D.; Braunwald, Eugene; Isselbacher, Kurt J.; Petersdorf, Robert G.; Martin, Joseph B.; Fauci, Antony S.; Root, Richard K., *Harrison: Principios de Medicina Interna*, Decimosegunda edición, McGraw-Hill, México, 1991.

Remington, Jack S.; Klein, Jerome O.; Wilson, Christopher B.; Baker, Carol J., *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant*, sixth edition, Elsevier Saunders, 2005.