



Secretaría de Estado de Salud Pública
y Asistencia Social

**Normas y Procedimientos Nacionales
para la Atención de las Infecciones
de Transmisión Sexual (ITS)**

**República Dominicana
2008**

Segunda edición
Serie de Normas Nacionales No.25

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
Normas y Procedimientos Nacionales Para la Atención
de las Infecciones de Transmisión Sexual.
SESPAS, 2003

©2002

Primera Edición, SESPAS.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo, República Dominicana.
Avenida San Cristóbal, Esquina Tiradentes.

Realizada con Asistencia técnica de la agencia de los EEUU para el desarrollo Internacional (USAID)
cooperación internacional: USAID_ FHI _ Proyectos AIDSCAP_ IMPACT, Naciones Unidas a través
de ONUSIDA; Unión Europea_ a través del proyecto PREVISA

©2003

Segunda edición, SESPAS

Realizado con el apoyo financiero del Proyecto Mo. 7065 DO_ Banco Mundial y USAID a través del
Proyecto Impact No. HRN-A-00-47-00017-00 de Family Health Internacional.

PRIMERA EDICIÓN

ORGANISMOS DE COOPERACION INTERNACIONAL

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de Salud (OPS / OMS)

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)

- Proyecto AIDSCAP-Impact

- Family Health International

Proyecto de Apoyo al Programa Nacional de Prevención del VIH/SIDA de la Unión Europea (PREVIHSA)

Naciones unidas a hacer de su proyecto AIDSCAP-Impac

ASESORIA INTERNACIONAL

Dr. Jorge Sánchez

Asesor técnico-Family Health Internacional, Proyecto IMPACT

COORDINACION POLÍTICA

Dr. Manuel Tejada

Sub-Secretario de Atención Primaria

Dr. William Hernandez Basilio

Director DIGECITSS – Actual

Dr. Francisco Hidalgo Abud

Director Nacional de Normas (SESPAS)

Dra. Martha Butler de Lister

Programa Control de ITS/SIDA (PROCETS)
Directora 1998-2000

Dr. Luis Martínez

Programa Control de ITS/SIDA (PROCETS)
Director 1996-1998

Dr. Ernesto Guerrero

Programa Control de ITS/SIDA (PROCETS)
Director 1995-1996

SEGUNDA EDICIÓN

COORDINACIÓN POLÍTICA

Dr. Manuel Tejada

Sub.-Secretario de Atención Primaria (SESPAS)

Dr. William Hernandez Basilio

Director DIGECITSS – Actual

Dr. Francisco Hidalgo Abud

Director Nacional de Normas (SESPAS)

REVISIÓN TÉCNICA

Dra Rosa Flores

Encargada Sección de Atención de las ITS (DIGECITS)

Dra Mayra Garcia

Enc Unidad Atención Medica Sección ITS

Dra Idelsi Hernandez

Enc. Unidad Vigilancia de ITS, Sección ITS

Lic Sofia Khouri

Encargada Dep. Planificación

Licda Cenyda Brito

Oficial de Producción y Medios (CONECTA)

GRUPO TÉCNICO PARTICIPANTE EN LA ELABORACIÓN DE ESTAS NORMAS

Dr. Rafael Alcántara	Inst. Dermatológico y Cirugía Piel (IDCP)
Dra. Carmen Almánzar	Hospital Juan Pablo Pina , San Cristobal
Dra. Martha Arredondo	Inst. Dermatológico y Cirugía Piel (IDCP)
Licda. Mabel Brugal	Laboratorio y Banco de Sangre, SESPAS
Dr. Francisco Cerón	Centro Sanitario de Santo Domingo
Dra. Rosa Julia Flores	Encargada Sección ITS DIGECITSS
Dra. Mayra García	Inst. Dermatológico y Cirugía Piel (IDCP)
Dra. Ivelisse Garris	Centro Atención Integral a Personas con VIH
Dra. Elizabeth Gómez	Dirección Nacional de Epidemiología
Dr. Bayardo Gómez	Centro de Promoción y Solidaridad Humana (CEPROSH)
Dr. Ernesto Guerrero	Servicio Atención Especializada ONUSIDA
Dr. José Herrera	Hospital Nuestra Señora de Regla, Baní
Dra. Lina José	Inst. Dermatológico y Cirugía Piel (IDCP)
Licda. Sofía Khoury	Enc. Dpto. de Planificación, DIGECITSS
Licda. Juliana Martínez	Programa Control de ETS/SIDA, DIGECITSS
Dra. Luz Mercedes	Consejo Nacional de Población y Familia
Dra. Virgilia Nina	Hospital Municipal, Los Mina.
Dra. Dinorah Ortíz	Hospital Francisco Moscoso Puello
Licda. Clotilde Peña	Enc. Sección Laboratorios y Bancos Sangre, DIGECITSS
Dra. Adela Ramírez	Enc. Dpto. Vigilancia Epidemiológica, DIGECITSS
Dra. Josefina Romero	Instituto de Sexualidad Humana (ISH)
Dr. Jorge Sánchez	Consultor de Family Health International (FHI)
Dr. Miguel Suazo	Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC)
Dra. María Isabel Tavárez	Hospital Central de las Fuerzas Armadas y P.N.
Dra. Mónica Thormann	Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS)
Licda. Gisela Ventura.	Enc. Dpto. Comunicación y Capacitación (DIGECITSS)
Dr. Claudio Vólquez	Inst. Dermatológico y Cirugía Piel (IDCP)

SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

- Sub- de Atención Primaria de Salud.
- Dirección General de Planificación y Sistemas de Salud
- Dirección General de Hospitales
- Dirección General de Epidemiología
- Dirección General Materno – Infantil y Adolescentes.
- Dirección General de Promoción y Educación Sexual en Salud
- Dirección Nacional de Población y Familia
- Dirección Control de la Infecciones Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS)
- Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET)
- Departamento Nacional de Laboratorios y Banco de Sangre
- Programa Control de las Enfermedades Diarreicas
- Programa Control de las Infecciones Respiratorias Agudas
- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- Programa de Lactancia Materna
- Programa de Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo
- Programa de Salud Escolar
- Programa de Control de Tuberculosis
- Dirección de Normas y Protocolos Clínicos

HOSPITALES Y ENTIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

REVISIÓN FINAL PRIMERA EDICIÓN

Dr. William Hernández	Director DIGECITSS
Dra. Rosa Julia Flores	DIGECITSS
Dra. Mayra García	DIGECITSS
Dr. Rafael Alcántara	Inst. Dermatológico y Cirugía de Piel (IDCP)

REDACCIÓN

Noemí Lara	Irene Butler
Oliver Hernández	Cristian Vallejo
Sonia Serrano	Marleny Arias

DIAGRAMACIÓN

Ángulo Publicidad

ÍNDICE DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN

	Páginas
1. Introducción y descripción general del problema	11
1.1 Descripción	13
1.2 Situación Epidemiológica de las ITS	14
1.2.1 En el mundo	14
1.2.2 En la República Dominicana	15
1.2.3 Infección por el VIH/ SIDA.	16
1.2.4 Relación entre las ITS y el VIH / SIDA	16
1.2.5 Factores que contribuyen a la diseminación de las ITS	17
1.2.6 Razones por las cuales los pacientes no buscan servicios	18
1.2.7 Poblaciones objeto de intervención	19
2. Objetivos y propósito	21
1.1 Objetivo general	23
1.2 Objetivos específicos	23
1.3 Propósito	23
3. Base legal	25
4. Ámbito de aplicación y unidad ejecutora	29
a) Nivel central	31
b) Nivel táctico	32
c) Nivel local	32
5. Especificaciones de las normas	35
5.1 Atención de los casos de ITS	38
5.2 Realización de la historia clínica	38
5.3 Preguntas importantes de la historia clínica (Cuadro #1)	39
5.4 Examen físico (Cuadro #2)	40
5.5 Consideraciones especiales en el tratamiento ITS en embarazo	43
6. Definiciones operacionales	47
7. Uso de flujogramas para el manejo sindrómico	51
7.1 Síndromes más importantes (Cuadro #3)	53
7.2 Síndrome de secreción uretral	54
7.3 Síndrome de flujo vaginal	55
7.4 Síndrome de úlceras genitales	57
7.5 Síndrome de dolor abdominal bajo	58
7.6 Síndrome de bubón inguinal	59

8. Educación y las 4 C	61
9. Infecciones de transmisión sexual no comprendidas en el Manejo Sindrómico	67
9.1 Sífilis adquirida no primaria	69
9.2 Sífilis en la gestante	70
9.3 Sífilis congénita	70
9.4 Criterios de diagnóstico de sífilis congénita	70
9.5 Desensibilización en alergia a la penicilina	71
9.6 Condiloma acuminado	73
9.7 Infección por VIH/SIDA	74
Hepatitis B	75
Hepatitis C	76
Infecciones entéricas de transmisión sexual	78
Granuloma Inguinal	78
Pediculosis del pubis (ladilla)	79
Escabiosis Sarcoptiosis (Sarna)	79
10. Atención de ITS dirigida a población con conducta sexual de riesgo	81
10.1 Consideraciones generales	83
10.2 Instrucciones para realizar control de salud dirigido a población con conducta sexual de riesgo	83
11. Atención a personas sometidas a violencia sexual	85
11.1 Consideraciones Generales	87
11.2 Procedimiento para su atención	87
11.3 Seguimiento	89
11.4 Riesgos de infección por VIH	89
12. Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones De Transmisión Sexual (ITS)	91
13. Abreviaturas	95
14. Bibliografía	99
15. Referencias	103
16. Anexos	109

PRESENTACIÓN

La República Dominicana transita por un proceso de Reforma y Modernización de sus estructuras jurídicas y políticas tendente a lograr que el Estado pueda asegurar que la sociedad dominicana en su conjunto, se introduzca al Siglo XXI, con una mejoría sustantiva de la calidad de vida de sus ciudadanos y ciudadanas. Procuramos proveer un acceso equitativo a servicios públicos de elevada calidad y ofrecerlos de manera muy especial a los grupos humanos postergados.

En tal virtud, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) cumpliendo con el mandato emanado por la Constitución y las Leyes de la República Dominicana, hace formal presentación de estas **Normas Nacionales**, tendentes a reglamentar los programas y servicios de salud que intervienen en la prevención, control y manejo de **las infecciones sexualmente transmisibles**.

Estas **Normas Nacionales** contribuirán a definir las características que deberán reunir los servicios del Sistema Nacional de Salud. Los recursos humanos actuantes en la vigilancia, control y atención a los problemas críticos de salud, **deberán asumir su apegada observancia y riguroso cumplimiento**, para bien del continuo ascenso de los niveles de vida de todos los usuarios de las unidades y establecimientos de salud del país.

Las Normas son el resultado de una revisión bibliográfica detallada y de un proceso de encuentros técnicos de diferentes instituciones públicas, privadas y de cooperación internacional. Ha habido una participación destacada de especialistas nacionales e internacionales en las áreas de la Infectología, Epidemiología y expertos en el manejo de las ITS.

Estas Normas Nacionales plantean a los trabajadores de salud, lo que se conoce como “**Manejo Sindrómico de las ITS**”, que representa una alternativa de abordaje eficiente, eficaz y efectiva de este problema de salud en el primer nivel de atención. Además, la atención especializada (Etiológica) para el segundo y tercer niveles de atención

Es pertinente indicar la dimensión ética y moral que adquiere para el personal que labora en el Sistema Nacional de Salud, la observancia de estas normas, cuyo cumplimiento evitará la pérdida de vidas humanas altamente valiosas para las familias dominicanas.

DR. JOSE RODRÍGUEZ SOLDEVILLA
Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

Prefacio a la 2da Edición.

La segunda edición de las Normas Nacionales para la Atención de las ITS, se caracteriza por incluir cambios significativos que reflejan una cuidadosa revisión, tanto en la forma como el contenido.

La primera edición de estas Normas fue el producto del trabajo de un equipo de expertos ligados al área de la atención y gerencia de las ITS y otros colaboradores reconocidos en las páginas de este documento.

Esta segunda edición de las Normas tienen una función normativa en la salud pública y en el ámbito del sistema nacional de salud, es fruto de la dedicación y el esfuerzo del equipo técnico de la DIGECITSS que han aportado largas horas de su tiempo y conocimientos para la corrección y actualización de este importante documento.

Los cambios introducidos se reflejan en los diferentes capítulos, iniciando por el No. 1: referente a la **Introducción y Descripción General del Problema**, específicamente en la situación epidemiológica de las ITS en Republica Dominicana.

Para el **Capítulo 2:** Se cambia el término de enfermedades por el de Infecciones de transmisión sexual acorde la resolución de OMS del 1998 en ese sentido.

Capítulo 3: Se incorpora la Ley 87'01 que crea el Sistema de la Seguridad Social como parte de la base legal del documento.

Capítulo 4. Se definen más ampliamente los niveles de Gestión y se realiza una descripción minuciosa de las funciones de la DIGECITSS en cada uno de estos niveles.

Capítulo 5. Se incorporan elementos propios de cada nivel de atención del sistema Nacional de Salud. Simplificando y organizando los pasos en lo concerniente al manejo de casos de ITS y detallando las pruebas de más uso en el diagnóstico de laboratorio de las ITS. Además introduce un acápite relativo a las medidas de bioseguridad para la prevención y el control en el manejo de las ITS.

Capítulo 7. En el cuadro No. 3 referente a los síndromes de ITS se le incorpora la columna de patologías. La cual describe las diferentes patologías que causan los síndromes. Además se actualizan y completan los flujogramas para el manejo Sindrómico de las ITS.

Capítulo 8. Se cambia el título por el de Educación Sanitaria en el Manejo de las ITS, porque es un concepto que va más allá de la pura descripción de consejería, Se introduce una definición de Consejería y sus diferentes modalidades. Y se amplía el acápite de los métodos de búsqueda de contactos.

Capítulo 9. Referente a las ITS no incluidas en el Manejo Sindrómico, en el cuadro No. 1 respecto al estadio clínico de las Sífilis se agrega la columna de manifestaciones clínicas. Se agregan las entidades

clínicas, Granuloma Venéreo, Oftalmía del recién nacido por gonorrea y clamidia; Hepatitis B y C, y se amplía los acápite correspondientes a VIH/SIDA.

En el Capítulo 11. Se especifican las pruebas de laboratorios a realizar en cada uno de los controles en el (la) pacientes objeto de violación sexual. En el acápite de riesgo de infección por VIH post exposición, se actualiza el esquema de tratamiento acorde Normas de atención VIH/SIDA.

En el capítulo 12 enfocamos de manera más amplia la vigilancia epidemiológica de las ITS, ya que juega un papel de trascendental importancia en la descripción de su situación y caracterizaciones.

Finalmente se introduce en estas Normas un capítulo de abreviaturas y en los anexos una tabla con los medicamentos utilizados en la República Dominicana para el manejo de las ITS.

1

Introducción y Descripción General del Problema



1. INTRODUCCION Y DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), anteriormente denominadas Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), son todas aquellas infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual durante las relaciones sexuales vaginales, anales u orales desprotegidas. Algunas también son transmitidas de madre a hijo durante el embarazo, parto o la lactancia, o a través de transfusiones de sangre u objetos contaminados con ésta. La nueva nomenclatura (ITS) fue aprobada por la Organización Mundial de la Salud y su Director General, el 11 de agosto de 1998.

Estas constituyen un grupo de infecciones de etiologías diversas (Bacterias, Virus, Hongos, Parásitos). Recientes análisis muestran que “las ITS en los países en desarrollo, están entre las cinco causas más importantes de años de salud productiva perdidos”.¹

1.1 Descripción

Está demostrado que los cambios en las formas de vida de la población, sumados a la globalización de factores socioeconómicos, explosión demográfica, rápido crecimiento en el número de adolescentes y adultos jóvenes, migración a las zonas urbanas, guerra y roturas del ambiente sociocultural, han facilitado el aumento considerable de las ITS.

Un número creciente de agentes patógenos se ha asociado a enfermedades y síndromes de ITS. Adicionalmente, la mejora en los métodos de diagnóstico ha permitido identificar agentes patógenos de enfermedades que antes se creían idiopáticas, como es el caso del carcinoma de cérvix.

Las ITS incluyendo la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) constituyen un motivo de preocupación en todo el mundo debido a que afectan fundamentalmente a la población en edad fértil y económicamente activa, y sus repercusiones alcanzan los ámbitos sociales, culturales, políticos, jurídicos y económicos. En países en desarrollo, una de cada 20 personas padece una ITS al año.

El número de casos de ITS que se notifican a los servicios de salud tiene un alto subregistro debido entre otros factores a la gran cantidad de casos asintomáticos, al no reconocimiento de síntomas de ITS, a los servicios de salud no accesibles, no aceptables y de baja calidad, a la frecuente automedicación o fuentes no tradicionales de atención y a los sistemas deficientes de reporte o notificación de los casos.

Tradicionalmente las ITS han sido manejadas mediante el diagnóstico etiológico, es decir, identificando el agente causal de la enfermedad. Para este manejo es necesario contar con laboratorios sofisticados, personal altamente capacitado y pruebas de laboratorio de alto costo cuyos resultados no están disponibles inmediatamente. Razones por la cual este enfoque no es el de elección en los primeros niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

Con el fin de proveer una atención integral de elevada calidad y utilizar eficientemente los escasos recursos, es preciso incorporar un mayor número de profesionales de salud en el diagnóstico precoz y el manejo oportuno de las ITS, sobre todo en los servicios del primer nivel de atención.

Las continuas variaciones en la epidemiología, la etiología y atención de las ITS, representan una dificultad para formular sistemas y procedimientos integrales, aplicables en todos los medios y en todos los tiempos. Sin embargo, un mejor tratamiento de los pacientes, aun en condiciones críticas, atrae a otros, fomenta el control y permite lograr el doble objetivo: reducir la transmisión y prevenir la morbilidad.

El contenido de estas Normas Nacionales son el resultado de la intervención de un grupo de profesionales de salud, bajo la coordinación de la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS), (antes PROCETS) de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), el programa de SIDA de USAID (AIDSCAP) y del Programa de SIDA de las Naciones Unidas a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el programa PREVIHSA. Estas Normas se complementarán con otros documentos como son los manuales de Laboratorio, Vigilancia Epidemiológica, Consejería y de Organización de los Servicios.

1.2 Situación epidemiológica de las ITS

1.2.1 En el mundo:

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son un problema de salud pública de gran magnitud. “La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente 685.000 personas se infectan con una ITS diariamente. Cada año ocurren aproximadamente 333 millones de casos nuevos en todo el mundo”.²

“ En los países en desarrollo son una de las cinco principales causas por las cuales los pacientes acuden a los servicios de salud. ”³ y “ la segunda causa de años de salud perdidos en mujeres de 15 a 45 años de edad. ”⁴

“Existe una mayor proporción de casos de ITS en personas de edades entre 15 y 30 años”,⁵ observándose un ligero predominio de casos reportados entre los hombres, debido probablemente a que las ITS son más frecuentemente sintomáticas entre los hombres. Se estima que uno de cada 20 adolescentes, contraen una ITS cada año. Razones para estas consideraciones son:

- Inicio temprano de las relaciones sexuales aumentando el período de exposición.
- Alta probabilidad de tener múltiples parejas.
- Acceso a los servicios de salud es restringido.
- Factores sociales y económicos impiden que tengan acceso a métodos de barrera (condones, etc.).
- Alta probabilidad de tener parejas con comportamientos de riesgo.
- La mitad de la población está por debajo de los 15 años.

1.2.2 En la República Dominicana

El sistema de Vigilancia Epidemiológica para las ITS en nuestro país solamente permite conocer información general sobre los síndromes de secreción uretral, vaginal, úlceras genitales, y dolor abdominal bajo, a través del Informe Semanal de Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria (EPI) .componente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Además se cuenta con información sobre VIH/SIDA recogida en los registros de notificación (SIS 03), que son consolidados y analizados en la Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (DIGECITSS) de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

En 1995, la tasa general de gonorrea fue de 34.5 por 100,000 habitantes, observándose una disminución de la tendencia en los casos notificados a partir del año 1985. La tasa general de sífilis en el mismo año fue de 23.4 por 100,000. habitantes, con igual tendencia decreciente en su notificación.

Estudios realizados en el Departamento de Enfermedades de Transmisión Sexual (DETS) del Instituto Dermatológico, muestran una tendencia descendente en la tasa de Sífilis y Gonorrea entre los pacientes que demandan atención en dicho centro. Las tasas de gonorrea que en 1985 eran de 50.1 por cada 1000 pacientes atendidos, descendieron a 13.7 en el año 1992 y las tasas de sífilis de 46.9 por 1000 atendidos descendieron a 16.5 en 1994. Sin embargo, las cepas de *Neisseria gonorrhoeae* resistentes a la penicilina han venido aumentando hasta colocarse en un 75% del total de casos diagnosticados (NGPP).

“Estudios realizados en 1990, señalaban que las tasas de clamidia eran ligeramente superiores a las de gonorrea.”⁷ En estudios para validación de flujogramas realizados en 1995, a una muestra de mujeres que acudieron a la consulta del DETS por presentar flujo vaginal, la prevalencia de infecciones cervicales y vaginales fue la siguiente:

<i>Vaginosis Bacteriana</i>	23.4%
<i>Candida Albicans</i>	13.3%
<i>Chlamydia Trachomatis</i>	7.2%
<i>Trichomonas Vaginalis</i>	6.9%
<i>Neisseria Gonorrhoeae</i>	0.8%

En pacientes masculinos con signos de Úlcera Genital, la prevalencia de agentes patógenos identificados fue:

<i>Haemophilus Ducreyi</i>	26%
<i>Treponema Pallidum</i>	5%
<i>Herpes Simple</i>	43%
<i>Virus de Inmunodeficiencia Humana</i>	14%

La encuesta ENDESA/96, reportó que el 33% de las mujeres encuestadas había padecido de una ITS en los 12 meses previos a la entrevista.⁸

1.2.3 Infección por el VIH/SIDA

Estudios serológicos correspondientes a Puestos Centinelas, que se realizan en nuestro país desde el año 1992 en diferentes provincias y grupos de población, indican que la epidemia está en aumento. Las prevalencias en las embarazadas que acudieron a los Puestos Centinelas en los hospitales públicos de Santo Domingo aumentaron de un 0.8% en 1992 a 7.9% en 1998.⁹

En trabajadoras sexuales la prevalencia para el mismo período osciló de 3.7% a 9.8 %; en personas que acudieron a la consulta de ITS fue de 8%.⁹

El total de casos de SIDA notificados a marzo del 2001 es de 5,588 siendo el grupo etario más afectado el comprendido entre 15 y 44 años; los casos en mujeres han ido aumentando significativamente llegando a ser uno de cada dos casos de SIDA.

Aunque se han notificado casos en todas las provincias del país, el 42% de los casos corresponde a Santo Domingo.⁹ Muy a pesar que existe un conocimiento general de la existencia del SIDA y de sus modos de transmisión, todavía persisten mitos y barreras para la prevención; el 80% de los jóvenes de 15 a 19 encuesta ENDESA/96 manifestaron su creencia de que no podían infectarse de VIH y no estaban tomando ninguna medida de prevención.⁸

Proyecciones con modelos matemáticos basados en los estudios centinelas, indican que de mantenerse las condiciones actuales la epidemia va a seguir creciendo y se estima que para el año 2000 un 5% de la población adulta estará infectada con el VIH.¹⁰

1.2.4 Relación entre las ITS y el VIH/SIDA

Hoy en día existen numerosas evidencias sobre la relación de las ITS y la infección por el VIH. Por esto los servicios de salud dedicados a la atención de las personas con ITS constituyen lugares propicios para abordar poblaciones en riesgo de adquirir el VIH.

Las ITS y el VIH comparten varias características en común por una parte

- Vías de transmisión
- Estrategias de promoción y prevención
- Seguimiento por parte de los programas de control de ITS/VIH/SIDA

Existe suficiente información que sugiere un incremento en la severidad de las manifestaciones clínicas y en la inefectividad de la respuesta terapéutica convencional en diversas ITS en personas infectadas con el VIH. Sin embargo, la interacción más importante está representada por el efecto

facilitador de las ITS en la transmisión del VIH. Numerosos estudios, han demostrado que las ITS ulcerativas y las no ulcerativas incrementan la transmisión del VIH en 2 a 9 veces.”¹¹

1.2.5 Factores que Contribuyen a la Diseminación de las ITS

“ Cada epidemia de ITS se desarrolla a través de fases predecibles, moldeadas por una dinámica de interrelación de los agentes patógenos, el comportamiento de los grupos de poblaciones en los que se desarrolla y los esfuerzos para prevenirlas. Las redes sociales y sexuales que condicionan la epidemia se ubican en grupos de población caracterizados por un alto intercambio de parejas sexuales y un pobre contacto con el sistema de salud. ”¹²

“ El estudio de una epidemia de ITS empieza por identificar la existencia de segmentos de la población que tienen actividad sexual. Para que una persona sana y sexualmente activa se infecte deberá exponerse a otra infectada; sin embargo, para que este encuentro ocurra tendrán que interactuar factores ecológicos y factores de comportamiento. Para que una persona expuesta se infecte se requiere la presencia de ciertos factores biológicos. ”¹²

A continuación enumeramos algunos de estos factores:

A) Factores ecológicos:

- Alta densidad poblacional
- Desplazamientos poblaciones
- Poca accesibilidad a servicios de salud

B) Factores de comportamiento:

- Tener múltiples parejas sexuales
- Tener parejas con comportamiento de riesgo
- Consumo de alcohol y drogas
- Ausencia de métodos de barrera (Condón)

C) Factores biológicos:

- Infecciosidad: estadio de la enfermedad, presencia de otras ITS.
- Susceptibilidad: ectopia cervical, incircuncisión masculina, presencia de otras ITS, lugar anatómico de exposición.¹³

Una vez producida una infección, serán el acceso, la aceptación y la calidad de los servicios de salud encargados de atender a la población afectada, los factores que influenciarán en la aparición de complicaciones y continuidad en la cadena de transmisión de las ITS.

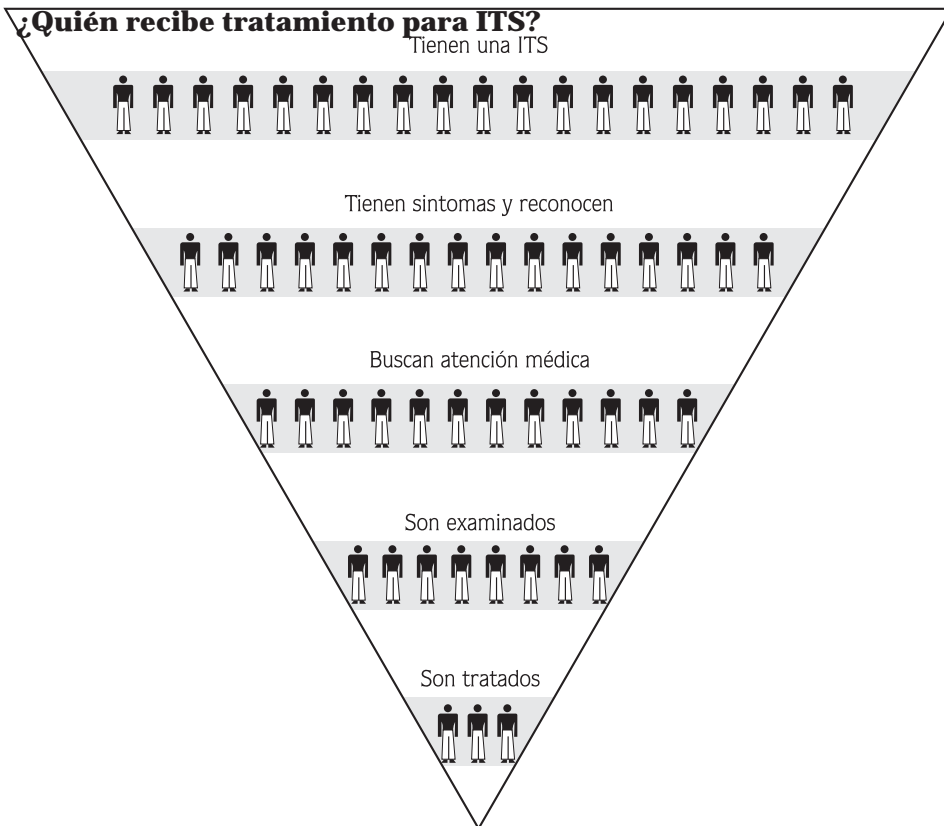
1.2.6 Razones por las cuales los pacientes no buscan servicios de ITS

No reconocimiento de signos y síntomas que pueden ser manifestaciones de una ITS, (características de flujo vaginal, dolor durante las relaciones sexuales, por ejemplo).

Inadecuada evaluación del riesgo personal ya sea por no reconocer su propia conducta

Rechazo de los servicios por miedo a estigmatización y/o discriminación.

Servicios inaccesibles, inaceptables o de baja calidad.



1.2.7 Poblaciones objeto de intervención:

Es importante considerar en los programas de prevención y control, algunos grupos de población, que por su vulnerabilidad y/o conductas propias de sus compañeros sexuales, los hacen ser catalogados como grupos prioritarios para intervenciones. Las intervenciones en ITS dirigidas a los grupos con alto cambio de parejas sexuales y elevada frecuencia de ITS tienen una mejor relación costo eficiencia y costo efectividad.¹⁵

a. Grupos con elevada frecuencia de ITS.

Existen segmentos de la población en mayor riesgo de adquirir ITS y están formados principalmente por individuos con múltiples parejas sexuales que tienen relaciones sexuales sin protección. Está comprobado que intervenciones en estos grupos poblacionales tienen mayor costo beneficio, y la prevención y control de ITS interrumpe la dinámica de transmisión a la población general.

Estos individuos pertenecen a los siguientes grupos de población:

Trabajadores sexuales masculinos y femeninos (TS).

Clientes y parejas sexuales de TS.

Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).

Usuarios de drogas (alcoholismo y drogadicción).

Reclusos (as).

Poblaciones concentradas: centros educativos con internados, militares, bomberos, residentes en bateyes.

Poblaciones itinerantes.¹⁶

b. Grupos vulnerables de la población general

Mujeres. En muchos países se estima que la incidencia de ITS es mayor en la mujer que en el hombre. Generalmente en la mujer no se presentan signos y síntomas, o regularmente no los reconocen.

A Toda mujer se le deberá hacer una historia clínica completa incluyendo su historia sexual con el objetivo de detectar una posible ITS. El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de una ITS con la debida consejería promoviendo el auto cuidado y la auto responsabilidad contribuirá a evitar complicaciones severas (Cervicitis, Esterilidad, CA de Cervix, etc.)

Las perspectivas de genero respecto a los servicios conducen a un mejor enfoque de la oferta de atención en salud. Los proveedores deben ver no solo en función de las actitudes y de la calidad de la atención.

En el caso de la mujer embarazada las ITS de transmisión perinatal (ejemplos: infección por VIH, sífilis, infección por clamydia, gonococo, herpes), pueden tener efectos graves sobre el feto. En la

consulta prenatal deberá realizarse un examen clínico cuidadoso para la detección de alguna ITS, y en la primera consulta deberá ordenarse un examen serológico para sífilis (VDRL o RPR), que deberá repetirse en el tercer trimestre del embarazo y realizarse durante el parto en toda mujer que no haya tenido una prueba serológica durante su embarazo.

Adolescentes. Los adolescentes están expuestos frecuentemente a ITS debido al cambio de parejas sexuales. Especial consideración tienen las mujeres debido a su mayor vulnerabilidad biológica durante la adolescencia por presencia de ectopia cervical y por relacionarse con parejas sexuales de mayor edad. Las ITS sintomáticas en este grupo serán abordadas de acuerdo a estas normas y se deberán desarrollar intervenciones para mejorar el reconocimiento de síntomas de ITS y la búsqueda de servicios de salud.

Niños. En recién nacidos, las infecciones resultan, generalmente de una exposición durante el embarazo, el parto o la lactancia. Después del período neonatal, el abuso sexual es la causa más común de ITS. Por el aspecto médico legal la infección debe ser confirmada clínicamente y por medio de laboratorio e informada a las autoridades legales y judiciales.

Personas viviendo con VIH/SIDA. Se reconoce que la historia natural y el tiempo de tratamiento de algunas ITS se modifican por el compromiso del sistema inmunológico del paciente. La severidad de las manifestaciones clínicas, de las ulceraciones genitales es mayor; por ejemplo, mayor frecuencia de manifestaciones atípicas de chancro blando, sífilis y herpes. Existe una fuerte asociación entre la presencia de una ITS y la infección por el VIH, numerosos estudios han demostrado que las ITS tanto ulcerativas como no ulcerativas, facilitan la transmisión y adquisición del VIH.

2

Objetivos y Propósito



2. OBJETIVOS Y PROPÓSITO

2.1 Objetivo general

Proveer al personal de salud que labora en los diferentes niveles de atención, de un instrumento y lineamientos simplificados para el manejo oportuno, eficiente y eficaz de las Infecciones de Transmisión Sexual.

2.2 Objetivos específicos:

2.2.1 Establecer el manejo sindrómico de las ITS para los síndromes descritos y el uso de flujogramas.

2.2.2 Establecer el manejo adecuado de las ITS no incluidas en el Manejo Sindrómico.

2.2.3 Proporcionar lineamientos para el manejo de contactos sexuales y consejería en ITS.

2.2.4 Establecer la vigilancia epidemiológica de las ITS, según normas nacionales de Vigilancia.

2.3 Propósito

Reducir las tasas de morbilidad y las complicaciones de salud que se producen a consecuencia de una ITS no tratada adecuadamente y prevenir la transmisión sexual del VIH.

3

Base Legal



3. BASE LEGAL

Los fundamentos legales que le dan sostenibilidad jurídica a estas Normas Nacionales están expresados en la Constitución y varias leyes de la República que regulan el sector salud del país, dentro de las cuales se pueden indicar las siguientes:

La ley General de Salud capítulo IV mediante su artículo 169 incorpora las siguientes leyes: Ley Orgánica de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social No. 4378 y La Ley 55-93 sobre SIDA que disponen:

La Ley Orgánica de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social No. 4378 Capítulo II, Artículo No. 6 inciso, que manda a... *“cumplir y hacer cumplir las leyes, reglamentos, decretos, resoluciones y acuerdos relativos a sus respectivos ramos”* y el Artículo No. 12, Párrafo I. que otorga atribuciones a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, exceptuándola entre todas las Secretarías de Estado de la República, con atribuciones para... *“dictar reglamentos, en caso de calamidad pública, de acuerdo a la Ley de Sanidad”*.

La Ley No. 55-93 sobre notificación de todo lo relativo a personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y su prevención, promulgada el 31 de diciembre de 1993. A este marco legal se le agrega el Reglamento de Bancos de Sangre del Decreto 536-87 y las disposiciones de la SESPAS sobre la creación de las Direcciones Provinciales de Salud a las cuales se les responsabiliza de la aplicación de los conjuntos normativos emanados por el nivel central.

La Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de la Seguridad Social

La Ley General de Salud, Sección III, Artículo 14 (Acápites G) de la organización y funciones establece que corresponde a la SESPAS formular las medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos competente al ejercicio de sus funciones tiendan a la protección de la salud de los habitantes y dispone en los articulados correspondientes que se detallan a continuación:

- a)** Las medidas preventivas que la SESPAS, ordene cuando se presente una enfermedad en el país, o en una región con carácter esporádico, endémico o epidémico.
- b)** Las medidas preventivas que la autoridad de salud competente ordene para controlar o destruir los focos de infección, los vehículos de transmisión, los huéspedes y los vectores de enfermedades transmisibles, según proceda.
- c)** Las medidas que la SESPAS dicte en relación con la denuncia y el control de enfermedades transmisibles.
- d)** Las medidas y trámites que la SESPAS ordene para realizar en forma efectiva la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles.
- e)** Las medidas especiales que la SESPAS dicte en caso de epidemias. *

La Disposición Administrativa No. 007794, de fecha 11 de mayo del 2000, emitida por la Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, que, transforma el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETS) en la **Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS)**. En su Artículo 2 esta Disposición expresa: “La Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS) tendrá como misión reducir la incidencia de las ITS/VIH/SIDA y su impacto en el individuo y la sociedad dominicana. Sus funciones son las de normar y coordinar la respuesta nacional de prevención y control a las ITS/VIH/SIDA.”

4 Ambito de Aplicación y Unidad Ejecutora



4. AMBITO DE APLICACION Y UNIDAD EJECUTORA

Estas normas son de aplicación y uso general en todo el territorio dominicano, en los centros y establecimientos del sistema nacional de salud donde se brinde atención, y establecen los lineamientos para el control de las ITS en la República Dominicana, además sustenta las decisiones y acciones a nivel local y en cada establecimiento del Sistema Nacional de Salud, dirigidas a reducir la morbilidad y mortalidad debido a las ITS.

La DIGECITSS, es la responsable del diseño, supervisión, evaluación y vigilancia de su aplicación, la cual deberá efectuarse en coordinación con la Sub-Secretaría de Atención Primaria de Salud, Dirección de Epidemiología y las Direcciones Regionales, Provinciales, Municipales de Areas y otras instancias correspondientes al Sistema Nacional de Salud.

Principales funciones para la implementación de estas normas según niveles de gestión.

a. Nivel Central:

Es inminentemente estratégico, normativo nacional, está representado por la DIGECITSS dependencia de la sub-Secretaría de Atención Primaria. Su estructura organizativa se articula alrededor de dos departamentos: el Administrativo y el de planificación, además de tres divisiones técnicas que son: que son: División de Servicios, de Manejo de Sistema de Información y la de Comunicación y Capacitación, dentro de la división de servicios contamos con cuatro (4) Secciones que son: Atención VIH/SIDA, Laboratorio y Bancos de sangre, Atención de las ITS y Consejería, en la división de Manejo de Sistema de Información, están las secciones de vigilancia epidemiológica, Monitoreo y evaluación, Investigación e Informática, en la división de Comunicación/Capacitación esta la sección de Capacitación e Información y comunicación.

La DIGECITSS es responsable de normar y coordinar la prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); y tiene las siguientes funciones según los niveles de gestión.

- Establecer la política de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social para la Atención de las ITS
- Establecer y Actualizar las normas para la atención, Manejo de información, y prevención de las ITS.
- Coordinar las acciones del programa con otras divisiones técnicas de la SESPAS, tales como: epidemiología, nutrición, tuberculosis, materno infantil, salud reproductiva, salud escolar, salud integral de los adolescentes, enfermería, hospitales, educación para la salud, estadísticas, etc.
- Coordinar las acciones con: Entidades del Sistema Nacional de Salud, Secretaría de Estado de Educación y Cultura, ONG, y Agencias Internacionales, entre otras, para la atención de las ITS.
- Coordinar con las entidades educativas correspondientes de formación de recursos humanos, los componentes relativos a la formación en salud para la atención de las ITS.

b. Nivel Táctico

La DIGECITSS tiene por función la coordinación y acompañamiento en el desarrollo del programa de control de las ITS y VIH/SIDA. Esta representado por las Direcciones Regionales, Provinciales y de área del Distrito Nacional.

Dirección Regional. Las Direcciones Regionales de salud se constituyen en la autoridad política delegada y representación de la SESPAS por tanto deberán garantizar y vigilar la aplicación de estas normas, coordinando su difusión en cada región y movilizándolo todo tipo de recursos para estos fines.

El Director Regional será el responsable del cumplimiento de las acciones para la difusión de estas Normas. Esta **responsabilidad** se deriva de su rol como **responsable** administrativo y su papel de autoridad de Salud Pública.

Dirección Provincial y de Área. Las Direcciones provinciales y de áreas son los responsable administrativo de que la Red de servicios cumpla con la implementación de estas normas, y le corresponde además evaluar de manera adecuada y oportuna su ejecución.

El equipo técnico de las Direcciones Provinciales y de Área de Salud encabezado por el encargado de programas, será responsable de ofrecer orientación y guía al nivel local, participando activamente en el proceso de promoción, supervisión y evaluación en coordinación con la DIGECITSS.

c. Nivel Local

La función de la DIGECITSS consiste en la supervisión y acompañamiento para la adecuada ejecución de la Atención. Este nivel está representado por cada uno de los establecimientos que componen la red nacional de servicios y que ofrecen atención directa a la población. Este tiene el deber de aplicar las normas en la atención que proporcionen a todos los usuarios afectados por una ITS.

Área Urbana. Está representado por los hospitales regionales, provinciales municipales y de área de 20 a 40 camas, ubicados en municipios o cabeceras de provincias. En otros municipios el nivel local está representado por los Centros sin camas, éstos establecimientos reciben requerimientos de las clínicas rurales.

Área Rural. Está representado por las clínicas rurales, las cuales tienen de uno a tres médicos pasantes y/o asistentes, un auxiliar de enfermería, un ayudante, un supervisor de Atención Primaria de Salud y las Unidades de Atención Primaria (UNAPS). Sus actividades están dirigidas principalmente al fomento y protección de la salud y atención de morbilidad simple que pueda ser resuelta con tratamiento ambulatorio.

Establecimientos de aplicación de las Normas según niveles de atención:

NIVEL PRIMARIO	NIVEL SECUNDARIO	NIVEL TERCIARIO
a- Hospitales Municipales y Locales b- Clínicas Rurales c- Unidades de atención primaria (UNAPS)	d- Hospital Provincial	e- Hospital Regional f- Hospitales Especializados g- Centros de Referencias h- Institutos

5 Especificaciones de las Normas



5. Especificaciones de las Normas

Los establecimientos del sistema nacional de salud en todo el territorio nacional deberán registrarse según mandan estas normas en su respectivo nivel de atención.

Para los efectos de estas, el manejo de los pacientes se realizará de acuerdo a los niveles de atención establecidos por la SESPAS de la siguiente manera:

Para el Nivel I: El manejo de casos de ITS será el Manejo Sindrómico*, se realizará con apoyo mínimo de laboratorio, como parte de la estrategia de atención primaria en salud. Los casos diagnosticados serán debidamente registrados y notificados.

Nivel II: La atención de casos será mixto, es decir se ofrecerá el abordaje Sindrómico en la consulta externa de estos establecimientos y los casos no resueltos serán derivados al servicio de atención especializada ubicados dentro del mismo centro de salud.

El servicio especializado contará con **pruebas de laboratorio de resultados inmediatos que permitan ofrecer el tratamiento durante la consulta. Los casos diagnosticados serán debidamente registrados y notificados para ambos tipos de manejo.

Nivel III: El manejo de casos de ITS es el especializado, los establecimientos de salud de este nivel cuya infraestructura califiquen para esos fines cumplirán funciones de centros de referencia y capacitación para el manejo adecuado de las ITS.

Además de las del nivel II, se realizarán las siguientes pruebas de laboratorio: investigación de Clamydia, investigación de Donovanias, investigación de H. Ducreyi, prueba de Tzanck, cultivos, Hepatitis B, C, FTA-ABS, Cultivo Bacteriológico, biopsia y otras pruebas complementarias para fines de monitoreo e investigación.

A todas las embarazadas durante el chequeo pre-natal, independientemente del nivel, se le indicarán las siguientes pruebas de laboratorio: VDRL o RPR, Hepatitis B y VIH (previo consentimiento informado).

* (ver definición capítulo7).

**Frotis uretral, frotis de cervix, conteo glóbulos blancos, en uretra y cervix, frotis vaginal, frotis rectal, RPR ó VDRL, VIH.

En todos los niveles se realizarán acciones de prevención y promoción de la salud en forma sistemática, incluyendo la promoción del uso correcto del condón.

5.1 Manejo de casos de ITS.

La detección temprana de los individuos afectados por las ITS y el inicio de un tratamiento oportuno, correcto y completo son factores primordiales para disminuir la propagación y las complicaciones de las ITS.

Para un buen manejo de casos se deberá cumplir con:

- Realización de la historia clínica
- Examen físico adecuado
- Realización de pruebas de laboratorio (Según nivel de atención).
- Abordaje del paciente se realizará de acuerdo al nivel del centro (Manejo Sindrómico o Especializado).
- Educación Sanitaria al paciente: información sobre las ITS, importancia de informar a las o los contactos sexuales para que reciban tratamiento , cumplimiento del tratamiento, uso correcto del condón.
- Referimiento al nivel correspondiente si amerita el caso.
- Registro de las consultas y notificación a los niveles correspondientes.

5.2 Realización de la historia clínica:

(Ver anexo, modelo historia clínica)

Los aspectos que se deben tener en cuenta son:

- Una buena comunicación y mantener la confidencialidad
- Hacer preguntas generales
- Especificar la razón de la consulta
- Interrogar sobre historia sexual
- Realizar una evaluación de riesgo
- Investigar antecedentes médicos.¹⁷

5.3 Preguntas importantes de la historia clínica

Cuadro #1

1. PREGUNTAS GENERALES

- ¿Cuál es su nombre?
- ¿Qué edad tiene?
- ¿Cuántos hijos tiene?
- ¿Dónde vive Ud.?
- ¿Desde cuándo vive ahí?
- ¿Viene usted de ese lugar?
- ¿Ha estado de viaje últimamente?
- ¿Cuál es su estado civil?
- ¿Cuál es su ocupación?

2. RAZON DE LA CONSULTA

Todos los Pacientes

- ¿Por qué viene usted a la consulta?
- ¿Cuándo comenzaron esas molestias?
- ¿Cómo comenzaron esas molestias?
- ¿Ha usado alguna medicina luego del inicio de la molestia?

Pacientes con úlceras

- ¿La úlcera es dolorosa?
- ¿Tiene dolor o ha aparecido una hinchazón en la ingle?

Pacientes mujeres

- ¿Tiene dolor en la parte baja de su abdomen?
- ¿Tiene dolor cuando tiene relaciones sexuales?
- ¿Tiene flujo vaginal?
- ¿Cuándo fue su última menstruación?
- ¿Notó alguna anormalidad en su última menstruación?
- ¿Se le ha retrasado su menstruación?
- ¿Está sangrando por sus partes?
- ¿Está usando algún método anticonceptivo?

- Hacer preguntas sobre gravidez y paridad.

3. HISTORIA SEXUAL

- ¿Cuándo fue su última relación sexual?
- ¿Con quién fue esa relación sexual?
- ¿Esa persona tenía síntomas / signos de una ITS?
- ¿Tuvo relaciones sexuales con otra persona anteriormente? ¿Cuándo?
- ¿Esa persona tenía síntomas / signos de una ITS?
- ¿Con cuántas personas ha tenido sexo en los últimos tres meses?
- ¿En los últimos tres meses ha tenido alguna pareja sexual nueva?
- ¿Tiene alguna pareja sexual estable?
- ¿Cuándo fue su última relación sexual con ella?
- ¿Tiene esta persona síntomas / signos de una ITS?
- ¿Es usted casado/a o unión libre?
- ¿Usó condón en su última relación sexual?
- ¿Usted o su pareja han usado alguna vez condón?

4. ANTECEDENTES MEDICOS

Historia de ITS anteriores

- ¿Ha tenido alguna ITS anteriormente?
¿Cuál?
- ¿Qué hizo en esa oportunidad?

Tratamientos y alergias:

- ¿Ha usado algún medicamento luego del inicio de las molestias? ¿Cual?
- ¿Lo está usando actualmente?
- ¿Ha mejorado con ese medicamento?
- ¿Es alérgico a alguna medicina?
- ¿Alguna vez le dijeron que no debe tomar

alguna medicina?

El vocabulario utilizado, debe ser adecuado al nivel del paciente entrevistado.

5.4 Examen Físico

En la atención de las ITS, un adecuado examen físico es fundamental para el diagnóstico. El examen físico, debe considerar diferentes aspectos en hombres y mujeres, según el Cuadro No. 2. Debe realizarse en condiciones confortables para el usuario: iluminación y ventilación apropiadas.

Presencia de personal de enfermería

Cuadro No. 2

HOMBRE:

- Examine la cavidad oral
- Examine ganglios linfáticos cervicales, axilares, inguinales.
- Examine la piel en busca de exantema, úlceras, etc.
- Examine el vello pubiano en busca de *Phithirus Pubis* (ladilla)
- Examine la piel del pene, retrayendo el prepucio
- Exprima la uretra en busca de secreción
- Examine el escroto (testículos, epididimo, cordón espermático)
- Examine el ano

MUJER:

- Examine la cavidad oral
- Examine ganglios linfáticos cervicales, axilares, inguinales
- Examine la piel en busca de exantema, úlceras, etc.
- Examine el abdomen
- Examine el vello pubiano en busca de *Phithirus Pubis* (ladilla)
- Examine el periné
- Examine la vagina y el cérvix con espéculo
- Examen pélvico bimanual
- Considerar siempre la toma de citología exfoliativa (papanicolaou)

El manejo de las personas afectadas de ITS debe apegarse a los principios de la Bioética que garanticen la privacidad y el respeto a la autonomía del paciente, la confidencialidad de los datos y el consentimiento informado.

Pruebas de Laboratorio para Diagnóstico de las ITS

Los establecimientos del Sistema Nacional de Salud deben disponer de las pruebas de laboratorio necesarios para el estudio, diagnóstico y seguimiento de los casos de ITS siempre, que permite contar con los resultados en forma oportuna para la toma de decisión.

1. Los elementos con los que debe contar un laboratorio de pruebas rápidas son:

- Guantes estériles
- Microscopio óptico
- Porta-objetos y cubre-objetos
- Hisopos de algodón y de alginato de calcio
- Mechero de Bunsen
- KOH al 10%
- Lugo al 10-30%
- Tira medidora de pH
- Solución salina isotónica estéril
- Estuche para tinción de Gram
- Gasas
- Condensador de campo oscuro

2. Requisitos para la Toma de Muestras

- No estar recibiendo tratamiento con antibióticos
- No estar menstruando
- No haber realizado duchas vaginales
- No haber tenido relaciones sexuales
- No haber orinado antes de la toma de muestras

Pruebas Microscópicas Microscopía Directa sin Tinción (examen en fresco).

Recolección de la Muestra

La muestra en la mujer debe ser tomada del fondo de saco posterior, con un hisopo de algodón.

En el hombre, sosteniendo el pene en posición vertical se introduce en la uretra de dos a tres centímetros un hisopo de alginato de calcio, haciéndolo rotar sobre su propio eje 360 grados.

Los técnicos de laboratorio estarán adiestrados en las técnicas y procedimientos de las pruebas para detección de la ITS, manteniendo actualizado los registros de serología, tinción de Gram, y todas las pruebas de ITS según la capacidad del laboratorio.

Se debe contar con un laboratorio de referencia, el cual creará las condiciones para que la red de

laboratorios del país de respuesta al diagnóstico de las ITS con máxima calidad, siendo responsable además del adiestramiento en las técnicas de laboratorio de ITS.

Los exámenes básicos de laboratorio a realizar para el diagnóstico de las ITS:

1. Serología para Sífilis:

■ Pruebas no terapéuticas

- VDRL
- RPR

■ Pruebas terapéuticas

- FTA-ABS
- MHA-TP

2. Serología para VIH

3. Bacteriología

- Tinción de Gram.
- Cultivo para Neisseria Gonorrhoeae
- Cultivo (otros)

4. Estudio de flujo Directo

- KOH
- Frotis

5. Microscopia directa para treponema

- Microscopia de Campo Oscuro
- Inmunofluorescencia para Treponema (AFD)

6. Hepatitis B

- HBsAG
- Anti HBs

7. Hepatitis C

Anti-VHC

Se realizarán las pruebas de VDRL o RPR y VIH a todo consultante por ITS.

En el registro y notificación de laboratorio, se especificará la condición de embarazada (cuando sea el caso)

5.5 Consideraciones especiales en el tratamiento de las ITS en el embarazo.

El embarazo es una situación fisiológica normal, pero el producto de la concepción es sumamente lábil, por lo que el tratamiento de una ITS debe tener en cuenta aspectos fundamentales tales como:

- La penicilina puede usarse en cualquier período del embarazo, salvo en casos de historia de alergia a dicho medicamento, lo que obliga a efectuarse siempre la prueba cutánea para su aplicación.
- **La tetraciclina, la doxiciclina, la ciprofloxacina y la tintura de podofilino están contraindicadas en cualquier periodo del embarazo, el metronidazol en el primer trimestre.**
- Todas las drogas usadas incorrectamente pueden ocasionar el parto prematuramente al provocar un sufrimiento fetal, sobretodo si éstas son usadas en la primera mitad del período gestacional.
- Se recomienda que el manejo de una ITS durante un embarazo, debe ser catalogado como un acto especial que debe ser consultado y referido a un nivel superior si existen dudas de tratamiento (primera mitad de gestación, alergia a penicilina, antecedentes de abortos o partos prematuros).

Medidas de Bioseguridad para la prevención y control en el manejo las ITS

- Todo servicio de control de ITS deberá preservar las medidas de Bioseguridad dirigidas a la protección de los clientes internos y externos, (visitantes u usuarios del servicio) del la institución.

1) Las medidas de Bioseguridad a implementar en el servicio de ITS son:

Para el Personal de salud

*Utilizar su uniforme completo e identificación , pelo recogido y uñas cortas

*Al utilizar bata deberá mantenerla cerrada.

* lavarse las manos antes y después de cada procedimiento.

* Al realizar procedimientos que entran en contacto con fluidos y secreciones corporales, el personal deberá utilizar guantes estériles, (Preferiblemente desechables) botarlos en zafacón luego de Utilizarlos al igual que todo material **no reusable**.

2) Personal de limpieza.

* Utilizará guantes gruesos los cuales desinfectará con hipoclorito de sodio al 0.01% por 10 minutos, antes de secarlos y guardarlos y se lavara las manos con jabón desinfectante después de cada retirada.

* Dispondrá de cubos con exprimidores mecánicos y fundas plásticas para disponer y eliminar los desechos de todas las áreas sin excepción.

Area fisica y equipos

- Toda consultorio dispondrá de agua, jabón y toalla para lavado de las manos.
- Todo material, equipo, instrumento o meseta, puestos en contacto con mucosa o secreción de órganos genitales y sangre se considerara contaminado, por lo que para su reuso con otros pacientes deberá someterse a: desinfección concurrente, lavado y esterilización.
- Pisos, mesetas, camillas, cubos, lavamanos y sanitarios deberán ser prelavados con solución de hipoclorito de sodio al 0.01% si están limpios de secreción o sangre ó 0.05% si tienen secreción o sangre dejándole en contacto con la solución por 10 min., procediéndose luego al lavado con jabón de limpieza y agua.
- Todo instrumento en contacto con sangre o secreción genital deberá ser remojado en solución de hipoclorito de sodio al 0.05% por 10 min., luego ser lavados, cepillados y enjuagados antes de proceder al método de esterilización elegido.
- Todo instrumento antes de ponerse en contacto con mucosa deberá pasar por un **sistema de esterilización** recomendándose preferiblemente uso de material desechable. En caso de no disponer de esto, se sugiere:
 1. Esterilizar con glutaraldehido al 2% por 30 min. o
 2. vapor húmedo (autoclave 10 lbs. de presión, 121 grados Celsius) por 30 min. o
 3. calor seco (estufa) a 170 grados Celsius por una hora.
- Todo material , equipo o instrumental sometido a esterilización química deberá pasar por proceso de limpieza con agua estéril, secado y empaquetamiento. Nunca poner en contacto de mucosa, equipos húmedos de solución de glutaraldehido u otra sustancia química.
- Todo equipo después de ser esterilizado y antes de ser almacenado debe ser empacado en doble campo (paños) de tela de algodón 100%, o empaque de papel poroso o fundas de polipropileno no tejido.
- Todo empaque describirá su contenido, la fecha de esterilización, caducidad y la, persona que lo

preparó.

- Las estanterías para almacenaje estéril deberán estar en lugar seco alto, cerrado y las soluciones desinfectantes o esterilizantes cerradas y con cubiertas contra el polvo, la luz y calor solar.

4) Desechos sólidos

- Todo desperdicio, basura contaminados deberán desecharse en zafacones cubiertos con fundas plásticas y tapa y de ser posible se señalara como material contaminado.

- Las fundas con contenidos contaminados deberá colocarse en lugar alto hasta que el servicio público recoja los mismos.

- instrumentos cortantes (agujas, bisturí,) se colocarán en recipiente plástico duro con solución desinfectante antes de ser colocados en los recipientes de basura. Nunca se eliminaran en el suelo ni en el zafacón de la consulta.

6

Definiciones Operacionales



6. DEFINICIONES OPERACIONALES

Flujograma: El flujograma es un diagrama tipo árbol cuyas ramas van guiando al lector a través de una serie de decisiones y acciones que se deben realizar. Cada acción o decisión está contenida en una figura geométrica, con una o dos rutas que se dirigen a la siguiente figura, lo que implica el realizar una acción o decisión.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): son todas aquellas que se transmiten principalmente durante las relaciones sexuales vaginales, anales u orales de forma desprotegida. Algunas también son transmitidas de madre a hijo o a través de transfusiones de sangre u objetos contaminados con sangre.

Síndrome: Conjunto de síntomas y signos identificados en el examen y que pueden ser causados por una o varias ITS.

Manejo Síndrómico: Es la forma de abordar las ITS, sobre la base de síntomas y signos, comunes a ellas.

Pruebas no treponémicas: Son pruebas serológicas utilizadas para el tamizaje, diagnóstico y seguimiento de la Sífilis. Estas pruebas detectan anticuerpos reagínicos. Existen varias pruebas no treponémicas, siendo el VDRL y el RPR las más frecuentemente usadas. Ambas pruebas tienen semejante sensibilidad y especificidad. El RPR tiene la ventaja de ser técnicamente más sencilla.

Tinción de GRAM: Prueba de laboratorio que se utiliza en el diagnóstico de ITS para determinar la presencia de diplococos Gram (-) intracelulares, haciendo el diagnóstico presuntivo de *Neisseria gonorrhoeae*. También se utiliza para realizar el conteo de leucocitos polimorfonucleares en secreciones genitales, determinar la presencia de “células claves” para el diagnóstico de Vaginosis Bacteriana.

Examen directo con solución salina: Prueba de laboratorio que se utiliza en el diagnóstico de ITS para evaluar la presencia de células clave de la Vaginosis Bacteriana o determinar la presencia de *Trichomonas vaginalis*.

Examen directo con KOH: Prueba de laboratorio con hidróxido de potasio (KOH) al 10% que se utiliza en el diagnóstico de ITS para realizar la prueba de aminas (olor a pescado) de la Vaginosis Bacteriana. Sirve también, para determinar la presencia de Pseudohifas de la Candidiasis.

Evaluación de riesgo: Es una evaluación que consiste en la realización de preguntas sencillas que permiten medir el riesgo individual y definir grupos de personas en riesgo de haber adquirido una ITS.

Educación: Es el proceso, para inducir un cambio de comportamiento que incluye, la información que el paciente debe recibir para entender la enfermedad que lo aqueja y así detener la diseminación de las ITS/ VIH.

Violencia sexual: El abuso sexual se define como un acto sexual intimidatorio que no cuenta con el consentimiento de la víctima que es sometida con amenazas, el uso de la fuerza o bajo el influjo de drogas u otros fármacos que disminuyen o anulan su capacidad de respuesta. La violación implicará la penetración sexual que puede ser vaginal, anal y/u oral en perjuicio de la víctima.

Servicios de Atención Especializada de Salud: Es el que cuenta con Recursos Humanos capacitados y equipamiento necesario para constituirse en centro de referencia, capacitación e investigación de los casos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) no resueltos en otros niveles.

Condón o preservativo: Es una funda o bolsa de látex que se coloca al pene en erección o en la vagina para evitar el contacto de las mucosas, con los fluidos y secreciones vaginales, anales y del pene. Este método puede prevenir embarazos no deseados y las ITS, incluyendo el VIH/SIDA.

Contactos: Son todas las parejas con las que el paciente ha tenido relaciones sexuales, en los últimos tres meses.

Vigilancia Epidemiológica: Es el proceso que permite reunir la información indispensable para conocer a cada momento, la ocurrencia y distribución de los problemas de salud de la población y detectar o prevenir cambios que puedan ocurrir por la alteración de factores condicionantes.

7

**Uso de Flujogramas
para el Manejo Sindrómico**



7. Uso de Flujogramas para el Manejo Síndromico

El Manejo Síndromico trata las ITS desde el punto de vista de la presentación de síndromes, que pueden ser causados por uno o más agentes etiológicos.

El síndrome es un conjunto de síntomas reportados por el paciente y confirmado por el personal de salud, mediante los signos encontrados durante la exploración física. Esto permite hacer un diagnóstico oportuno y proporcionar un tratamiento en la primera visita, por lo cual, en caso de que el paciente no regrese se asegura la curación clínica rompiendo la cadena de transmisión.

El flujograma es un diagrama tipo árbol cuyas ramas van guiando la toma de decisiones y acciones a realizar en el manejo Síndromico de las ITS. Este se aplicará en función de los signos y síntomas de presentación, según la clasificación detallada en el Cuadro No. 3.

7.1 Síndromes más importantes descritos

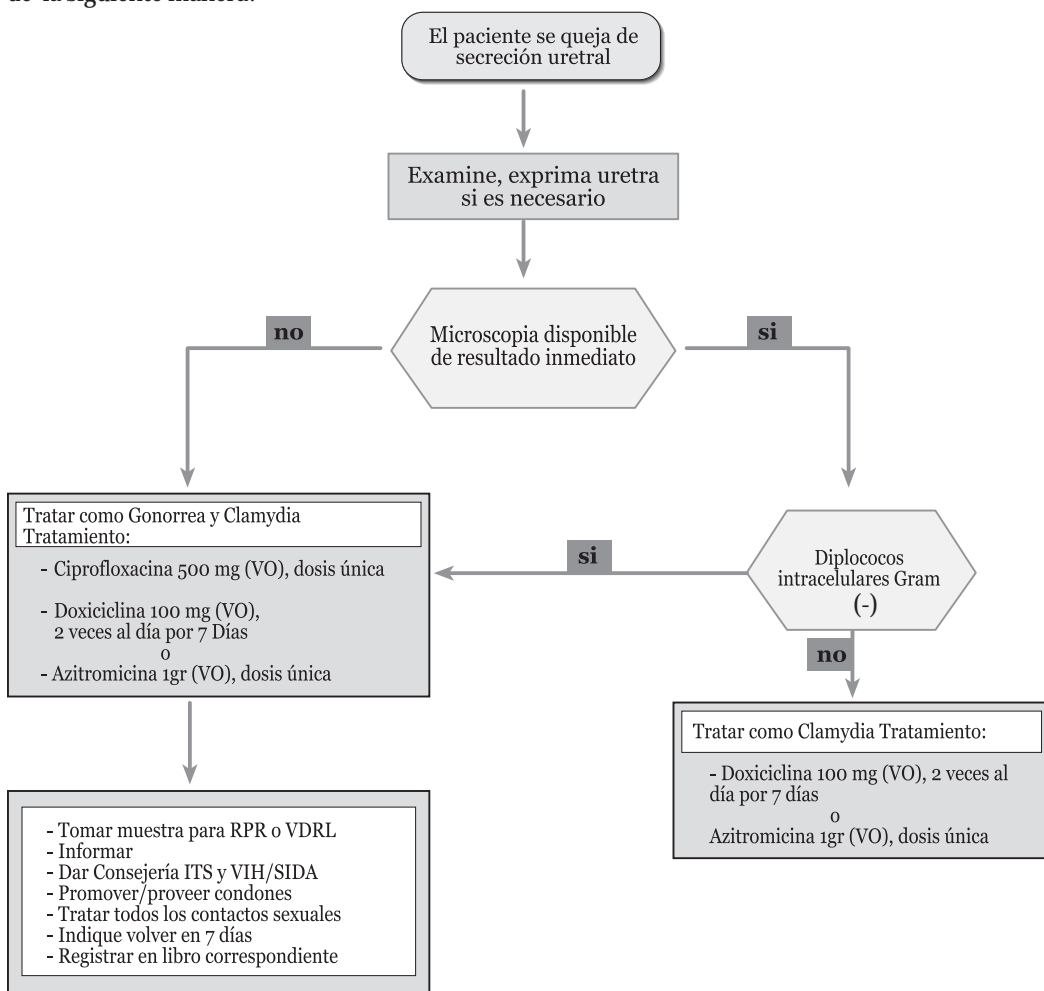
El siguiente cuadro explica los signos, síntomas y etiologías de los principales síndromes que van a ser objeto de intervención en el manejo síndromico.

SINDROME	SINTOMAS	SIGNOS	PATOLOGIAS	ETIOLOGIA
Secreción Uretral	-Micción frecuente -Dolor o ardor al orinar	-Secreción uretral	-Gonorrea -Clamidia	-Neisseria Gonorreae -Clamidia Trachomatis
Flujo Vaginal	-Picazón o prurito -Dolor o ardor al orinar -Dolor en las relaciones sexuales -Asintomático	-Flujo vaginal	Vaginitis Vaginosis bacteriana Tricomoniiasis Candidiasis Cervicitis -Gonorrea -Clamidia	-Gardnerella vaginalis -Mycoplasma Hominis -Mobiluncus sp. -Trichomonas Vaginalis -Candida Albicans -Neisseria Gonorreae -Clamidia Trachomatis
Úlcera genital	-Dolor o ardor en el área -Asintomático	-Úlcera, llaga o lesión en el área genital -Vesículas	-Sífilis -Chancroide -Herpes Genital	-Treponema Pallidum -Haemophilus Ducreyi -Virus del Herpes Simple
Dolor abdominal bajo	-Dolor abdominal bajo -Dolor en relaciones sexuales	-Flujo vaginal -Dolor abdominal -Temperatura >38°C -Dolor a la movilización cervical	-Gonorrea -Clamidia -Anaerobios mixtos	-Neisseria Gonorreae -Clamidia Trachomatis -Bacilos gramnegativos, micoplasma.
Bubón Inguinal	-Dolor y limitación de la marcha	-Ganglios linfáticos inflamados, dolorosos y/o fluctuantes -Abscesos o fistulas	-Linfogranuloma venéreo -Chancroide	-Clamidia Trachomatis Serotipos L1, L2, L3

Cuadro No. 3

7.2 Síndrome de Secreción Uretral

Si el paciente presenta los signos y síntomas correspondientes a secreción uretral deberá ser manejado de la siguiente manera:

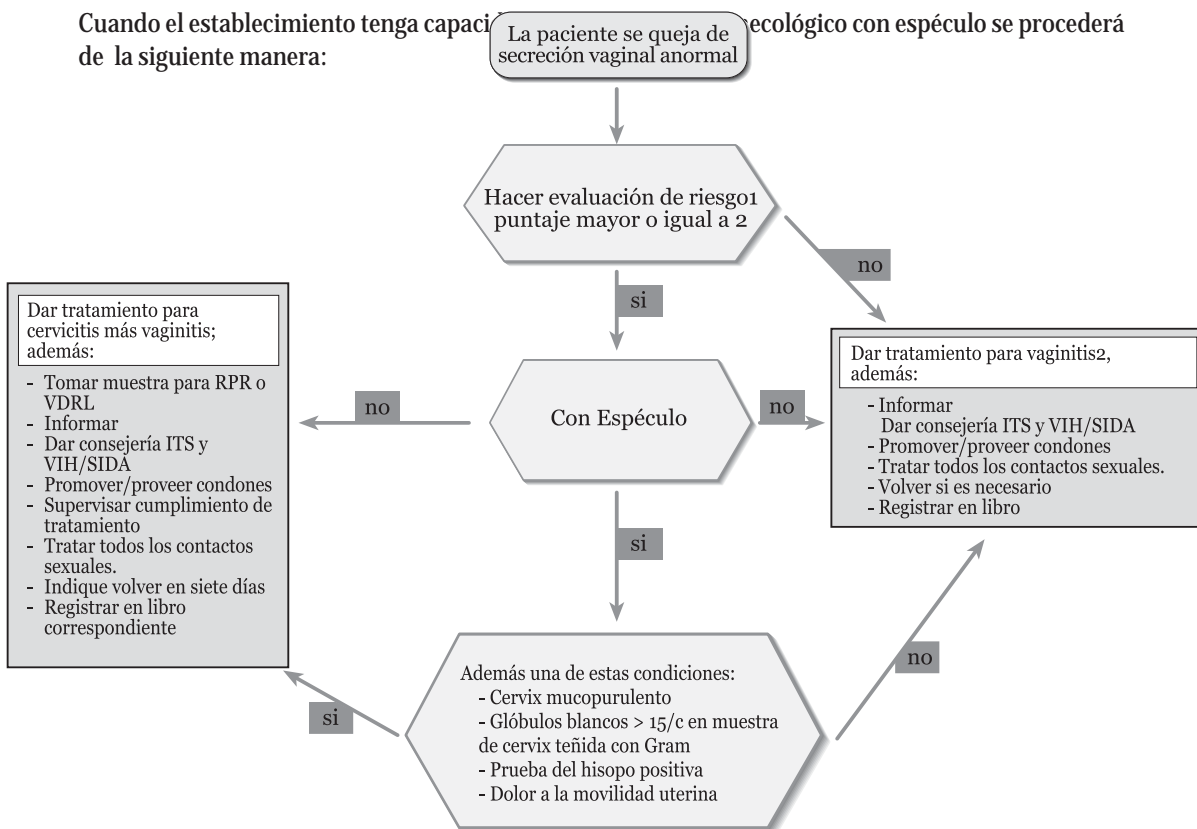


7.3 Síndrome de Flujo Vaginal

Si la paciente presenta queja de secreción vaginal anormal y es atendida en un establecimiento sin capacidad de hacer examen ginecológico con espéculo, se deberá dar tratamiento para vaginitis con:

Metronidazole 2 gr VO dosis única.

Cuando el establecimiento tenga capacidad de hacer examen ginecológico con espéculo se procederá de la siguiente manera:



Si la paciente tiene diagnóstico de vaginitis y refiere prurito o picazón genital se dará además tratamiento para candidiasis vulvovaginal

7.3 Síndrome de Flujo Vaginal (Cont.)

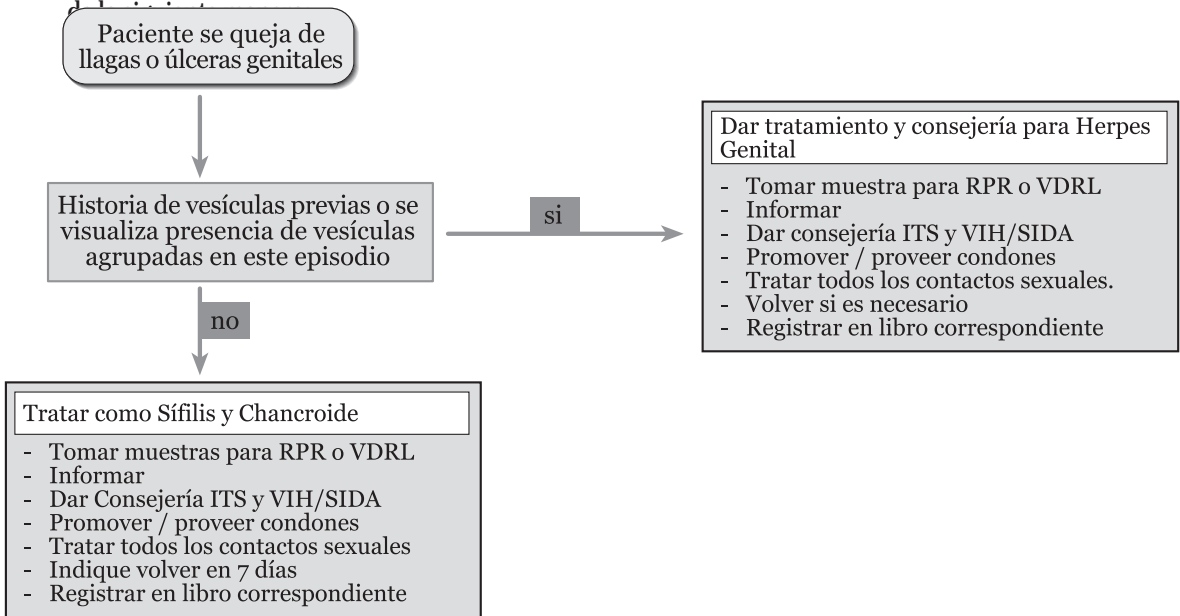
1) Cuadro de Evaluación de Riesgo		
1. ¿Su pareja sexual tiene o ha tenido pus por el pene o úlceras o llagas en el pene o testículo en los últimos 3 meses?	Si (2 puntos)	No (0 puntos)
2. ¿Es la paciente menor de 25 años?	Si (1 punto)	No (0 puntos)

2) Tratamiento de Flujo Vaginal
Vaginitis:
- Metronidazol* 2 gr VO, dosis única,
más
- Si hay prurito dar tratamiento para candidiasis: Derivados imidazólicos sistémicos o tópicos.
Cervicitis:
- Ciprofloxacina** 500 mg. VO, dosis única,
más
Doxiciclina** 100 mg. VO, dos veces al día, por 7 días
O
- Azitromicina 1gr. VO, dosis única
* Postergar hasta después del primer trimestre del embarazo. No dar de lactar hasta 24 horas después del tratamiento.
** Contraindicada durante el embarazo y la lactancia. En ese caso usar Espectinomocina 2gr IM, dosis única o 40 mg x kg de peso en menores, dosis única.

- | | | |
|---|--------------|---------------|
| 3. ¿Es la paciente soltera o en unión libre? | Si (1 punto) | No (0 puntos) |
| 4. ¿Ha tenido más de 1 pareja sexual en los últimos 3 meses? | Si (1 punto) | No (0 puntos) |
| 5. ¿Ha tenido una pareja sexual nueva en los últimos 3 meses? | Si (1 punto) | No (0 puntos) |

7.4 Síndrome de Úlceras Genitales

Si el paciente presenta los signos y síntomas correspondientes a úlcera genital deberá ser manejado



Tratamiento de Sífilis y Chancroide

- Penicilina G. Benzatínica 2.4 millones UI, IM, dosis única más
- Ciprofloxacina* 500 mg VO, 2 veces al día por 3 días

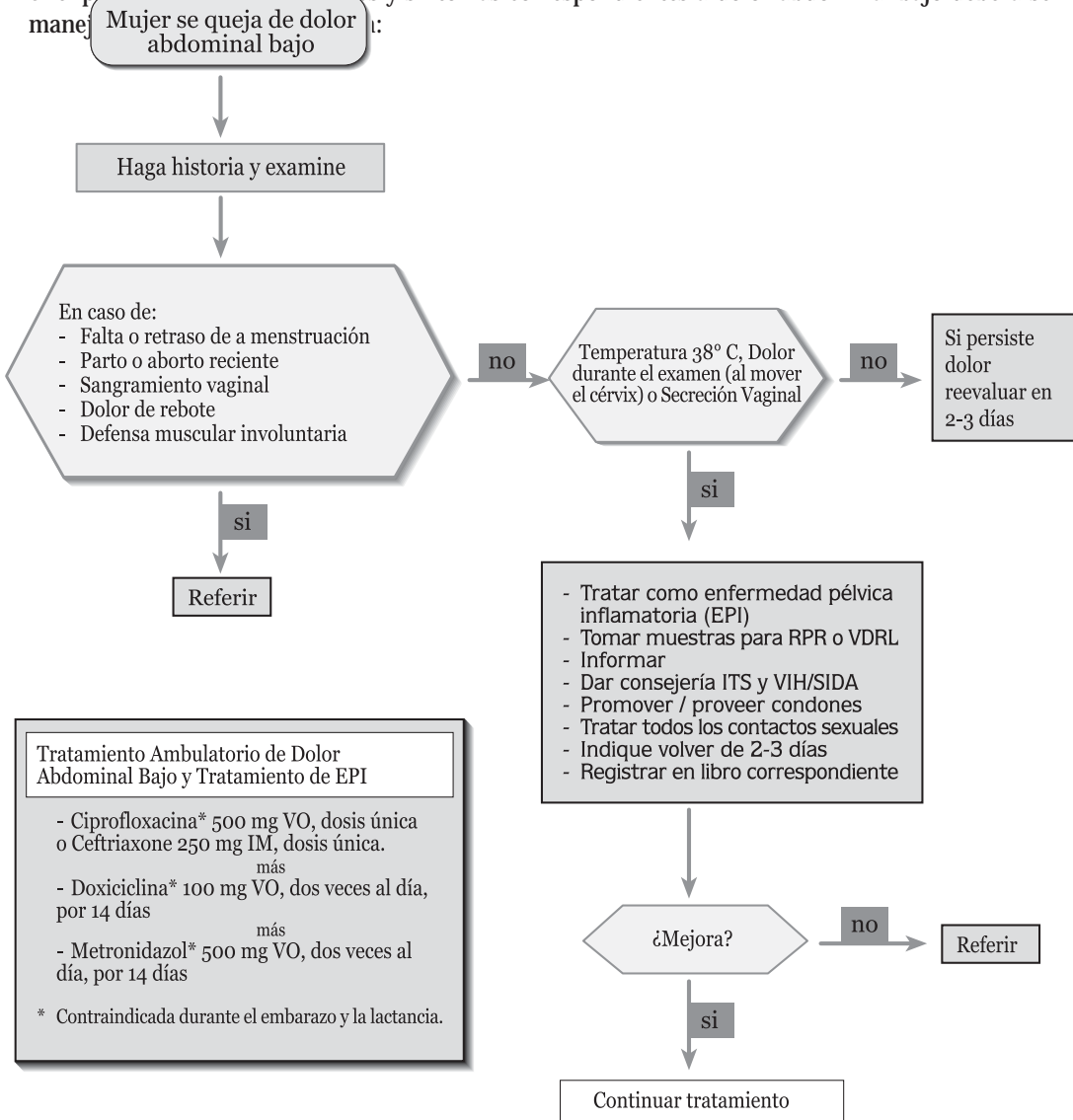
* Contraindicada durante el embarazo y la lactancia, en estos casos agregar Eritromicina 500 mgs cada 6 horas por 7 días en adultos y la dosis indicada si es en niños.

Tratamiento de Herpes Genital

- Tratamientos Alternativos
- Tratamiento 1er. Episodio (Aciclovir 400 mg VO, 3 veces al día por 7-10 días / Aciclovir 200 mg VO 5 veces al día por 7-10 días).
- Tratamiento de Recurrencia (Aciclovir 400 mg VO, 3 veces al día por 5 días / Aciclovir 200 mg VO 5 veces al día por 5 días / tratamiento de sostén).
- Tratamiento Supresivo (Aciclovir 400 mg VO, 2 veces al día por 10 días)
- Tratamiento Sintomáticos

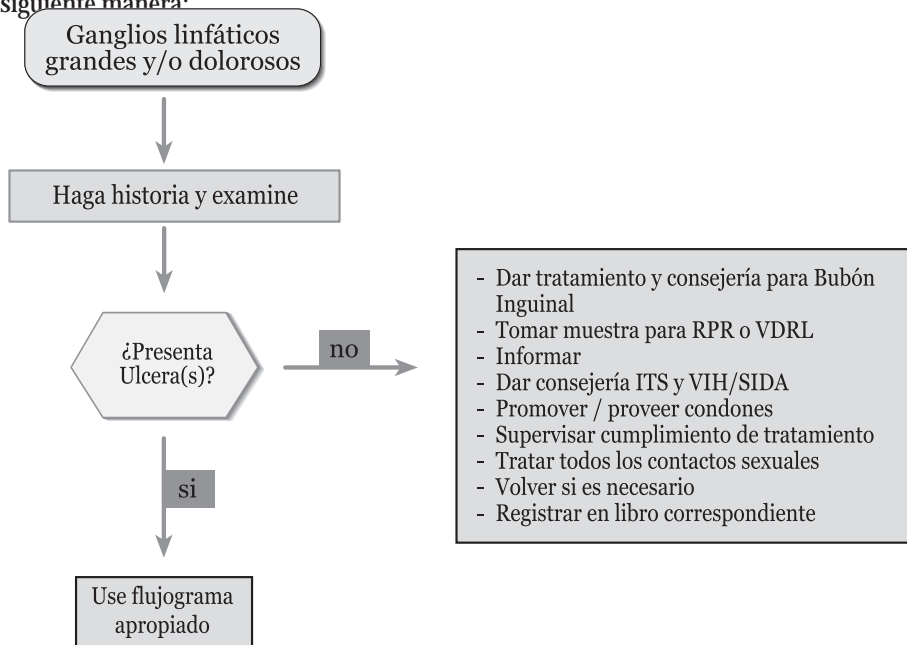
7.5 Síndrome de Dolor Abdominal Bajo

Si el paciente presenta los signos y síntomas correspondientes a dolor abdominal bajo deberá ser manejado de la siguiente manera:



7.6 Síndrome de Bubón Inguinal

Si el paciente presenta los signos y síntomas correspondientes a bubón inguinal deberá ser manejado de la siguiente manera:



Tratamiento de Bubón Inguinal (No Ulceras Genitales)

Elección: - Doxiciclina* 100 mg. VO, dos veces al día, por 21 días

Alternativas: - Tetraciclina* 500 mg. VO, cuatro veces al día, por 21 días
- Eritromicina base 500 mg. VO, cuatro veces al día, por 21 días

*Contraindicada durante el embarazo y la lactancia.

8

La Educación Sanitaria en el Manejo de las ITS



8.LA EDUCACION SANITARIA EN EL MANEJO DE LAS ITS

Desde el inicio de la consulta se brindará información sobre las ITS. La información como parte de la educación sanitaria, al paciente le ayudará a comprender la infección que lo aqueja, las complicaciones que se pueden presentar si no recibe tratamiento a tiempo, la importancia de tratar la(s) pareja (s) y el uso correcto del condón. Esto favorecerá el proceso de su curación y disminuirá el riesgo de diseminación de la infección.

En cada nivel de atención se deberá identificar, designar y capacitar al personal de salud encargado de proporcionar la consejería y la información. Las acciones de consejería deberán ser ofrecidas en un ambiente adecuado que garantice la confidencialidad y privacidad del consultante.

En el proceso de atención del paciente es importante cumplir con las 4 C:

1. Consejería
2. Cumplimiento de tratamiento
3. Contactos (notificación y tratamiento de contactos)
4. Condón

Consejería

La consejería es una metodología de prevención y apoyo para las ITS y el VIH/SIDA según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es considerada como una relación confidencial, de aceptación, en la que un consejero utiliza sus conocimientos y competencias para ayudar a los usuarios a enfrentar situaciones, y a tomar decisiones adecuadas.

La consejería puede realizarse:

- Cara a cara
- Grupal
- A través de pares
- Línea de auxilio, otras

La consejería ayuda a los pacientes a realizar cambios en actitudes y comportamientos que pueden ponerlos, junto a su(s) pareja(s) en riesgo de adquirir una ITS. Realizar consejería requiere no solo de manejar información adecuada sobre el problema a tratar, sino también de tener diferentes habilidades como son:

- Saber escuchar,
- Poder entender,
- Saber respetar la confidencialidad y la dignidad del paciente,
- Poder sobrellevar diferencias en la sexualidad,
- Saber ayudar a tomar decisiones.

Durante la sesión de consejería todo paciente con ITS debe recibir los siguientes mensajes:

- Contrajo su enfermedad a través de un contacto sexual.
- Si las ITS no se tratan pueden tener complicaciones.
- Entender la diseminación de las ITS, incluyendo el VIH.
- Informar sobre el riesgo de adquirir una ITS incluyendo el VIH.
- Servicios de salud a consultar.
- Regresar a consulta para chequeo y si no hay mejoría.
- Información sobre prácticas sexuales más seguras incluyendo, abstinencia, fidelidad mutua, masturbación y uso del condón.²⁰
- Entender que no debe auto medicarse.
- La importancia de hacer tratamiento correcto, completo y a tiempo.
- La importancia de tratar l@s contactos sexuales.
- Entender la importancia de las medidas de prevención; incluyendo la demostración del uso correcto del condón.

Cumplimiento del tratamiento:

Para mejorar el cumplimiento del tratamiento se deberá dar instrucciones que el paciente pueda seguir. Debe confirmarse el entendimiento del paciente, pidiéndole que repita estas instrucciones. Si es posible es mejor entregárselas por escrito.

Las instrucciones a dar son:

- Evitar las relaciones sexuales hasta tanto haya cumplido con el tratamiento completo, de esta manera se reduce el riesgo de transmisión
- Que no debe tener relaciones sexuales si continúan los síntomas o si no ha dado atención apropiada a la pareja.
- Que la falta de tratamiento trae consecuencias para la salud de él/ella y la de su (s) pareja(s).
- Advertir acerca de las molestias o efectos secundarios que se pueden presentar por el tratamiento.
- Que debe completar el tratamiento para obtener su curación

Métodos de búsqueda de contactos:

Es obligatorio por parte del paciente con diagnóstico de ITS informar al proveedor de la atención sobre la(s) pareja(s) sexuales en los últimos tres meses. Esto a fin de que se produzca la notificación que puede ser pasiva, a través del mismo paciente o activa por parte del personal de salud.

Se reiterara al paciente la importancia de que su (s) pareja (s) sexuales asistan al centro para ser evaluadas y tratadas, evitando su reinfección y propagación a partir de las misma.

En el caso de las gestantes con sífilis la búsqueda de casos debe ser responsabilidad del personal de salud.

Técnicas de uso adecuado de un condón:

1. Todo paciente debe recibir una demostración de cómo debe usarse el condón.
2. Importancia y uso del preservativo o condón
3. Chequeo de fecha de fabricación y expiración
4. Forma de quitar la envoltura, sin utilizar los dientes
5. Técnicas para el uso y retiro del condón (utilizando la técnica de la demostración)*
6. Conservación, almacenamiento y eliminación del condón

* Uso correcto del condón, ver Anexo 3.

9

Infecciones de Transmisión Sexual no Comprendidas en el Manejo Sindrómico



9. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL NO COMPRENDIDAS EN EL MANEJO SINDRÓMICO

La detección y el manejo temprano y efectivo de las ITS, tal como se hace en el manejo Sindrómico resulta fundamental para reducir la infectividad del paciente, disminuyendo si la incidencia y prevalencia de las ITS. No obstante, existen otras ITS que no pueden abordarse desde el enfoque sindrómico debiendo abordarse etiológica o clínicamente, estas son tratadas con detalles en este capítulo

9.1 Sífilis adquirida no primaria

Consideraciones generales

La Sífilis ocasionada por el Treponema Pallidum, tiene una historia natural muy compleja que comprende diferentes estadios clínicos. (Tabla #1)

		MANIFESTACION CLINICA	TRATAMIENTO
Tabla #1: Estadios Clínicos de la Sífilis. Sífilis temprana (Hasta un año de producida la infección)	Primaria	Ulceras y adenopatías	
	- Secundaria	Roseola, condilomas planos, rash descamativo, Sífilis palmoplantar, estomatitis	Penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades. Intra glútea 1 ó 2 dosis (1 semanal)
	- Latente precoz	Asintomática	
Sífilis tardía (Más de 1 año de producida la infección)	- Latente tardía	Asintomática	
	- Neurosífilis	Hemorragias, síndromes: pedunculares, Bulbares, meníngicos, tabes dorsales, parálisis general progresiva	Penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades. Intra glútea 3 semanas (3 dosis)
	- Sífilis cardiovascular	Aortitis, insuficiencia, aneurismas, estenosis	
	- Sífilis tardía benigna (Goma)	Gomas, periostitis, osteítis, comatosa, cutáneo mucosa	

9.2 Sífilis en Gestantes

En pacientes que acuden a los servicios de salud para su primer control prenatal o para descarte de embarazo:

La prueba de RPR o VDRL debe ser realizada antes de la atención clínica y el resultado debe estar disponible el mismo día.

Para efectos de eliminación de sífilis congénita todo el resultado reactivo en una embarazada debe ser considerado como un **diagnóstico de sífilis latente tardía** sin requerir pruebas confirmatorias.

El tratamiento consiste en 2.4 millones de unidades de penicilina benzatínica por vía intraglútea una dosis semanal por 3 semanas. **El tratamiento es gratuito** y deberá iniciarse durante la primera consulta.

Una puérpera tiene el diagnóstico de Sífilis si tiene un RPR o VDRL reactivo y:

- No ha tenido control prenatal o RPR/VDRL durante la gestación o,
- Tuvo un RPR o VDRL reactivo durante la gestación pero no recibió tratamiento o el tratamiento fue inadecuado, o su pareja sexual no fue tratada.
- El tratamiento va a depender del estado clínico, si puede establecerse, de lo contrario tratar como sífilis latente tardía.

Toda gestante o puérpera con serología reactiva deberá recibir también información en ITS y 4C de inmediato (consejería, cumplimiento de tratamiento, manejo de contactos y uso del condón)

La búsqueda domiciliaria de los contactos (pareja sexual) de la gestante o puérpera con serología reactiva, estará a cargo del personal de salud y se realizará previa autorización de la gestante.

El tratamiento de los contactos (pareja sexual) de una gestante o de una puérpera con serología reactiva sigue el mismo esquema de tratamiento y también debe ser gratuito.

Sífilis Congénita

La prevención y detección de sífilis congénita depende de la identificación de sífilis (RPR o VDRL reactivo) en la embarazada. La SESPAS ha establecido las pruebas de RPR o VDRL como obligatorias y gratuitas, para toda gestante en su primer y último control prenatal y para toda mujer que acude para descarte de embarazo y para toda puérpera.

No se recomienda el tamizaje de rutina del recién nacido o de la sangre del cordón. Se prefiere la prueba serológica en la madre ya que la prueba en el neonato puede ser negativa si la prueba de la madre es positiva a títulos bajos, o si se contagió hacia finales del embarazo.²³

9.3 Criterios Diagnósticos de Sífilis Congénita

Se consideran como caso de Sífilis Congénita:

- a) Todo neonato nacido de madre con diagnóstico de Sífilis, al momento del parto o puerperio inmediato, tiene diagnóstico de Sífilis Congénita. Para efectos del plan de eliminación de Sífilis Congénita, no requiere de ninguna otra prueba diagnóstica.
- b. Todo neonato con RPR o VDRL reactivo tamizado por imposibilidad de realizar serología en la madre.
- c. Todo niño con manifestaciones sugestivas de Sífilis Congénita al examen físico (hepatomegalia, esplenomegalia, lesiones cutáneas - pénfigo luético, rinitis mucopurulenta, pseudoparálisis, ictericia y/o anemia) y/o evidencia radiográfica de Sífilis Congénita, más resultado reactivo en una prueba no treponémica.
- d. Todo niño con demostración de *Treponema pallidum* en lesiones, placenta, cordón umbilical o necropsia determinado por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración específica.
- e. Todo niño con prueba no treponémica reactiva luego del sexto mes de edad, excepto en el niño en seguimiento post-terapéutico.
- f. Todo caso de muerte fetal ocurrida luego de la vigésima semana de gestación o con peso mayor de 500 g cuya madre con serología reactiva no fue tratada o fue tratada inadecuadamente. Este es un caso de natimuerto sífilítico.

Tratamiento de la Sífilis Congénita:

El esquema recomendable es el siguiente:

Penicilina G Sódica 50,000 UI/Kg. cada 12 horas, IM o IV los primeros 7 días
y luego cada 8 horas hasta completar 10 días.

24

9.4 Desensibilización en Alergia a la Penicilina

No existen buenas alternativas a la penicilina para el tratamiento de neurosífilis o sífilis en mujeres gestantes, por ello es imperativo realizar la desensibilización a la penicilina, si el paciente es alérgico.

La desensibilización es un procedimiento que debe ser realizado en un servicio de terapia intensiva. Se practicará a todo individuo que evidencie antecedentes de alergia a los antibióticos del grupo de las penicilinas. La desensibilización puede realizarse por vía parenteral o por vía oral.

Si se ha producido una reacción grave generalizada a la penicilina, los antígenos deben diluirse 100

veces, tratándose a los pacientes en un ambiente controlado.

Debe disponerse de determinantes mayores y menores para que las pruebas puedan ser interpretables. El o la paciente debe haber tomado antihistamínico en las cuarenta y ocho horas precedentes.

Agentes:

Determinantes mayores

Bencilpeniciloil-polisina (pre-pen, Taylor Pharmacal Co., Decatur, III) (6 x 10 M).

Bencilpenicilina (10 m o 6.999 U/ml)

Determinantes menores

Acido bencilpenicilóico (10 m)

Control positivo (histamina 1mg/ml)

Control negativo (solución salina amortiguada)

Diluir los antígenos 100 veces en las pruebas preliminares si ha producido una reacción grave generalizada durante el año anterior.

Procedimiento:

Prueba subcutánea (rascado o punción): aplicar una gota del material al antebrazo o pinchar sin extraer sangre, observar durante 20 minutos. Si no existe una roncha > 4 mm, seguir con la prueba intradérmica.

Prueba intradérmica: inyectar 0,02 ml por vía intradérmica con una aguja biselada de calibre 27, observar durante veinte minutos.

Interpretación.

Para que pueda interpretarse la prueba, el control negativo (solución salina) no debe producir reacción y el control positivo (histamina) debe producir una reacción positiva.

Prueba positiva: Ronchas > 4 mm de diámetro a cualquier reactivo de la penicilina, el eritema debe ser patente.

Indeterminados: todos los demás resultados.

PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACION ORAL (DE MENDEL) *				
Dosis	Suspensión	Cantidad		Dosis Acumulada
de Penicilina V				
	<i>Unidades / MI</i>	<i>MI</i>	<i>Unidades</i>	<i>Unidades</i>
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

25

- * Reproducido con autorización de Beall, GN. Penicillin, Pag. 205-9 en Saxon A. Moderator: Immediate Hyper sensibility to beta-lactam antibiotics. An Intern Med. 1987, 107, 107: 204-15
- Intervalo entre dosis: 15 minutos; tiempo total: 3 horas y 45 minutos; dosis acumulativa: 1.3 millones de unidades.
 - La cantidad especificada de la droga debe ser diluida en 30 ml de agua y luego administrada oralmente.

9.5 Condiloma Acuminado (Infección por VPH)

Es una infección de transmisión sexual causada por un virus ADN, el virus del papiloma humano son más de 70 genotipos identificados; 20 de los cuales pueden infectar el tracto genital.

Las verrugas genitales son causadas por los tipos 6 y 11, otros (16, 18, 31, 33, 35) han sido **asociados a displasia cervical**.

Período de incubación varía de 6 semanas a 8 meses o puede permanecer latente por muchos años.

El espectro clínico de las infecciones por el VPH es amplio y sus rangos van desde completa ausencia de anomalías epitelicas (infección sub-clínica) pasando por una variedad de microlesiones visibles solo por amplificación a través de colposcopia o la penoscopia después de aplicar ácido acético compatible con VPH; hasta las verrugas observadas a simple vista.

TRATAMIENTO:

- **Podofilino * al 10-25%.** Aplicación tópica periódica, solo aplicar sobre las lesiones, dejar permanecer el medicamento de cuatro a ocho horas y luego lavar, aplicar cada tres o cinco días, sino desaparecen en un tiempo prudente reevaluar otra opción de tratamiento.
- **Ácido tricloroacético al 90-95%.** Aplicación tópica periódica, solo aplicar sobre las lesiones. Es el medicamento de elección de las embarazadas.
- **Crioterapia con nitrógeno líquido.** En pacientes que presentan lesiones de gran tamaño o que no responden a los tratamientos anteriores.
- Tomar muestras para Papanicolau cada 6 meses.

9.6 Infección por VIH / SIDA:

Es causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) perteneciente a la familia de los retrovirus ya que posee la enzima transcriptasa inversa, capaz de copiar su ácido nucleico ARN a ADN.

La infección se desarrolla en unas semanas y este periodo es llamado período de ventana "" en el que aún no se detectan en sangre ni antígenos ni anticuerpos.

El individuo con este virus puede estar asintomático un largo período de tiempo, esta infección tiene un período de incubación de 2 a 10 años, en el 80 % de los casos.

A medida que ocurre la destrucción del sistema inmunitario, disminuye la población de linfocitos CD4 que tienen la capacidad de suprimir la replicación, apareciendo las infecciones oportunistas, si no se administran antirretrovirales con un seguimiento adecuado al paciente.

El personal médico que ofrece atención a estos pacientes debe notificarlos en los formularios correspondientes según normas.

El diagnóstico de infección por VIH puede realizarse mediante:

Pruebas de detección: entre estas la prueba de ELISA (Enzima Linfocito Inmuno absorbente)

Las de Aglutinación y las de electroinmunoensayo (EIA)

Pruebas suplementarias y confirmatorias son las de Western Blot (WB) o de Inmunoelctrotransferencia

Tratamiento

Al momento no se cuenta con una vacuna o tratamiento curativo.

La terapéutica actual es a base de antirretrovirales cuyo efecto consiste en inhibición de las diferentes enzimas que intervienen en la replicación del ARN viral y el funcionamiento del virus, para lograr que este no se reproduzca.

* Contraindicada en embarazadas.

Consultar Normas Nacionales del VIH/SIDA y el Manual Guía de Diagnóstico Clínico y Manejo de Infecciones Oportunistas por el VIH/SIDA de SESPAS/ DIGECITSS (PROCETS).

9.7 HEPATITIS B

Es un proceso inflamatorio del hígado causado por el virus de la hepatitis B, es un virus DNA de la familia Hepnaviridae. Periodo de incubación: 1 a 6 meses.

Los Principales Modos de Transmisión del VHB incluyen: contacto sexual o de integrantes del núcleo familiar con una persona infectada; transmisión perinatal de la parturienta a su hijo, uso de drogas inyectables y exposición nosocomial (transfusión de sangre o hemoderivados, hemodiálisis, acupuntura y pinchazos de aguja u otras lesiones por instrumentos cortantes sufridos por personal hospitalario).

Control del paciente y de los contactos:

1- El personal de salud que identifique un paciente con HBsAg Positivo (antígeno de superficie de la hepatitis B) debe:

a) Ofrecer educación sanitaria sobre la enfermedad.

b) Referir a consulta de gastroenterología para Evaluación y seguimiento del paciente (incluyendo las Embarazadas).

c) En caso de embarazadas con HBsAg y positiva: ofrecer conserjería y educación sanitaria.

d) Los hijos de madres positivas al HBsAg, deben recibir una dosis de IGHB 0.5 ml por vía intramuscular dentro de las primeras 12 horas del nacimiento y la dosis inicial de vacuna anti-hepatitis B (0.5ml vía intra-muscular) en forma simultánea, pero en diferentes sitios de aplicación y completar sus 3 dosis de vacuna con la pentavalente (o anti- Hepatitis B) en los primeros 6 meses de vida (según normas PAI)

El niño deberá ser evaluado entre los 9 y los 15 meses de edad para conocer los resultados del tratamiento y tomar las decisiones terapéuticas pertinentes.

e) La mujer después del parto debe ser seguida por el Servicio de gastroenterología.

2- Inmunización de los contactos:

Los productos disponibles para la profilaxis después de la exposición incluyen inmunoglobulina contra la hepatitis B (IGHB) y vacuna contra la hepatitis B.

a) Se recomienda administrar la vacuna a todas las personas que hayan tenido contacto sexual con casos agudos y crónicos de infección por el VHB.

b) Después de la exposición percutánea (pinchazo de aguja), o de mucosas, o sangre que contenga HBs Ag:

Si el individuo no ha sido inmunizado, se debe administrar lo antes posible (primeras 24 horas después de la exposición) una sola dosis de IGHB (0.06 ml/kg de peso o 5ml para adultos e iniciar esquema de vacunación. En los casos en que no es posible la inmunización activa, habría que aplicar una segunda dosis de IGHB un mes después de la primera.

c) Las personas sexualmente activa con HBsAg positivos, se recomienda el uso del condón con todas las parejas sexuales.

Recordar: la presencia del HBsAg denota que la persona es potencialmente infectante.

9.8 Hepatitis C

Es un proceso inflamatorio del hígado causado por el virus de la hepatitis C, es un virus ARN de la familia Flaviviridae . Periodo de incubación: oscila de 2 semanas a 6 meses.

El diagnóstico depende de la demostración de la presencia de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (anti VHC).

Este virus se transmite principalmente por vía parenteral, por contacto sexual, pero este es un mecanismo menos eficiente o frecuente que la vía parenteral.

La infección crónica puede persistir incluso 20 años antes del comienzo de la cirrosis o del hapatoma

Medidas Preventivas:

En la hepatitis C son válidas las medidas de control general contra la infección por el virus de la hepatitis B .

En bancos de sangre hay que buscar sistemáticamente anticuerpos contra VHC , en todos los donantes

Control de paciente, de los contactos y del ambiente inmediato:

Son válidas las medidas de control que se emprenden contra la infección por VHB.

La profilaxis con inmunoglobulina después de la exposición no es eficaz para evitar la infección.

9.9 Oftalmia en el recién nacido: diagnóstico, tratamiento y profilaxis

Infección por N. Gonorrhoeae en los recién nacidos:

Manifestaciones clínicas

- Conjuntivitis purulenta aguda, 2 a 5 días después del nacimiento. Algunas veces el cuadro inicial suele pasar inadvertido o puede ocurrir después de 5 días, debido a la supresión parcial de la infección por acción de la profilaxis oftálmica, por un inóculo mínimo o por la baja virulencia de algunas cepas.

- Edema bpalpebral y exudado conjuntival progresivamente purulento y profuso, presentándose hemorragias ocasionales.
- Complicaciones a la córnea incluyendo ulceraciones que pueden provocar visión borrosa permanente y perforación, pueden llegar a la panoftalmitis y a la pérdida del ojo comprometido.

Diagnóstico:

Examen de exudados por tinción de Gram para buscar Diplococos Gram negativos intracelulares y cultivos.

Tratamiento:

Ceftriaxona 25-50 mg/kg vía endovenosa o intramuscular, dosis única.

Alternativa:

Cefotaxime 50mg/kg/día c/12 horas vía endovenosa o intramuscular por 3 días.

Profilaxis

La instalación de una agente profiláctico en los ojos de todos los recién nacidos es recomendada para la prevención de la oftalmia por N. Gonorrhoeae y debe efectuarse en todos los establecimientos de salud.

Esquema de profilaxis

Nitrato de Plata al 1% en solución acuosa una sola aplicación,
o
Eritromicina al 0.5 % en ungüento oftálmico una sola aplicación,
o
Tetraciclina al 1% en ungüento oftálmico una sola aplicación

Infección por C. Trachomatis en los recién nacidos:

Manifestaciones clínicas

- La conjuntivitis por inclusión en los recién nacidos ocasionada por la C. Trachomatis suele evidenciarse entre los 5 y 20 años posteriores al nacimiento.
- Las manifestaciones clínicas varían desde la infección asintomática hasta la conjuntivitis purulenta severa.

Tratamiento:

Eritromicina 30 a 50 mg/kg vía oral cada 6 horas por 14 días

Los tratamientos tópicos con preparaciones oftálmicas que contienen sulfonamidas, tetraciclinas o eritromicina no dan buenos resultados.

Profilaxis:

Si bien es cierto que la profilaxis ha demostrado su eficiencia para prevenir la enfermedad gonocócica, su acción sobre la infección por *Clamidia* no está bien establecida, por lo que no existe un régimen que pueda ser recomendado en la actualidad.

9.10 Granuloma inguinal.

Es una entidad infectocontagiosa de evolución crónica de regiones tropicales, caracterizada por la presencia de lesiones, úlcerosas o ulcerovegetantes en genitales, región inguinal, perianal y con menos frecuencia afecta otras áreas de la piel. Es causado por una bacteria Gram negativa: *Donovania Granulomatis* o *Calymato bacterium granulomatis*. El período de incubación no está definido, fluctúa de 4 días a 2 meses.

El periodo de estado de la enfermedad se clasifica en los siguientes tiempos: nodular, úlcero-vegetante, hipertrófico, cicatrizal y tumoral. Estas formas no son independientes, sino consecuencia de un mismo proceso.

Diagnóstico

Biopsia de la lesión; la muestra debe ser maserada con 2 portaobjetos y hacer extendido para tinción de Giemsa o Wright. Los cuerpos de Donovan aparecen dentro de células mononucleares como botones, rectos o algo curvos.

Histopatología: En el protoplasma de los histiocitos se observan los pequeños cuerpos de Donovan.

Tratamiento: Doxiciclina 100mg, oral por 3 semanas o Azitromicina 1g oral el primer día, continuar con 500mg por día por 3 semanas.

Alternativas:

Eritromicina 500mg, oral cada 6 horas por 3 semanas.
o
Tetraciclina 500mg, oral cada 6 horas por 3 semanas.
o
trimethoprim/ Sulfametoxazol 80mm/400mg por un mínimo de 14 días.

9.11 Infecciones Entéricas de Transmisión Sexual.

Los síndromes gastrointestinales de transmisión sexual incluyen proctitis, proctocolitis y enteritis. Con la excepción de la infección gonocócica rectal, estos síndromes se producen predominantemente en hombres homosexuales. Las recomendaciones del tratamiento de las infecciones entéricas van

más allá del ámbito de estas normas.²⁶

9.12 Pediculosis del Pubis (Ladilla)

La pediculosis del pubis se tratará con Lindano a 1% en una sola aplicación tópica. En caso de pediculosis de las pestañas se tratará con la aplicación de ungüento oftálmico oclusivo de óxido amarillo de mercurio en los párpados, dos veces al día, durante diez días.²⁷

Indicaciones a Enfatizar: Tratar las parejas sexuales de la misma forma que a los pacientes.

9.13 Escabiosis (Sarna)

Tratamiento:

- **Lindano** (1%), 30 ml de loción o 30 g de crema aplicados en capa fina por todo el cuerpo, desde el cuello hacia abajo y lavado totalmente después de ocho horas (no recomendado para mujeres gestantes o lactantes).
- **Crotamitón** (10%), aplicado por todo el cuerpo, desde el cuello hacia abajo, durante dos noches y lavado totalmente después de veinticuatro horas de la segunda aplicación. Azufre precipitado al 5-10% por 3 noches.
- **Contactos:** deben tratarse los contactos sexuales y contactos cercanos en el hogar.²⁷

10

**Atención de ITS Dirigida a Población
con Conducta Sexual de Riesgo**



10. ATENCION DE ITS DIRIGIDA A POBLACION CON CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO

10.1 Consideraciones Generales

El tipo de manejo de cada caso dirigido a esta población será a través del servicio especializado. Este tipo de atención integrara el manejo etiológico (basado en el diagnóstico de laboratorio) con el tratamiento y consejería sobre riesgos, promoción de condones y el contacto de la pareja.

La Atención Especializada constituye un tipo de atención ideal en estas personas, donde no necesariamente aplica el Manejo Sindrómico, sobre todo por la naturaleza asintomático de muchas de las ITS y que de no detectarse en este servicio podrían pasar desapercibida.

La importancia de estos grupos en la dinámica de transmisión de las ITS radica en que muchas veces son fuente de diseminación debido, a que mantienen una alta prevalencia de las misma.

Estos servicios de atención se ofrecerán en los hospitales de II y III niveles de atención priorizando aquellos que:

- a) Cuenten con la infraestructura de laboratorio requerida para la realización de las investigaciones epidemiológicas y microbiológicas que sean necesarias, además que sea posible la realización de exámenes de laboratorio con resultados inmediatos.
- b) Que cuenten con las unidades de atención integral para los infectados por el VIH y SIDA.

10.2 Instrucciones para realizar control de salud dirigido a población con conductas sexuales de riesgo:

- Para realizar el control de salud, se deberá trabajar con record y historia Clínica.
- La historia clínica, donde se consignarán datos confidenciales, serán de manejo o uso exclusivo de los profesionales de salud encargados del Programa de Prevención y Control de ITS y de los centros de ITS especializados
- El control de salud se realizará mensualmente e incluirá examen físico general, dando prioridad al examen de piel, mucosa, adenopatías y área genital incluyendo región anal.
- Se realizará consejería previa a la solicitud de exámenes de laboratorio y posteriormente a éstos.
- Evaluación mediante pruebas de laboratorio cada 30 días, para lo cual se deberá realizar el examen con espéculo con toma de muestras de secreción vaginal (PH, exámenes directos y Tinción de Gram) y estudio de secreción endocervical (Tinción de Gram, y cultivo para Neisseria Gonorrhoeae y clamidia en los casos necesario.

PRUEBAS DE LABORATORIO A REALIZAR:

- VDRL O RPR cada 3 meses.
- Cultivo secreción cervical cada 6 meses (búsqueda de infección gonocócica e investigación de clamidia.
- PAP 2 veces al año
- *VIH (Previa consejería pre – post prueba y consentimiento informado).
- Antígeno Superficie Hepatitis B y C. en el primer control y definir conducta.

Horario de Atención:

Preferiblemente horario vespertino. Deberá fomentarse la adhesión a controles regulares garantizándose una atención expedita y confidencial. Este control deberá ser mensual.

* A realizarse previa consejería pre y post prueba, según demanda de los usuarios o cuando exista de parte del médico sospecha clínica y/o epidemiológica de infección VIH , previa autorización del paciente.

11

Atención a Personas Sometidas a Violencia Sexual



11. ATENCIÓN A PERSONAS SOMETIDAS A VIOLENCIA SEXUAL

11.1 Consideraciones generales:

El abuso sexual se define como un acto sexual intimidatorio que no cuenta con el consentimiento de la víctima que es sometida con amenazas, el uso de la fuerza o bajo el influjo de drogas u otros fármacos que disminuyen o anulan su capacidad de respuesta. La violación implicará la penetración sexual que puede ser vaginal, anal y/o oral en perjuicio de la víctima.

Debe examinarse la víctima para detectar una ITS dentro de las 24 horas siguientes al ataque. Si es posible, el examen debe incluir lo siguiente:

- Tinción de Gram
- Cultivos para *N. gonorrhoeae* e investigación de *C. trachomatis* de especímenes de cualquier lugar de penetración o intento de penetración.
- Exámenes en fresco de secreciones vaginales (solución salina y KOH) para Vaginosis Bacteriana y Tricomoniasis.
- Muestra de sangre para análisis serológico de la sífilis, conservando una muestra del suero para posibles pruebas futuras. También debe considerarse realizar pruebas serológicas al VIH, Hepatitis B y Hepatitis C.

11.2 Procedimiento para su atención:

- Se debe brindar atención integral: manejo de una posible infección por ITS, de una posible gestación y del impacto psicosocial que experimenta la víctima, incluyendo todo el soporte emocional que requiere. El trabajo requiere un equipo multidisciplinario.

La atención clínica incluirá:

Primera Consulta:

- a. Independientemente del tiempo transcurrido, se procederá a un examen ginecológico y rectal con una toma de muestras de acuerdo a facilidades del establecimiento correspondiente. Si se evidencia algún síndrome de ITS se procederá al manejo del mismo. Si no hubiese hallazgos se indicará un tratamiento profiláctico, que incluya tratamiento para gonorrea, clamidia, vaginosis bacteriana y tricomoniasis, según los Cuadros 4 y 5.²⁸

Cuadro # 4

Tratamiento profiláctico para mayores de 16 años y mujeres no gestantes y que no dan de lactar:

Ciprofloxacina 500 mg VO dosis única

más

Doxiciclina 100 mg VO cada doce horas por 7 días o Azitromicina 1g VO dosis única

más

Metrodnazol 2g VO dosis única.

Cuadro #5

Tratamiento profiláctico para menores de 16 años y mujeres gestantes o que dan de lactar:

Espectinomicina 2 gr. IM en dosis única para adultos y 40 mg./kg. IM dosis única en menores

Más

Doxiciclina 100 mg. VO cada 12 horas por 7 días • Azitromicina 1 g VO en dosis única • Ceftriaxona 20 mg./kg. IM dosis única en menores.

Mas

*Metrodnazol 2 g vía oral en dosis única o su equivalente en niños.

* Postergar hasta después del primer trimestre del embarazo.

No dar de lactar hasta 24 horas después del tratamiento

29

La eficiencia de estos regímenes para prevenir Gonorrea, Clamidia o Vaginosis Bacteriana luego de una violación sexual, no ha sido evaluada.

- b. Se recomienda la inmunización pasiva y activa contra la Hepatitis B, si no hubiera sido vacunada previamente.
- c. Se efectuará la prueba de RPR O VDRL.
- d. Se recomendará que, durante el período de observación, evite las relaciones sexuales o, en su defecto, utilice condones.
- e. Se recomendará la prueba de ELISA para VIH, que se efectuará con el consentimiento escrito de

- el/la paciente o tutor legal, luego de una adecuada consejería.
- f. Se debe considerar el riesgo de posible embarazo. Es importante referir a ginecología o al servicio de planificación familiar y evaluar la utilización de un esquema de anticoncepción de emergencia.
 - g. Si el agresor fuese identificado, se debe descartar sífilis e infección por VIH, asimismo, deberá ser examinado en búsqueda de otras ITS que pudieran haber sido transmitidas a la víctima.

11.3 Seguimiento:

1er. Control (a las 2 semanas)

Preguntar por:

- Aparición de nueva sintomatología asociada a ITS (flujos, úlceras, verrugas genitales, otros) . Manejar de acuerdo a hallazgos,

Realizar:

- Cultivo y tinción de Gram. para N. Gonorrhoeae
- Frotis,
- KOH.
- Refuerzo de soporte emocional y consejería.

2do. Control (a los 3 meses)

VDRL O RPR.

Investigación de clamidia

Frotis.

- Segundo control de ELISA para VIH

3er. Control (a los 6 meses)

- Tercer control de ELISA para VIH.

11.4 Riesgos de Infección por VIH:

Aunque se ha descrito la seroconversión para anticuerpos anti-VIH entre las personas cuyo único factor de riesgo conocido fue una violación o abuso sexual, el riesgo para adquirir el VIH a través de una violación sexual es bajo. La probabilidad de transmisión del VIH a partir de una persona infectada por VIH durante un único acto sexual depende de muchos factores. Estos factores pueden incluir el tipo de penetración sexual (oral, vaginal o anal), presencia de trauma oral, vaginal o anal, lugar de exposición al semen, carga viral en el semen o presencia de una ITS.

La posibilidad de transmisión del VIH también puede ser afectada por la terapia post-exposición contra el VIH con medicamentos antirretrovirales. La terapia post-exposición con la triple terapia (AZT mas 3 TC mas Indinavir)* , a partir de la primera hora de ocurrida la violación este esquema de

tratamiento se **asocia con una reducción del riesgo de adquirir la infección por VIH.** Basados en estos resultados y en la posibilidad biológica de la eficacia de los agentes antirretrovirales para prevenir la infección, se ha recomendado la profilaxis post-exposición para los trabajadores de salud que se han expuesto al VIH por vía percutánea. Sin embargo, no se conoce si estos hallazgos pueden ser extrapolados a otras situaciones de exposición al VIH, incluyendo la violación sexual. En base a la información disponible no se puede realizar una recomendación con relación a la pertinencia de la terapia antirretroviral post-exposición luego de la exposición sexual al VIH. ²⁹

*Para los esquemas de manejo y formularios de notificación post exposición referirse a las

Normas de VIH/SIDA

12

**Vigilancia Epidemiológica de las
Infecciones de Transmisión Sexual**



12. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS ITS

El médico tratante es responsable del registro obligatorio y adecuado del motivo de consulta, síndrome o infección en los libros de registro correspondientes, de manera inmediata. La finalidad de este registro es facilitar los reportes epidemiológicos EPI I y EPI II y SIS- 05 al estadístico o epidemiólogo correspondiente, de acuerdo a las Normas Nacionales para Vigilancia Epidemiológica.²¹

La vigilancia epidemiológica en ITS que realiza la DIGECITSS es le conjunto de actividades que permiten reunir la información esencial para conocer, en cada momento, la magnitud y tendencias de las ITS. Tiene como propósito recolectar la información necesaria para orientar la toma de decisiones y la planificación de intervenciones para el control de estas patologías.

La vigilancia epidemiológica nos permite:

- a. Identificar a los grupos de la población con mayores tasas de ITS, en los que se focalizarán las intervenciones de prevención y manejo.
- b. Evaluar los efectos globales de las actividades preventivas – promocionales y de manejo de las ITS.

Sistemas de Vigilancia

Pueden ser:

- Notificación de casos de ITS por parte del personal de salud que los atiende.
- Estudios de vigilancia centinela y de prevalencia de ITS.

Notificación de los casos

La notificación de los Síndromes de ITS contenidos en el EPI 1, se hará semanalmente según esta establecido por las Normas Nacionales para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles y Otros Eventos.

La notificación es responsabilidad del estadístico, epidemiólogo o personal asignado de los establecimientos de salud.

Debe ser dirigida a la Dirección Provincial o de Área de salud correspondiente y este a su vez al Nivel Central.

Son condiciones sujetas de notificación obligatoria:

- Todos los casos de síndrome de Secreción Uretral, Úlcera Genital, Flujo Vaginal, Dolor Abdominal Bajo y Bubón Inguinal.
- Todos los casos de ITS diagnosticados etiológicamente.
- Todos los casos de serología reactiva para sífilis en gestantes, puérperas y sus contactos.
- Todos los casos de serología reactiva para sífilis sin presencia de úlcera genital.
- Todos los casos de Sífilis Congénita.

Vigilancia Centinela

La Vigilancia de ITS por sitios centinela ofrece la oportunidad de obtener datos de mejor calidad que la que proporcionan los sistemas generales de notificación. También, podría obtenerse información mas detallada de los casos.

Propósitos de la Vigilancia Centinela de los casos de ITS

- Determinar que proporción de la clientela de la clínica se presenta con ITS en comparación con otras afecciones.
- Determinar la distribución de los tipos de pacientes de ITS que constituyen la clientela de la clínica
- Determinar las características de los pacientes con ITS que se atienden en los sitios centinela.
- Evaluar las tendencias del número de casos observados en los sitios centinela como indicador potencial de la tendencia de la carga de enfermedad en la comunidad.

13

Abreviaturas



13. Abreviaturas

SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
DIGECITSS	Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA
PROCETS	Programa Control de Enfermedades de Transmisión Sexual
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
AIDSCAP	Proyecto de Control de SIDA
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IDSS	Instituto Dominicano de Seguros Sociales
FHI	Family Health Internacional
CONVICOSIDA	Consejo de Vigilancia Contra el SIDA
ONUSIDA	Grupo de SIDA de Naciones Unidas
REDPAV	Red Dominicana de Pruebas Voluntarias y Consejería
OG	Organizaciones Gubernamentales
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
TRSX	Trabajadoras Sexuales
VDRL	Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas
RPR	Reagina Plasmática Rápida
UNAPS	Unidades de Atención Primaria en Salud
UI	Unidades Internacionales
KOH	Hidróxido de Potasio
Kg	Kilogramo
ADN	Acido Desoxinucleótico
IM	Intramuscular
VHP	Virus del Papiloma Humano
MM	Milímetro
ml	Mililitro
Mg	Miligramo
IV	Intravenosa
4 C	Referimiento de Contactos, Consejería, Cumplimiento del Tratamiento y Condones.
VHB	Virus de la Hepatitis B
DETS	Departamento de Enfermedades de Transmisión Sexual
HBsAg	Antígeno de Superficie de la hepatitis B
Anti –HBs	Anticuerpo contra el antígeno de Superficie de la hepatitis B
IGHB	Inmunoglobulina contra la Hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
Anti HBC	Anticuerpos contra la hepatitis C

14 Bibliografía



14. Bibliografía

1. Abordagem Sindrômico Das Doenças Sexualmente Transmissíveis; Ministério de da Saude. Programa Nacional de Control de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Brazil, 1993.
2. AIDS/HIV.STD Annual Surveillance Report González, R.: Zacarías F; Betss, C. And Gerbase, A. Eds. 1991. Washington D.C. Pan American Health Organization and World Health Organization (1993).
3. Control and Prevention of Sexually Transmitted Diseases. Piot P. Hira, S; AIDS Prevention Hand Book, UNAIDS, 1996.
4. Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual Population Reports. Serie L. Número 9, Junio 1993.
5. Control of Sexually Transmitted Disease a Hand Book for the design and management of program AIDSCAP/Family Health International 1995.
6. Diagnosis and Management of STDs, Public and Environmental Health Services, South Australia. Commission. Second Edition Bulletin No. 1, August 1996.
7. Enfermedades de Transmisión Sexual Pautas de tratamiento.
8. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Services, Center for Diseases Control. 1989.
9. Entrenamiento en el Manejo Sindrómico de las Enfermedades de Transmisión Sexual, dirigido a tratantes Instituto Tecnológico de Santo Domingo. Instituto Dermatológico Dominicano, Santo Domingo, 1995.
10. Informe Final, Estado y tendencia de la pandemia mundial del VIH/SIDA. AIDSCAP/FHI; Centro Francois Xavier; UNAIDS Vancouver, 5,6 Julio 1996.
11. Manejo de las Enfermedades de Transmisión Sexual Protocolo Básico para el equipo de salud. Santa Fé, Bogotá, D.C. Septiembre de 1995.
12. Pautas para Médicos parte 3. Ministerio de Sanidad y Asistencia Salud Dirección General de Salud Caracas. Octubre 1989.
13. Research Issues in Human Behavior and Sexually Transmitted Diseases in the AIDS. Wasserheit. JN, Aral S.O.: Holmes, KK and Hitchcock, P.J. Washington D.C. American Society for Microbiology: 1991.391.

14. Sexually Transmitted Disease Holmes KK.: Maedh P.A.: Sparling P.F.: Wiesner: P.J. Cates W.; Lemon S.M. and Sramm W.E. 2º Edición. New York Mc Graw Hill 1990. 1184.
15. Status and Trends of the HIV/AIDS Pandemic in México. The Central American Institute and Latin Caribbean AIDSCAP, FHI/PAHO; WHO Julio 1996.
16. Todo sobre las ETS, Acción en SIDA, No. 26 Julio-Septiembre 1995.
17. Tracing with Person with Sexually Diseases in a Developing Country Enero - Marzo. 1985.
18. Pautas de tratamiento para las Infecciones de transmisión sexual. Centers for Disease Control. 1989, 1998.
19. Pautas para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. OPS. 1989
20. Normas Nacionales para la consejería en ITS/VIH/SIDA , serie Normas Nacional No 30 Republica Dominicana. 2002
21. Manual para el control de las enfermedades transmisibles , Serie Partex .2002

15 Referencias



15. Referencias

Capítulo 1

Introducción y Descripción General del Problema

1. Editores Ministerio de la Salud del Perú, *Guía Nacional de Manejo de Casos de ETS. Lima, 1998. Pag. 11*
2. World Health Organizations Press Release Whu/64. *Sexually Transmitted diseases: Three hundred and thirty-three million new, curable diseases 1995. Geneva: World Health Organization.1995.*
3. Technical Report Series no.810 Management of Patients with Sexually Transmitted Diseases Geneva: *World Health Organizations, 1991.*
4. World Development Report 1993: *Investing in Health, The World Bank. New York: Oxford University Press, 1993.*
5. *Guía Nacional de Manejo de Casos. Ministerio de Salud de Lima. PROCETSS- 1998.*
6. Weekly Epidemiologic Record. Geneva: World Health Organizations July 7, 1995
7. Departamento de Estadística. DETS- IDCP. 1994
8. Encuesta Demográfica de Salud. Rep. Dominicana 1996. Pag. 165
9. Departamento de Estadísticas. DETS – IDCP / Boletín Epidemiológico Vol.10 No.4
10. *El SIDA y la Infección VIH en Rep. Dom. Situación Actual e Impacto Futuro. SESPAS/PROCETS. Publicación Científica No.4 1994.*
11. Guía Nacional de Manejo de Casos de ETS. Ministerio de Salud de Lima/Perú Pag. 16
12. Guía Nacional de Manejo de Casos de ETS. Ministerio de Salud de Lima/Perú Pag. 17 PROCETSS
13. Guía Nacional de Manejo de Casos de ETS. Ministerio de Salud de Lima/Perú.

Pags. 18 – 19. PROCETSS

14. Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) – Instituto Dermatológico Dominicano. Entrenamiento en el Manejo Síndromico de Enfermedades de Transmisión Sexual, Dirigido a Tratantes. USAID, AIDSCAP, 1995.
15. Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) – Instituto Dermatológico Dominicano. Entrenamiento en el Manejo Síndromico de Enfermedades de Transmisión Sexual, Dirigido a Tratantes. USAID, AIDSCAP, 1995.
16. Guía Nacional de Manejo de Casos de ETS. Ministerio de Salud de Lima/Perú. PROCETSS. Pag. 97

Capítulo 6. Especificaciones de las Normas

17. Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) – Instituto Dermatológico Dominicano. Entrenamiento en el Manejo Síndromico de Enfermedades de Transmisión Sexual, Dirigido a Tratantes. USAID, AIDSCAP, 1995. Pag. 33
18. Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) – Instituto Dermatológico Dominicano. Entrenamiento en el Manejo Síndromico de Enfermedades de Transmisión Sexual, Dirigido a Tratantes. USAID, AIDSCAP, 1995. Pag. 34
19. Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) – Instituto Dermatológico Dominicano. Entrenamiento en el Manejo Síndromico de Enfermedades de Transmisión Sexual, Dirigido a Tratantes. USAID, AIDSCAP, 1995. Pag. 78

Capítulo 8. Información, Educación y las 4 C

20. Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) – Instituto Dermatológico Dominicano. Entrenamiento en el Manejo Síndromico de Enfermedades de Transmisión Sexual, Dirigido a tratantes. USAID, AIDSCAP, 1995. Pag. 156

Capítulo 9. Vigilancia Epidemiológica de las ITS

21. Ver Normas Nacionales para Vigilancia Epidemiológica. SESPAS / PROCETS, Rep. Dom.

Capítulo 10. ITS No comprendidas en el Manejo Síndromico

22. Guía Nacional de Manejo de Casos de ETS. Ministerio de Salud de Lima/Perú. PROCETSS. Pag. 73.

23. Guía Nacional de Manejo de Casos de ETS. Ministerio de Salud de Lima/Perú. PROCETSS.
Pags. 81 – 83
24. Guía Nacional de Manejo de Casos de ETS. Ministerio de Salud de Lima/Perú. PROCETSS.
Pags. 81 – 83
25. New England Journal of Medicine, 1985. 312-1232.
26. Enfermedades de Transmisión Sexual. *Pautas de Tratamiento 1989. Vol. 38, No.8 Septiembre 1, 1989. Pag. 31*
27. Dermatología H. Bogaert Díaz 1998. 6ta. Edición. Pag. 112
28. Dermatología H. Bogaert Díaz 1998. 6ta. Edición. Pag. 110

Capítulo 12

Atención a Personas Sometidas a Violencia Sexual

29. Guía Nacional de Manejo de casos de ETS. Ministerio de Salud de Lima/Perú. PROCETSS.
Pag. 101 – 104 Cap. VII

16

Anexos



16. Anexos

Anexo 1 EQUIPOS NECESARIOS EN LOS SERVICIOS DE ATENCION DE ITS EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCION

Equipos:

Mesa de examen (ginecología)
Mampara
Sillas para pacientes
Silla para médico
Gabinete
Lavamanos
Espéculos
Lámpara de “cuello ganso”
Termómetro
Esfigmomanómetro
Guantes desechables
Foco con baterías
Baja lengua
Estetoscopio

Lápiz de cera

Equipos:

Mesa de examen (ginecología)
Mampara
Sillas para pacientes
Silla para médico
Gabinete
Lavamanos
Espéculos
Lámpara de “cuello ganso”
Termómetro
Esfigmomanómetro
Guantes desechables
Foco con baterías
Otoscopio
Baja lengua
Estetoscopio

Porta placas

NIVEL 1

Material Gastable:

Fijador (aerosol)
Bisturí
Gasa estéril
Algodón
Alcohol Isopropílico
Agujas
Papel para colocar en camillas de examen
Jabón
Papel Higiénico
Lubricante estéril
Cubeta
Zafacón
Hisopos
Jeringas desechables

NIVEL 2

Material Gastable:

Fijador (aerosol)
Gasa
Cinta adhesiva
Bisturí
Laminillas
Cubre laminillas
Gasa estéril
Algodón
Torniquete
Alcohol Isopropílico
Tubos para coleccionar sangre
Gradillas
Agujas
Papel para colocar en camillas de examen
Hisopos
Bata para examen
Jabón
Papel higiénico
Lubricante estéril
Toallas sanitarias
Cubeta
Zafacón

Jeringas desechables
Lápiz de cera

Equipos:

Mesa de examen (ginecología)
Mampara
Sillas para pacientes
Silla para médico
Gabinete
Lavamanos
Espéculos
Anoscopio (de acero inoxidable o desechables)
Lámpara "cuello ganso"
Termómetro
Esfigmomanómetro
Guantes desechables
Foco con baterías
Otoscopio
Baja lengua

NIVEL 3

Espectroscopio
Porta placas
Material Gastable:
Fijador (aerosol)
Gasa
Cinta adhesiva
Bisturi
Laminillas
Cubre laminillas
Gasa estéril
Algodón
Torniquete
Alcohol Isopropílico
Tubos para coleccionar sangre
Gradillas
Agujas
Papel para colocar en camillas de examen
Hisopos
Jabón
Papel higiénico
Lubricante estéril
Toallas sanitarias
Cubeta
Zafacón
Jeringas desechables
Lápiz de cera

Anexo 2

Uso de flujogramas para el manejo sintromico:

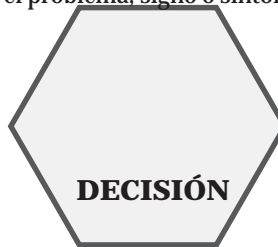
Los flujogramas contienen tres pasos principales que son:

1. El problema, signo o sintoma que el paciente presenta
2. La decisi3n que debe tomarse
3. La acci3n que se debe realizar

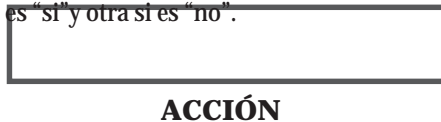
Ejemplo:



Con esta forma geométrica se describe el problema, signo o sintoma. Encabeza el flujograma y tiene sólo una vía a seguir.



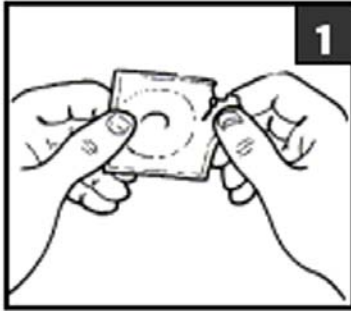
Con esta figura geométrica se describe la decisi3n que se debe tomar. Este paso siempre tiene dos vías a seguir, una si la respuesta es "sí" y otra si es "no".



Los cuadros indican acción. Cada una de estas puede guiar el paso que significa tomar una acción. Aquí se establece cómo manejar el caso.

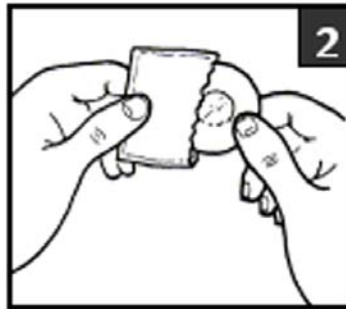
Anexo 3

Uso Correcto del Condón



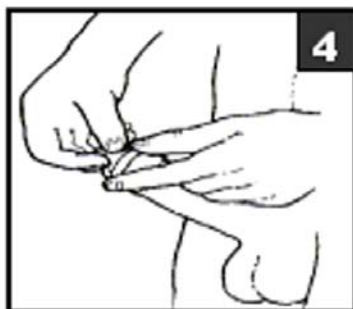
Abra la bolsita con la yema de los dedos y con mucho cuidado para no dañar el condón.

Saque el condón de la bolsita sin desenrollarlo.



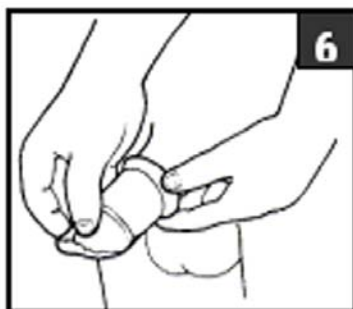
Cuando el pene está duro y antes de iniciar la relación sexual, coloque el condón en la punta del pene, y apriete la punta del condón para sacar el aire; esto evitará que el condón se rompa.

Cont. Uso Correcto del Condón



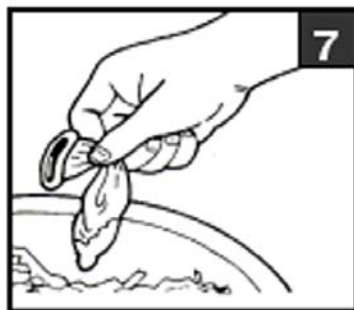
Después desenrolle el condón totalmente hacia abajo hasta cubrir el pene.

Después de acabar, sostenga el condón de base del pene y saque el pene con el condón puesto, mientras todavía está duro. Sostenga bien el condón para que no se derrame el semen.



Luego quítese el condón con mucho cuidado, deslizándolo hacia fuera del pene, y deposítelo en un basurero. Use el condón en toda la relación sexual desde el inicio hasta el final.

Use el condón una vez y luego deséchelo.



Anexo 4

Fármacos e insumos más utilizados en el manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual

Fármacos e insumos

Presentación

Penicilina Benzatinica 2,400.00 unidades	Frasco ampolla
Ciprofloxacina 500 mgr.	Comprimidos
Doxiciclina 200 mgr.	Tabletas
Eritromicina 500 mgr.	Tabletas
Tetraciclina 500 mgr.	Cápsulas
Ceftriaxone 1 gr.	Frasco ampolla
Metronidazol 250 mgr.	Tabletas
Metronidazol 500 mgr.	Óvulos vaginales
Azitromicina 500 mgr.	Tabletas
Acyclovir 200 mgr.	Tabletas
Acyclovir 800 mgr.	Tabletas
Fluconazol 150 mgr.	Cápsulas
Bifonazol 1%	Crema
Clotrimazole 1%	Crema
Clotrimazole 500 mgr.	Óvulos vaginales
Clotrimazole 100 mgr.	Óvulos vaginales
Espectinomycinina 2 gr.	Ampolla
Tintura de Podofilino al 10-25%	Solución
Acido Tricloroacético al 90-95%	Solución
Agua destilada 5 cc.	Ampollas
Trimetropin - sulfa metoxazol 160-800	Comprimidos
Ketoconazol 200 mg.	Comprimidos
Cotrimoxazole forte	Comprimidos
Condomes	Unidades
Tinción de Gram.	kits
Solución KOH.	ml.
Medio cultivo tayer martín.	und.
Nitrato de plata 1%	mlg.
Eritromicina unguento oftálmico	mlg.
Tetraciclina unguento oftálmico	mlg.
Eritromicina suspensión 125 y 250 mg	ml.
Especulos desechables	Und.
Guantes	Und.
Loción Lindano 1%	Und.
Azufre precipitado 5- 10%	Und.
Clindamicina 300 mg	Cápsulas
Clindamicina 2 % crema Vaginal	Uds.

Dirección General de Control de las ITS/VIH/SIDA (DIGECITSS)

Anexo # 5

Historia Clínica a Pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

- Datos Generales: Nombre _____
No. Record _____
- Razón de la visita: Chequeo () Síntomas () Cultivo + () Referido ()
Otro (Especificar) _____ Desde: _____
- Contacto de: Gonorrea () Clamidia () Sífilis () HSV () HIV () Cónditomas ()
Otro (Especificar) _____ Caso Índice # Record: _____

Síntomas	Lesión	Secreción	Disuria	Prurito Genital	Erupción	Linfoadenopatía
Duración						
Síntomas	Dispareunia	Vesículas	Fetidez	Dolor Bajo Vientre	Frec. Urinaria	Otros (Especificar)
Duración						

- Historia Sexual:
- Preferencia Sexual: Heterosexual () Homosexual () Bisexual ()
- ¿Tiene su pareja algún síntoma? Sí () No () ¿Cuál? _____
- ¿Ha tenido relaciones sexuales? Si () No () **Si es No, pasar a la #7**
- Tiempo de la última relación sexual: a) Pareja Casual _____ b) Pareja Usual _____
- Número de parejas nuevas (en los últimos dos meses) _____
- Número total de parejas (en los últimos dos meses) _____
- Pareja Casual:
Usa condones: Siempre (100%) _____ Muchas veces (>50%) _____ A veces (<50%) _____ Nunca (0%) _____
Pareja Usual:
Usa condones: Siempre (100%) _____ Muchas veces (>50%) _____ A veces (<50%) _____ Nunca (0%) _____
- En los últimos meses usted ha:
Hecho sexo oral _____ Recibido sexo anal _____ Recibido sexo oral _____ Hecho sexo anal _____
Recibido penetración vaginal _____ Hecho penetración vaginal _____ Ninguno _____

13. Ha padecido anteriormente una ITS (Sífilis, gonorrea, etc.). Especifique _____

14. ¿Ha tenido Ulcera Genital anteriormente? Sí _____ No _____

15. Examen físico (Especifique los hallazgos)

a) Piel (normal, foliculitis, etc.) _____

b) Vello Púbico (normal, alopecia, ladillas, otros) _____

c) Ganglios Inguinales (normales, aumentadas, dolorosos, no dolorosos, unilateral, bilateral, otros) _____

d) Recto (normal, secreción, vesículas, verrugas, úlceras, otros) _____

e) Orofaringe (normal, úlcera, exudado, verrugas, otros) _____

SOLO PARA SEXO MASCULINO (anote los hallazgos)

a) Pene (normal, erupción, vesícula, úlcera, verrugas, otras) _____

b) Contenido escrotal (normal, varices, epididimitis, otras) _____

c) Característica de la secreción (escasa, moderada, clara, purulenta, no hay secreción, otros) _____

SOLO PARA SEXO FEMENINO (anote los hallazgos)

a) Usa duchas vaginales: Sí _____ Fecha del último _____ No _____

b) Se ha hecho papanicolaos: Sí _____ Fecha del último _____ No _____

Resultado _____

16. Vulva- Vagina: Normal _____ Secreción Anormal _____

a) Cantidad: Escasa _____ Moderada _____ Abundante _____ Otro _____

b) Color: Blanca _____ Amarillenta- Verdosa _____ Cristalina _____ Especificar: _____

c) Característica: Homogénea _____ Grumosa _____ Mal olor _____

d) Erupción _____ Absceso de Bartolino _____ Edema _____ Otro (Especificar) _____

Eritema Anormal _____ Úlcera _____ Vesícula _____ Verruga _____

17. Cervix: No tiene Cervix _____

Normal _____ Friable _____ Ectopia _____ Verrugas _____ Lesión _____ % _____

18. Secreción

Escasa _____ Moderada _____ Abundante _____ Clara _____ Sanguinolenta _____

Purulenta _____ Otro (Especificar) _____

19. Palpación Bimanual: Normal _____ Dolor (Especifique) _____

20. Presencia de úlcera en genitales: Si ___ No ___ Describa _____

21. Pruebas de laboratorio indicadas:

a) Frotis y/o cultivo: uretral _____ Cervix _____ Vaginal _____ Rectal _____

b) Investigación: Clamidia _____ KOH _____ Campo oscuro _____ VDRL _____ FTA-ABS _____

VIH _____ Tinción de Gram. _____ Pueba de Tzanck _____

Otras (Especifique) _____

c) Resultado de laboratorio: _____

22. Impresión Diagnóstica

No Descubrimiento Clínico Pendiente de Prueba	Vaginitis	Cervicitis – Tricomona	Gonorrea. Otros	Sífilis 1era. Rectal	Pediculosis Pubis
Uretritis-Gonococica	Vaginitis-Hongos	Vaginitis Gardnerella	Gonorrea. Orofaringea.	Sífilis 2da.	Escabiosis
Uretritis- Clamidia	Vaginitis No Especifica	SIDA	Oftalmia Gonocócica	Sífilis Latente Tiempo < 1 año	Verrugas Venéreas
Uretritis - Otros	Cervicitis Gonocócica.	Inf. VIH	Tratado Epid. Por Gonorrea	Sífilis Congénita	Herpes
Balanitis	Cervicitis Clamidia	Absceso Bartolino	Epidimitis	Tratado Epid. Por Sífilis	Granuloma Venéreo
Comentarios No ___ Si ___	Chancro Blando	Linfogranuloma Venéreo	Afta Genital	Molusco Contagioso	Otros

23. Tratamiento indicado _____

24. Tratamiento indicado como Kit preempacado para el manejo Síndromico: Si ___ No ___

Firma del Médico _____ Fecha _____

Versión 2003

