



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

SANTO DOMINGO
REPÚBLICA DOMINICANA



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

República Dominicana
Abril, 2023



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

® **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**

Título original:

Guía Práctica Clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual (Actualización)

Coordinación técnica editorial:

Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Formato gráfico y diagramación:

Tyrone Then

eISBN: 978-9945-644-00-5

Segunda edición: Abril, 2023

Primera edición: Febrero, 2013

Copyright © Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud a través de la coordinación técnica y metodológica de la Dirección de Normas, Guías y Protocolos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



AUTORIDADES

Dr. Daniel Enrique de Jesús Rivera Reyes
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. José Antonio Matos Pérez
Viceministro de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Dr. Eladio Radhamés Pérez Antonio
Viceministro de Salud Colectiva

Lcdo. Miguel Antonio Rodríguez Viñas
Viceministro de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud

Licda. Raysa Bello Arias de Peña
Viceministro de Asistencia Social

Dr. Fernando José Ureña González
Viceministro de Salud Pública y Asistencia Social

EQUIPO RESPONSABLE

Dra. Yocastia de Jesús Arámboles. Directora general Viceministerio de Salud Colectiva
Dr. Ricardo Elías Melgen. Director de Salud de la Población
Dra. Altagracia Milagros Peña González. Directora de Normas, Guías y Protocolos
Lic. Yessica Rondón Díaz. Encargada de Documentos Técnicos Sanitarios

COORDINACIÓN TÉCNICA DOCUMENTAL

Dra. Mónica Cristiana Thormann Peynado
Coordinadora de Programa VIH - ITS

EQUIPO ELABORADOR

Dra. Maira García
Lic. Isidora Zabala (†)
Dra. Ángela Moreno
Lic. Gisela Ventura
Lic. Arlenys De Los Santos
Lic. Xiomara Aquino
Lic. Luis Henríquez Vallejo
Lic. Rachel Adames
Dr. Ricardo Mercedes
Lic. Noemí Lara
Dr. Jofeisy Susaña
Lic. Carlos Peláez
Dr. Luis E. Feliz Báez
Lic. Humberto López
Dra. Lovelys Nina
Dr. Rafael Alcántara

Dr. Osvaldo Lorenzo
Dra. Micaela Alarcón
Dra. Lina José
Dra. Celia Gómez
Dr. Luis Bonilla
Dr. William Duke
Dra. Arelis Batista
Dra. Martha Rodríguez
Dra. Adela Ramírez
Dra. Marisol Jiménez
Dra. Edelmira Espaillat
Dr. José Román
Dr. Erick Rousselin
Lic. Teresa Rodríguez
Licda. Leda Herasme

CONSULTA EXTERNA

Centros para Control y Prevención de Enfermedades (CDC)
Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Family Health International (FHI)
Dirección y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud (DDF-SRS) MSP

ACTUALIZACIÓN

Programa de VIH-SIDA

Dra. María Tejada Fernández. Coordinadora de ITS y Hepatitis

Dra. Marisol Jiménez. Coordinadora Unidad Coordinadora de Atención Integral

Dr. Óscar Martínez. Coordinador de Salud

SOCIEDADES MÉDICAS ESPECIALIZADAS

Sociedad Dominicana De Infectología

Dra. Clemy Pérez. Presidenta

Sociedad Dominicana de Pediatría

Dra. Luz Herrera. Presidenta

Sociedad Dominicana de Gineco-Obstetricia

Dr. Roberto Nina, secretario de Actas

ASESORÍA JURÍDICA, METODOLÓGICA Y SANITARIA

Dirección de Normas, Guías y Protocolos

Lic. Anel Payero González. Coordinadora técnico legal

Dra. Ibsen Veloz Suarez. Encargada de Reglamentación Sanitaria

Lic. Dayanara Lara Vittini. Analista de Documentación Sanitaria

ASESORÍA EXTERNA

Lic. Dairy de Aza. Asesora

Dra. Miriam Mejía Matos. Médico

Dra. Olga Jape Collins. Médico salubrista

Resolución Núm.0013-2023

Que aprueba y pone en vigencia los documentos normativos y técnicos sanitarios para diversos eventos clínicos.

El **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**, institución del Estado Dominicano, organizada de acuerdo con la Ley Orgánica de Administración Pública Núm. 247, de fecha catorce (14) del mes de agosto del año dos mil doce (2012), y la Ley General de Salud Núm. 42-01, de fecha ocho (8) del mes de marzo del año dos mil uno (2001), inscrita bajo el número de Registro Nacional del Contribuyente (RNC) 4-01-00733-9, con domicilio social y oficina principal situado en la Avenida Héctor Homero Hernández esquina Avenida Tiradentes, Ensanche la Fe de esta ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana; debidamente representada por su señor Ministro, el **DR. Daniel Enrique De Jesús Rivera Reyes**, dominicano, mayor de edad, casado, titular de la Cédula de Identidad y Electoral Núm. 031-0096377-0, médico de profesión, con domicilio y residencia en la ciudad de Santiago de los Caballeros, ciudad de la República Dominicana.

Considerando (1): Que la Constitución de la República, dispone que: *"El Estado garantizará, mediante legislaciones y políticas públicas, el ejercicio de los derechos económicos y sociales de la población de menores ingresos y, en consecuencia, prestará su protección y asistencia a los grupos y sectores vulnerables; combatirá los vicios sociales con las medidas adecuadas y con el auxilio de las convenciones y las organizaciones internacionales"*.

Considerando (2): Que la salud es un bien de orden público y de interés social, un factor básico para el desarrollo de la persona, que constituye un derecho humano e inalienable que debe ser promovido y satisfecho por el Estado, en base a los principios y estrategias de universalidad, equidad, solidaridad, eficiencia y eficacia.

Considerando (3): Que el Estado debe garantizar el derecho a la salud integral de la persona, cuya protección será mediante la inclusión de medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades.

Considerando (4): Que los ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

Considerando (5): Que la Ley General de Salud Núm. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social Núm. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, atribución que queda a cargo de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Considerando (6): Que, desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana, a través de la mejora continua y la satisfacción de las

necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

Considerando (7): Que una de la función Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como rector del Sistema Nacional de Salud, establecida por la Ley General de Salud Núm. 42-01, en la letra g del artículo 14, es la de *“formular todas las medidas, normas y procedimientos que, conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes”*.

Considerando (8): Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades, la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

Considerando (9): Que, es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud, realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada, con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

Considerando (10): Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

Considerando (11): Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

Considerando (12): Que la implantación y apego a reglamentos, guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

Vista: La Constitución de la República Dominicana, de fecha trece (13) del mes de junio de del año dos mil quince (2015).

Vista: La Ley Orgánica de la Administración Pública, Núm. 247-1 2, de fecha catorce (14) del mes de agosto del año dos mil doce (2012).

Vista: La Ley General de Salud, Núm. 42-01, de fecha ocho (08) del mes de marzo del año dos mil uno (2001).

Vista: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, Núm. 87-01, de fecha ocho (8) del mes de mayo del año dos mil uno (2001) y sus reglamentos de aplicación.

Vista: La Ley de Estrategia Nacional de Desarrollo, Núm. 1 -1 2, de fecha veinticinco (25) del mes de enero del año dos mil doce (2012).

Vista: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, Núm. 166-12, de fecha diecinueve (19) del mes de junio del año dos mil doce (2012).

Vista: La Ley que crea el Servicio Nacional de Salud, Núm. 123-15, de fecha dieciséis (16) del mes de julio del año dos mil quince (2015).

Visto: El Decreto que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, Núm. 434-07, de fecha dieciocho (18) del mes de agosto del año dos mil siete (2007).

En el ejercicio de las atribuciones que me confiere la Ley Núm. 42-01, General de Salud dicto la siguiente:

Resolución:

Primero: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de Reglamentos, Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención, para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

Segundo: Se ordena la puesta en vigencia los siguientes documentos normativos y técnicos sanitarios:

1. Reglamento Técnico para la Gestión de Expediente Clínico.
2. Guía de Manejo de Enfermedad Renal Crónica Estadios 1 al 3A para la Atención de la Población Mayor de 18 Años en Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención en la República Dominicana.
3. Guía de Atención a las Hepatitis Vírales y sus Comorbilidades Asociadas al VIH.
4. Guía para el Diagnóstico, Manejo y Prevención de la Malaria en la República Dominicana.
5. Guía Práctica Clínica de las Enfermedades de Transmisión Sexual.
6. Guía de Diagnóstico y Tratamiento de Cólera.
7. Guía Uso de Fluoruros para Control y Prevención de Lesiones de Caries Dental.
8. Protocolo de Estudio y Seguimiento del Donante Vivo Renal.
9. Protocolo de Realización de Biopsia Renal del Receptor de Trasplante Renal y del Donante Renal Cadavérico.
10. Protocolo para el Diagnóstico y Tratamiento del Mieloma Múltiple
11. Protocolo Linfoma No Hodgkin de Estirpe B en Adultos.
12. Protocolo de Diagnóstico y Manejo de la Anemia Falciforme en Pacientes Pediátricos.
13. Protocolo de Diagnóstico y Manejo de la Anemia Falciforme en Pacientes Adultos.

14. Protocolo de Manejo de Anemia Aplásica.
15. Protocolo Manejo Nutricional e Integral del Adulto Mayor.
16. Directrices Operativas para la Prevención y Control de Cólera en la República Dominicana.
17. Resumen de Recomendaciones Guía de Manejo de Enfermedad Renal Crónica Estadios 1 al 3A para la Atención de la Población Mayor de 18 Años en Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención en la República Dominicana.
18. Plan Estratégico Institucional 2021-2024.
19. Evaluación y Fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública en República Dominicana, Periodo 2021- 2023
20. Evaluación de la capacidad de tecnología de apoyo de la República Dominicana, 2020-2021

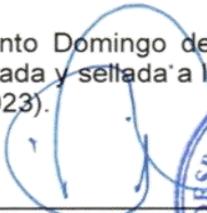
Tercero: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de los Reglamentos Técnicos, las Guías de Práctica Clínica y los Protocolos de Atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud, la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto a los representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

Cuarto: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

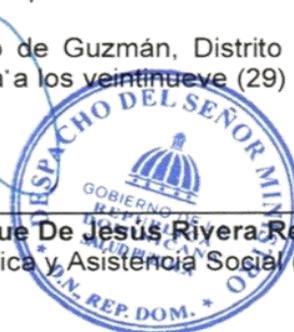
Quinto: Se instruye remitir copia íntegra de la presente resolución, para fines de cumplimiento y ejecución, de los documentos puestos en vigencia en la presente a los siguientes: Superintendencia de Salud y Riesgos laborales (SISALRIL), Aseguradoras de Riesgo de Salud (ARS), Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados (ANDECLIP), Servicio Nacional de Salud (SNS) y demás prestadores privados y ONG.

Sexto: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información publicar en el portal web institucional el contenido de la presente disposición.

Dada, en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, firmada y sellada a los veintinueve (29) días del mes de agosto del año dos mil veintitrés 2023).



Dr. Daniel Enrique De Jesus Rivera Reyes
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)



CONTENIDO

Resolución Ministerial	2
Introducción	8
Actualización.....	96
Distribución de contenido:	96
Manejo Sindrómico y Etiológico	96
Diagnóstico	96
Tratamiento	9
Metodología	10
Alcance y Objetivos	11
Usuarios de la guía	11
Población diana	11
Evidencias Científicas	19
SECCIÓN I.....	13
1. Las ITS como problema de Salud Pública	14
2. Promoción de la salud	14
3. Prevención de las ITS y sus complicaciones.....	15
4. Infecciones del tracto reproductor en el hombre y la mujer y sus consecuencias. 15	
5. Dinámica de transmisión de las ITS	28
6. Manejo Integral de las ITS	29
6.1 Consejería en la atención de las ITS	29
SECCIÓN II	28
7. Manejo Sindrómico de las ITS/ITR	29
7.1 Identificación de los síndromes.....	37
8. Síndrome de Úlcera Genital	39
8.1 Síndrome de secreción uretral	32
8.2 Uretritis gonocócica en el hombre	32
8.3 Uretritis por clamidia en el hombre	32
8.4 Diagnóstico diferencial	33
9. Síndrome de flujo vaginal: Vaginitis/Cervicitis.....	34
9.1 Diagnóstico diferencial de las vulvovaginitis	34
9.2 Vaginitis	35
9.3 Tricomoniiasis.....	35
9.4 Vaginosis bacteriana	35

9.5 Vaginosis por Cándida	35
9.6 Factores predisponentes	35
9.7 Cándida recurrente	35
10. Cervicitis	36
11. Gonorrea en mujeres	36
12. Clamidia en mujeres.....	36
13. Manifestaciones extragenitales por <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	38
13.15.1 Conjuntivitis gonocócica.....	38
13.2Infección gonocócica diseminada	38
13.3Tratamiento	38
13.4Manejo Endocarditis y meningitis gonocócica	38
13.5Gonorrea faríngea.....	39
13.6Diagnóstico diferencial	48
14. Síndrome de dolor abdominal bajo	48
14.1Diagnóstico	49
14.2Criterios clínicos	49
14.3Criterios de laboratorio	49
SECCIÓN III.....	42
15. Manejo Etiológico de las ITS.....	43
16. Sífilis	43
16.1Presentación clínica.....	43
16.2Diagnóstico	44
16.3Tratamiento	46
16.4Reacción Jarish- Herxheimer	56
17. Seguimiento clínico y VDRL.....	57
18. Retratamiento	57
19. Manejo de los contactos	57
20. Transmisión Materno Infantil	57
20.1Sífilis Materna.....	58
20.2Definición de caso.....	58
20.3Tratamiento de sífilis materna.....	59
20.4Desensibilización a la penicilina.....	51
20.5Sífilis congénita.....	52
20.6Definición de caso.....	52
20.7Cuadro clínico	52

20.8 Tratamiento	53
20.9 Mortinato relacionado a Sífilis.....	53
20.10 Seguimiento.....	53
21. Prevención y manejo de las ITS en el Recién Nacido	54
21.1 Conjuntivitis neonatal por Clamidia	54
21.2 Conjuntivitis Gonocócica.....	54
22. Infecciones Respiratorias por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> en Recién Nacidos.	55
23. Neumonía por Clamidia trachomatis en Recién Nacidos	56
24. Infección Congénita por Citomegalovirus	66
25. Herpes genital.....	67
26. Herpes Neonatal.....	61
27. Pacientes VIH y Herpes Genital	61
28. Virus del Papiloma Humano	63
28.1 Vacunación VPH.....	63
28.2 Embarazadas y VPH	77
28.3 VPH y VIH.....	77
29. Hepatitis B.....	77
29.1 Hepatitis B y VIH	79
30. Hepatitis C.....	70
31. Hepatitis C y VIH	70
31.2 Tratamiento	70
32. Linfogranuloma venéreo	71
32.1 Linfogranuloma venéreo y VIH	71
33. Granuloma inguinal.....	72
34. Molusco Contagioso	83
35. Infecciones por ectoparásitos	84
35.1 Pediculosis púbica (ladilla)	84
35.2 Escabiasis	85
35.3 Inflamación escrotal.....	86
35.4 Vulvovaginitis en Niñas.....	87
35.5 Manejo ante el abuso sexual	89
35.6 Anticoncepción de emergencia	89
35.7 Profilaxis post- exposición de las ITS.....	79
35.8 Profilaxis Post-exposición del VIH.....	80
35.9 Inmunización profiláctica contra la hepatitis B	91

35.10 Toxoide Antitetánico.....	91
35.11 Referencia a servicios especiales	92
36. Indicadores	92
37. Anexos.....	93
Anexo A. Uso del flujograma	93
Anexo B. Flujograma de manejo: Síndrome de Úlcera Genital.....	94
Anexo C. Flujograma de manejo: Síndrome de secreción uretral	95
Anexo D. Flujograma de manejo: Síndrome de flujo vaginal (con espéculo)	96
Anexo E. Flujograma de manejo: Síndrome de flujo vaginal (sin espéculo).....	97
Anexo F. Flujograma de manejo: Conjuntivitis gonocócica.....	98
Anexo G. Flujograma de manejo: Gonorrea faríngea.....	99
Anexo H. Flujograma de manejo: Síndrome de dolor abdominal bajo.....	100
Anexo I. Flujograma de manejo: Conjuntivitis del Recién nacido (sin microscopio).....	101
Anexo J. Flujograma de manejo: Conjuntivitis del recién nacido (Con microscopio).....	102
Anexo K. Flujograma de manejo: Condiloma acuminado.....	103
Anexo L. Flujograma de manejo: Hepatitis B	104
Anexo M. Flujograma de manejo: Inflamación escrotal.....	105
Anexo N: Interpretación de las pruebas serológicas de Sífilis, según sus reacciones.....	106
38. Bibliografía	107

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ADN	Ácido Desoxirribonucleico
ART	Antirretroviral
CD4	Antígenos de Diferenciación de Leucocitos, células responsables de las respuestas inmunitarias
DIGECITSS	Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Hepatitis
DIU	Dispositivo Intrauterino
DAB	Dolor Abdominal Bajo
ELISA	Ensayo de Inmunoabsorción ligado a enzimas (por sus siglas en inglés)
EPI	Enfermedad Pélvica Inflamatoria
GPC	Guía Práctica Clínica
Gr	Gramos
FDA	Food and Drug Administration (Agencia de Drogas y Alimentos de Estados Unidos de América)
FTA-Abs	Por sus siglas en inglés, Prueba de Absorción de Anticuerpo Treponémico Fluorescente
FV	Flujo Vaginal
FVV	Flujo Vaginal-Vaginitis
FVC	Flujo Vaginal-Cervicitis
HBV-S-Ag	Determinación de Antígeno de Superficie Australiano
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
HVS 1	Herpes Virus Simple Tipo 1
HVS 2	Herpes Virus Simple Tipo 2
IM	Intramuscular
IgG	Inmunoglobulina G
IgM	Inmunoglobulina M
ITR	Infecciones del Tracto Reproductivo
ITS	Infección de Transmisión Sexual
IV	Intravenosa
KOH	Hidróxido de Potasio
Kg	Kilogramos
LGV	Linfogranuloma Venéreo
LCR	Líquido Cefalorraquídeo
MISPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Mg	Miligramos
<i>N. gonorrhoeae</i>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
NIC	Lesión Cervical Intraepitelial
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAP	Papanicolau
PCR	Por sus siglas en inglés; Reacción en Cadena de Polimerasa
PEP	Profilaxis Post Exposición
PL	Punción lumbar

RPR	Por sus siglas en inglés, Reagina Rápida de Plasma
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
SU	Secreción Uretral
SNC	Sistema Nervioso Central
SFVV	Síndrome de Flujo Vaginal-Vaginitis
TDF	Tenofovir
<i>T. pallidum</i>	Treponema pallidum
<i>T. vaginalis</i>	Trichomona vaginalis
Tx	Tratamiento
UG	Úlcera Genital
UI	Unidades internacionales
VDRL	Por sus siglas en inglés, Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas
VHB	Virus de la Hepatitis B
VHC	Virus de la Hepatitis C
VHS	Virus del Herpes Simple
VB	Vaginosis Bacteriana
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano
VO	Vía Oral

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cada día más de un millón de personas contraen una Infección de Transmisión Sexual (ITS), y la mayoría de los casos son asintomáticos. Se estima que anualmente, unos 374 millones de personas contraen alguna de las siguientes ITS: clamidiasis, gonorrea, sífilis y tricomoniasis; y la proporción de casos es mayor entre personas de 15 a 49 años, siendo similar en ambos sexos.¹

En las mujeres, las infecciones no tratadas a tiempo, pueden generar enfermedad pélvica inflamatoria hasta en 40% de los casos y uno de cada cuatro casos provoca infertilidad; otras consecuencias implican el aumento en la probabilidad de transmisión del VIH y efectos psicosociales.²

Cada año, la sífilis no tratada durante el embarazo provoca aproximadamente unas 305.000 muertes fetales y neonatales y 215.000 lactantes corren el riesgo de padecer complicaciones tales como: defunción por prematuridad, insuficiencia ponderal o enfermedad congénita.³ La transmisión materno infantil de la sífilis puede prevenirse mediante la detección y el tratamiento temprano con el antibiótico apropiado (penicilina). En todo el mundo, cerca de 4,000 recién nacidos al año quedan ciegos como consecuencia de infecciones oculares atribuibles a infecciones gonocócicas y por clamidia materna no tratada.⁴

La prevención y el control efectivo de las ITS son una prioridad para prevenir la morbilidad y mortalidad neonatal, preservar la salud reproductiva, cáncer, trastornos neurológicos y el VIH.

Dentro del abordaje integral a las ITS, deben considerarse los grupos de población clave (hombres que tienen sexo con hombres, hombres gays, mujeres trans y trabajadores sexuales) los cuales son grupos definidos que, por sus comportamientos específicos de gran riesgo, presentan una especial susceptibilidad a contraer el VIH, independientemente del tipo de epidemia y del contexto local.⁵

¹ Organización Mundial de la Salud, *Estrategia mundial del sector salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual, Segunda edición, Ginebra, Ediciones de la OMS, 2016 p. 1.*

² Organización Mundial de la Salud, *Estrategia mundial de prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual: 2006-2015*

³ Reyes G, Ariel E. (2016). Infecciones de transmisión sexual: Un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela. *Comunidad y Salud*, 14(2), 63-71. Recuperado en 13 de julio de 2022.

⁴ Cruz Palacios, C., Ramos Alamillo, U., & González Rodríguez, A. (2011). *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS* (Primera edición).

⁵ Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Grupos de Población Clave*. Organización Panamericana de la Salud

(OPS). Recuperado 14 de julio de 2022, de <https://www.paho.org/es/temas/grupos-poblacion-clave>

ACTUALIZACIÓN

Dado el surgimiento de nuevas evidencias en los últimos años, se decidió actualizar la “*Guía de Práctica Clínica para las Infecciones de Transmisión Sexual*”. En esta actualización se contemplan los siguientes puntos:

Distribución de contenido:

En la presente actualización, los contenidos se han dividido en tres secciones las en las que se tratan los siguientes puntos:

- **Sección I:** Generalidades: ITS como problema de Salud Pública, dinámica de transmisión, manejo integral de las ITS, consejería en la atención a las ITS.
- **Sección II:** Manejo sintomático de las ITS.
- **Sección III:** Manejo etiológico de las ITS.

Manejo sintomático y etiológico

- Se describen ambos abordajes dentro de la presente guía. En primer lugar, en la “**Sección II**” el manejo sintomático y los flujogramas correspondientes; posteriormente en la “**Sección III**” el manejo etiológico y sus esquemas de tratamiento.
- Flujogramas de gonorrea faríngea, conjuntivitis gonocócica: Para facilitar el abordaje de las manifestaciones extragenitales de la infección por *Neisseria gonorrhoeae* se han agregado flujogramas como parte del manejo sintomático.
- Flujograma inflamación escrotal: Se describen mediante un flujograma los pasos a seguir para el manejo de Inflamación escrotal.

Diagnóstico

- Para el diagnóstico del Virus del Papiloma Humano (VPH) la técnica con aplicación de ácido acético a 5% y posterior visualización con colposcopia o lupa de luz fría que evidencia acetosensibilidad en lesiones maculares (subclínicas) o papulosas no se recomienda en la actualidad puesto que los resultados no influyen en el manejo clínico. Existen pruebas disponibles para detectar tipos oncogénicos de VPH y que son utilizadas en el contexto de los estudios para detectar cáncer cervical.

Tratamiento

- Debido a la presencia de alta resistencia microbiana, se considera la sustitución de ciprofloxacina por azitromicina y ceftriaxona como terapia dual en el tratamiento de primera elección de gonorrea, y cefixima más azitromicina como terapia dual de segunda línea. En el caso del chancroide, de igual forma se considera la sustitución de ciprofloxacina por azitromicina o ceftriaxona.

METODOLOGÍA

Para esta actualización fueron revisadas literaturas científicas actualizadas relacionadas con las ITS que sirvieron de soporte para el contenido del documento, tales como manuales, guías y otras publicaciones reconocidas.

Posteriormente se realizaron consultas con los equipos expertos de las sociedades profesionales especializadas involucradas temáticamente, quienes determinaron los elementos que debían ser asumidos y validaron el contenido a ser actualizado.

Marco conceptual

Esta guía se fundamenta en un conjunto de enfoques conceptuales de gran valor técnico, político y ético relacionado a: derecho, salud sexual y reproductiva, equidad de género y de manejo de las ITS.

Enfoque de derecho

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades”.⁶

Enfoque de Género

Es importante promover servicios de salud en un ambiente libre de estigma y discriminación hacia cualquier persona.

Salud Reproductiva

Las Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo define la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.”⁷

Sexualidad humana

Se define como el conjunto de formas de comportamiento asociadas a los fenómenos psicobiológicos del sexo.⁸

⁶ Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Constitución*. Recuperado 15 de julio de 2022

⁷ Organización de las Naciones Unidas. (1994, septiembre). Informe de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo (A/CONF.171/13/Rev.1). pag. 37.

⁸ Mace, D. R, Bannerman, R. H. O, Burton, John & World Health Organization. (1975). Las Enseñanzas de sexualidad humana en las escuelas de formación de profesionales de la salud. Organización Mundial de la Salud, pag. 9.

Salud sexual

Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Para que esta se logre es necesario que se reconozcan y se garanticen los derechos sexuales de las personas.⁹

ALCANCE Y OBJETIVOS

Objetivo General

Proveer al personal de salud de los instrumentos estandarizados para brindar servicio de atención integral a las personas que demandan atención por una ITS, incluyendo a sus contactos.

Objetivos Específicos

- 1) Mejorar el conocimiento sobre el Manejo Síndromico y Etiológico (No Síndromico) de las ITS del personal de salud.
- 2) Fortalecer los conocimientos del personal de salud de los servicios sobre las medidas de prevención de las ITS.
- 3) Estandarizar los lineamientos de la atención integral de las ITS.

USUARIOS DE LA GUÍA

Personal médico de todos los niveles de atención, en residencia, y especialistas en las áreas de ginecología, obstetricia, infectología, pediatría y otros afines, y estudiantes del área de Ciencias de la Salud.

POBLACIÓN DIANA

Toda persona, niño o adulto, que acuda a los servicios de salud y que siguiendo los flujos de atención establecidos sea diagnosticado con una Infección de Transmisión Sexual.

⁹ Organización Panamericana de la Salud. (2000, mayo). Promoción de la Salud Sexual recomendaciones para la acción.

EVIDENCIAS CIENTÍFICAS

Fuentes de actualización:

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021, 23 julio). Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. En Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Morbidity and Mortality Weekly Report 2021;70 (4). U.S. Department of Health and Human Services. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>
2. Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2017). Guía para el manejo sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51101/9789806678071-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Organización Mundial de la Salud, Estrategia mundial del sector salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021, Segunda edición, Ginebra, Ediciones de la OMS, 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?sequence=1>
4. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259003/9789241550093-eng.pdf?sequence=1>.
5. World Health Organization. (2016). WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis [PDF]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246165/9789241549714-eng.pdf>
6. World Health Organization. (2016). WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (Syphilis). Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549714>
7. World Health Organization. (2016). WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549691>

SECCIÓN I

1. LAS ITS COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Las ITS constituyen en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo un desafío a afrontar en miras de mejorar la salud de sus poblaciones. La carga de morbilidad a nivel mundial derivada de patógenos de transmisión sexual, comprometen seriamente no solo la salud sexual y reproductiva de jóvenes y adultos, sino también la salud del recién nacido y del niño, así como su calidad de vida en sentido general. Asimismo, representan una fuerte presión en los presupuestos, tanto de los hogares como de los servicios y sistemas de salud nacionales en los países de mediano y bajo ingreso.

Estas epidemias tienen un impacto profundo en la salud y la vida de los niños, adolescentes y adultos de todo el mundo, tales como:

- **Muertes fetales y neonatales:** la sífilis en el embarazo provoca más de 300,000 muertes fetales y neonatales por año y expone a otros 215,000 niños a un mayor riesgo de muerte prematura.
- **Cáncer cervicouterino:** la infección por el virus del papiloma humano es responsable de unos 530,000 casos de cáncer cervicouterino y de 264,000 muertes por dicha enfermedad cada año.
- **Infertilidad:** las ITS, como la gonorrea y la clamidiasis, son importantes causas de infertilidad en el mundo.
- **Riesgo de VIH:** la presencia de una ITS, como la sífilis, la gonorrea o la infección por el virus del herpes simple, aumenta considerablemente (de dos a tres veces en algunas poblaciones) el riesgo de contraer o transmitir la infección por VIH.
- **Consecuencias físicas, psicológicas y sociales** de las ITS comprometen gravemente la calidad de vida de las personas infectadas.¹⁰

2. PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud constituye uno de los principales factores que intervienen en el acceso oportuno a los servicios de salud, puesto que sensibilizan y afianzan la comprensión de estos problemas principalmente en las poblaciones vulnerables o afectadas y, por otro lado, respaldan la acción desde el nivel local. Estas actividades pueden aprovecharse con el fin de estimular a las personas a que acudan a obtener las pruebas de diagnóstico y a las ya afectadas por la infección, a buscar la atención médica y el tratamiento.¹¹

Un abordaje de salud pública para la prevención y el control de las ITS, incluye reducir las barreras para acceder a los servicios, aumentar la conciencia en la comunidad, promover los servicios, y establecer contacto con las personas que habitualmente no usan los servicios de salud reproductiva.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud, *Estrategia mundial del sector salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual, Segunda edición, Ginebra, Ediciones de la OMS, 2016, P.13.*

¹¹ Prestación de los servicios básicos. Promoción de la salud *Manual de Elaboración y la evaluación de los planes nacionales contra las hepatitis virales.* Organización Panamericana de la Salud, 2015. P.24

3. PREVENCIÓN DE LAS ITS Y SUS COMPLICACIONES

Todos los pacientes necesitan información sobre las ITS, su forma de transmisión y cómo prevenirlas.

La prevención de las Infecciones del Tracto Reproductor (ITR) e ITS incluye el pronto reconocimiento y el tratamiento efectivo cuando se presentan, de esta forma se disminuye la probabilidad de complicaciones para el paciente y previene nuevas infecciones en la población.

Mientras más rápido se cure una ITS, menor será la posibilidad de que se transmita a otras personas.

El enfoque más eficaz para prevenir las ITS consiste en la prevención combinada. Debe existir un marco de prevención integral que combine estrategias con enfoques de comportamiento, biomédicos y estructurales que incluyan la comprensión de las ITS y métodos primarios de prevención como son el uso de preservativos y con énfasis en poblaciones vulnerables.

Las intervenciones orientadas a cambio de comportamiento son imprescindibles para prevenir las ITS e incluyen:

- Promoción del uso sistemático de preservativos masculinos y femeninos.
- Educación para concientizar sobre las ITS
- Reducción del número de parejas sexuales
- Aumento de la cantidad de personas que se somete a pruebas de detección de ITS, incluida VIH
- Aplazamiento de la iniciación sexual
- Promoción del bienestar sexual

4. INFECCIONES DEL TRACTO REPRODUCTOR EN EL HOMBRE Y LA MUJER Y SUS CONSECUENCIAS

Las ITR son causadas por microorganismos que normalmente están presentes o que son introducidos desde el exterior durante el contacto sexual o durante procedimientos médicos.

Las categorías de ITR, diferentes, aunque superpuestas, se denominan:

- Infecciones Endógena
- Infecciones de Transmisión Sexual
- Infecciones Iatrogénicas

Las complicaciones debidas a las ITS suponen un impacto directo sobre la salud sexual y reproductiva de las personas, sin embargo, estas afectan desproporcionalmente a las mujeres de varias maneras, a pesar de que el número de hombres y de mujeres con ITS sea similar (con excepción de la infección por el virus del herpes simple de tipo 2), con algunas diferencias regionales.¹²

Tabla 1. Factores que incrementan el riesgo de contagio de una ITS

Factores que incrementan el riesgo de contagio de una ITS	
Factores biológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Edad: Jóvenes y adolescentes tienen mayor riesgo de adquirir una infección por su vulnerabilidad. En las mujeres jóvenes la mucosa vaginal y el tejido cervical es inmaduro, lo que las vuelve más vulnerables a las ITR/ITS.
	<ul style="list-style-type: none"> • Estado inmunológico: Las ITS aumentan el riesgo de transmisión de VIH, pero también el VIH facilita la transmisión de las ITS y agrava las complicaciones de las mismas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de relación sexual: Las ITS pueden entrar al organismo con mucha mayor facilidad a través de las mucosas de la vagina, recto o boca que por la piel. Dado que en las mujeres la superficie mucosa de la cagín que se pone en contacto con el agente infeccioso es más grande, ellas pueden infectarse más fácilmente. Los hombres y mujeres que tienen coito anal, debido a la exposición de la mucosa rectal también tienen más posibilidades de infectarse.
	<ul style="list-style-type: none"> • Durante el coito, la pareja receptora (hombre o mujer) por lo general se encuentra más expuesta a las secreciones genitales en cuanto a la cantidad y duración de la exposición.
	<ul style="list-style-type: none"> • Circuncisión: Estudios sobre prevención de VIH han demostrado que los hombres heterosexuales circuncisos eran 68% menos propensos a contraer VIH. El prepucio es considerado como un factor de riesgo en la adquisición de las ITS.

Fuente: Dr. Carlos Cruz y Dr. Ubaldo Ramos en Guía de Prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS dirigida a personal de Servicios de Salud, México, 2011.

¹² Estrategia mundial del sector salud contra las Infecciones de transmisión sexual 2016-2021 OMS.

Tabla 2. Factores conductuales

Factores conductuales	<ul style="list-style-type: none">• Tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas.
	<ul style="list-style-type: none">• Tener varias parejas sexuales simultáneas.
	<ul style="list-style-type: none">• Cambiar frecuentemente de parejas sexuales.
	<ul style="list-style-type: none">• Tener contacto sexuales con parejas sexuales “Casuales”, trabajadoras sexuales o sus clientes sin protección.
	<ul style="list-style-type: none">• Compartir juguetes sexuales sin limpieza adecuada previa, que se utilicen en vagina, ano/recto o boca.
	<ul style="list-style-type: none">• Tener relaciones sexuales con penetración sin protección.
	<ul style="list-style-type: none">• Haber tenido una ITS durante el último año, ya que se corre el riesgo de volver a contraer la infección si no se modifica la conducta sexual.
	<ul style="list-style-type: none">• Tener relaciones sexuales bajo coerción o violencia.

Fuente: Dr. Carlos Cruz y Dr. Ubaldo Ramos en Guía de Prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS dirigida a personal de Servicios de Salud, México, 2011

Tabla 3. Factores sociales y clasificación de las ITS

Factores sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencias de poder. En una relación sexual cuando existen jerarquías, poder económico, diferencias de edad o aspectos culturales que establecen discriminación hacia un grupo de la población se dan diferencias de poder que ponen en desventaja a una de las partes. En muchas culturas, las mujeres toman pocas decisiones sobre sus prácticas sexuales, lo que les impide protegerse mediante el uso de condones. Un hombre o mujer que es penetrado bajo coerción, que es menor de edad o cundo ofrece un servicio sexual tiene menores posibilidades de negociación y mayores posibilidades de ser infectado.
	<ul style="list-style-type: none"> • Contextos de mayor riesgo. Existen grupos de personas especialmente vulnerables a las ITS porque se encuentran en situaciones que dificultan la prevención de las mismas, como son la privación de la libertad, índices altos de violencia sexual o social o de estigma y discriminación, menor acceso a información o servicios de salud sexual adecuados o situaciones donde los usos y costumbres dificultan la negociación de prácticas sexuales protegidas. <p>Estos grupos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) • Mujeres transgénero • Trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes • Hombres o mujeres que tienen múltiples parejas sexuales simultáneas • Hombres o mujeres alejados de sus parejas sexuales habituales: conductores de largas distancias o soldados • Personas privadas de libertad • Mujeres y hombres que viven violencia sexual • Jóvenes sin información y servicios adecuados • Población migrante • Mujeres embarazadas • Usuarios de drogas

Fuente: Dr. Carlos Cruz y Dr. Ubaldo Ramos en Guía de Prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS dirigida a personal de Servicios de Salud, México, 2011.

Tabla 4. Agentes causales de las ITS

Patógenos	Agente etiológico	ITS/ITR	Período de incubación
Bacterias	<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis	21 días (10 a 90 días)
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorrea	3 a 5 días
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Clamidia	8 a 15 días
	<i>Chlamydia trachomatis</i> L1, L2 y L3	Linfogranuloma venéreo	8 a 21 días
	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Chancroide	3 a 5 días
	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Granuloma inguinal	2 semanas a 3 meses
	<i>Mycoplasma hominis</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i>	Uretritis Cervicitis	1 a 3 semanas
	<i>Shigella sp</i> <i>Campylobacter sp</i>	Enteritis	Depende de la infección
	Microorganismos asociados con la vaginosis bacteriana (<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Mobiluncus sp*</i> , <i>Peptoestreptococo sp</i> , <i>Mycoplasma hominis</i>)	Vaginosis bacteriana Uretritis	Depende de la infección
Virus	Virus del herpes simple tipo 2 y 1 (VHS)	Herpes simple	2 a 10 días
	Virus del herpes humano tipo 5 (Citomegalovirus)	Úlceras genitales	4 a 8 semanas
	Virus del herpes humano tipo 8	Sarcoma de Kaposi	Variable (en SIDA)
	Virus del papiloma humano (VPH)	Condilomas acuminados	1 a 3 meses
	Virus de la Hepatitis B (VHB) y C (VHC)	Hepatitis B y C	4 a 26 semanas (media de 6 a 8)
	Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Infección VIH y SIDA	Variable (3 meses)

Fuente: Guía Práctica Clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana 2014

Patógenos	Agente etiológico	ITS	Período de incubación
Protozoarios	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Trichomona Vaginalis</i> • <i>Entamoeba Histolytica, Giardia lamblia</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Tricomoniasis vaginalis • Uretritis, Úlceras genitales, 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 3 semanas • 2 a 4 semanas
Hongos	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cándida albicans</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Candidiasis vaginal, Balanopostitis • Uretritis 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 a 4 semanas
Ectoparásitos	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sarcoptes scabiei</i> • <i>Phthirus pubis</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Sarna • Pediculosis del pubis 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 a 4 semanas • 8 a 10 días

Fuente: *Guía Práctica Clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana 2014 (Anexo: Tabla no.14)

Tabla 5. Principales complicaciones de las ITS

Principales complicaciones que producen las ITS/ITR		
Hombre	Mujeres	Niños
<ul style="list-style-type: none"> • Orquiepididimitis • Estenosis uretral • Esterilidad • Cáncer de ano o pene • Demencia • Trastornos cardiovasculares 	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer cervical • Ruptura prematura de membrana • Parto prematuro • Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) • Abortos • Dolor pélvico crónico • Infertilidad • Esterilidad • Embarazo ectópico • Infecciones post-parto • Demencia • Trastornos cardiovasculares 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso al nacer • Mortalidad perinatal • Malformaciones congénitas • Daño ocular, pulmonar, óseo, auditivo y neurológico

Fuente: *Guía Práctica Clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana 2014 (Anexo: Tabla no. 15)

5. DINÁMICA DE TRANSMISIÓN DE LAS ITS

La distribución de las ITS no se mantiene estática en una población determinada.

En las primeras fases de una epidemia, los agentes patógenos se transmiten con más frecuencia entre grupos de personas que tienen comportamientos sexuales de alto riesgo (llamados “grupos nucleares”), o entre personas con prácticas de riesgo y múltiples parejas sexuales simultáneas y que con frecuencia desconocen los diagnósticos.

Conforme la epidemia avanza, los agentes patógenos van afectando a poblaciones de menor riesgo, a quienes se les llama “poblaciones puente”.

Pueden actuar como cadena de transmisión entre los grupos nucleares y la población general.

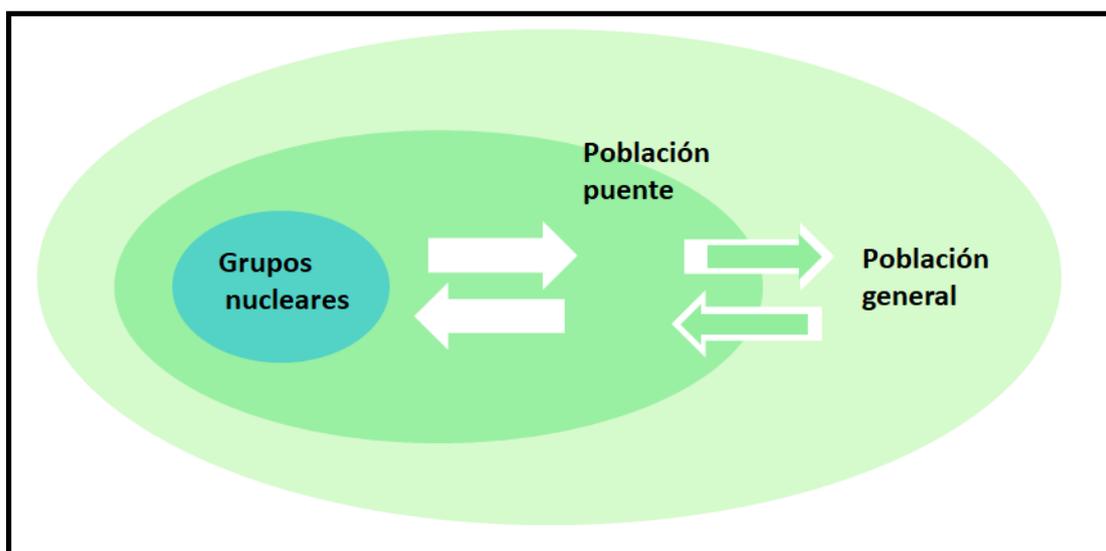
Las condiciones sociales, culturales y económicas de algunos grupos pueden incrementar su vulnerabilidad para adquirir o transmitir una ITS, lo que puede incluirlos dentro de la categoría de poblaciones puente.

Uno de los principales determinantes de la propagación de las ITS es el comportamiento de las personas sexualmente activas, y en particular, la simultaneidad.

Los comportamientos de riesgos a las que van asociadas las ITS son comunes a todas ellas; se pueden adquirir múltiples infecciones al mismo tiempo, y una infección ya existente puede facilitar la transmisión y adquisición de otras ITS, incluyendo la infección por VIH, por lo que se debe tomar en cuenta, que las poblaciones clave respecto del VIH son las más vulnerables a la coinfección.¹³

¹³ Estrategia mundial del sector salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021, Ginebra, OMS, 2016.

Figura 1. Dinámica de transmisión de las ITS a nivel poblacional



Fuente: Estrategia mundial del sector salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021, Ginebra, OMS, 2016.

6. MANEJO INTEGRAL DE LAS ITS

Los (as) profesionales de la salud juegan un papel fundamental para la prevención y atención adecuada de las ITS, ya que son los encargados de:

- Evaluar el riesgo de las personas y realizar pruebas de diagnóstico.
- Referir los pacientes para consejería preventiva o de reducción de riesgos.
- Diagnosticar y tratar a las personas infectadas con alguna ITR/ITS.
- En caso necesario, referirlas a servicios de atención más especializados.
- Reportar los casos de ITS de acuerdo con los criterios establecidos por las normas de ITS/VIH del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

6.1 Consejería en la atención de las ITS

Tiene la responsabilidad de proveer información, educación y comunicación a la persona afectada y sus parejas sexuales.

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

- Saludar, presentación al paciente.
- Desarrollar breve explicación de que se va a hacer en consejería y dar garantías de confiabilidad.
- Factores de riesgos:
 - Número de parejas sexuales
 - Uso del condón

- Consumo de alcohol o drogas
- Concepto personal de riesgo
- Si es objeto de violencia sexual
- Ofrecer información sobre la o las infecciones
- Forma de transmisión
- Forma de prevención
- Forma de tratamiento, riesgos de automedicación
- Evaluar y recomendar otras prácticas de sexo seguro
- Explicar que es la cadena de transmisión y la importancia de que la o las parejas se realicen pruebas diagnósticas y hagan el tratamiento adecuado
- Evaluar necesidad de referimiento
- Destacar importancia de completar el proceso

Tabla 6. Historia clínica para pacientes con ITR/ITS

Inicio de la consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Saludar a la persona y preguntarle el motivo de la consulta
Proveedor de información básica de ITS/ITR	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar qué son las ITS y cómo se adquieren • Subrayar la importancia de recibir tratamiento para las ITS/ITR
Detección	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar la historia clínica de la persona • Hacer la revisión física, con énfasis en los órganos sexuales, para detectar las ITS más comunes o síndromes. • Realizar pruebas rápidas o solicitar otros estudios de laboratorio si se consideran necesarios. • Citar para chequeos • Informar riesgos de la automedicación
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer a la persona el tratamiento adecuado • Explicar la importancia de la adherencia al tratamiento para el éxito del mismo
Prevención	<ul style="list-style-type: none"> • En todos los casos, ofrecer tratamiento para la pareja y los contactos, señalar los riesgos de una reinfección. • En todos los casos positivos de ITS, ofrecer la prueba de sífilis y VIH • Promover la detección de otras ITS, como el Virus del Papiloma Humano (VPH) y Hepatitis B. • Promover el uso de condones masculinos o femeninos. • Ofrecer vacuna para el VPH y Hepatitis B, si es necesario
Poblaciones especiales	<ul style="list-style-type: none"> • En HSH y trabajadoras sexuales: ofrecer vacunación para hepatitis B, la detección del VPH, VIH y otras ITS. • Mujeres embarazadas: ofrecer la prueba de VIH y de Sífilis • Canalizar a los servicios de atención prenatal y planificación familiar • Personas usuarias de drogas inyectables y otras: ofrecer pruebas de hepatitis B, y vacunación, promover la detección de otras infecciones de transmisión sanguínea.

Fuente: Dr. Carlos Cruz y Dr. Ubaldo Ramos en Guía de Prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS dirigida a personal de Servicios de Salud, México, 2011

Tabla 7. Manejo inicial de la persona con sospecha de una ITS

Preguntas	Motivo de consulta	Persona con úlceras y secreción uretral	Mujeres
<ul style="list-style-type: none"> Nombre Edad Sexo (Mujer, hombre) Orientación sexual (señalada por el usuario) Identidad de género (señalada por el usuario) Estado civil Ocupación Escolaridad Lugar de origen y residencia actual Actividad laboral 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué molestia tiene? (úlceras, secreción uretral/vaginal, tumoraciones). ¿Cuándo iniciaron las molestias? ¿Dónde tiene la molestia? ¿Cuándo fue su última relación sexual sin protección? ¿Ha tenido sexo oral? ¿Ha sido tratado por alguna ITS? ¿Qué medicamentos ha utilizado? 	<p>Úlceras genitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Es única o tiene varias? ¿Son dolorosas? ¿Tiene dolor o hinchazón en la ingle? ¿Han aparecido más de una vez en el mismo lugar? <p>Secreción uretral:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuándo inició la secreción? ¿Se acompaña de dolor al orinar? ¿Tiene dolor en la ingle o más abajo? 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene flujo vaginal? ¿Hace cuánto tiene flujo? ¿Tiene dolor en la parte baja del abdomen? ¿Siente dolor al tener relaciones sexuales? ¿Ha visto alguna secreción en su pareja? ¿Notó algo anormal en su última menstruación? ¿Se le ha retrasado la menstruación? Hacer preguntas de gestas, paridad, hijos vivos, muertos, etc.

Fuente: Dr. Carlos Cruz y Dr. Ubaldo Ramos en Guía de Prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS dirigida a personal de Servicios de Salud, México, 2011

Antecedentes médicos	Tratamientos y alergias	Historia sexual
<ul style="list-style-type: none"> Antecedentes de ITS pasadas o presentes (secreción uretral/vaginal, úlceras genitales o tumoraciones). ¿Ha tenido alguna de ellas? ¿Cuál? ¿Fue tratada en esa oportunidad? ¿Completó el tratamiento indicado en esa ocasión? ¿Se curó? 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Es alérgico a algún medicamento? Si la respuesta es (si) ¿Cuál? ¿Alguna vez le dijeron que no debería tomar un medicamento? ¿Consume drogas y/o alcohol? 	<ul style="list-style-type: none"> ¿A qué edad inició su vida sexual? ¿Tiene pareja sexual actual? ¿Cuándo fue su última relación sexual? ¿Sus relaciones son con hombres, mujeres o ambos? ¿Utiliza condón en sus prácticas sexuales/orales? ¿Comparte juguetes sexuales? ¿Esa persona tiene síntomas de una ITS: flujo vaginal, uretral, granos o llagas o "bolitas", o verrugas etc.? ¿Ha tenido más de una pareja sexual? ¿Con cuántas personas ha tenido prácticas sexuales en los últimos 6 meses?

Fuente: Dr. Carlos Cruz y Dr. Ubaldo Ramos en Guía de Prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS dirigida a personal de Servicios de Salud, México, 2011

Tabla 8. Pasos para obtener mejor información sobre el historial clínico del paciente

Para obtener una mejor información sobre el historial clínico del paciente

- Generar un ambiente de **confianza**
- Ser **empático**
- Formular siempre sus preguntas con cortesía y respeto
- Solicitar el permiso de la persona antes de preguntar sobre su conducta sexual
- Respetar la forma y el estilo de vida de la persona. Se recomienda realizar sus preguntas sin prejuicios morales. No emitir juicio alguno de manera verbal o con expresiones corporales que denoten rechazo al comportamiento de la persona.
- Fortalecer la confianza para comprender y demostrar que se entiende la situación por la que está pasando.
- Explicar que la información proporcionada se maneja con confidencialidad.
- Utilizar palabras que la persona comprenda. Evite el uso de términos médicos que la persona no puede comprender.
- Contar con un glosario de términos, particularmente con personas de poblaciones que utilizan denominaciones y una jerga sexual.
- Evitar preguntas “guiadas” que esperen una confirmación por parte de la persona, permita que responda con sus propias palabras.
- Dar recomendaciones de acuerdo a la realidad y al contexto de cada persona.
- Proporcionar información clara, precisa y sencilla de las ITR/ITS en cuestión, motivando a la persona a regresar a las consultas subsecuentes.
- Informar que la(s) pareja(s) sexual(es) deben recibir tratamiento.
- Notificar la ITS en los formatos establecidos o vigentes.
- Indagar sobre otros problemas relacionados como son la presencia de violencia sexual, uso de alcohol u otras drogas o detección de VIH.
- Canalizar a la persona a otros servicios si es necesario.

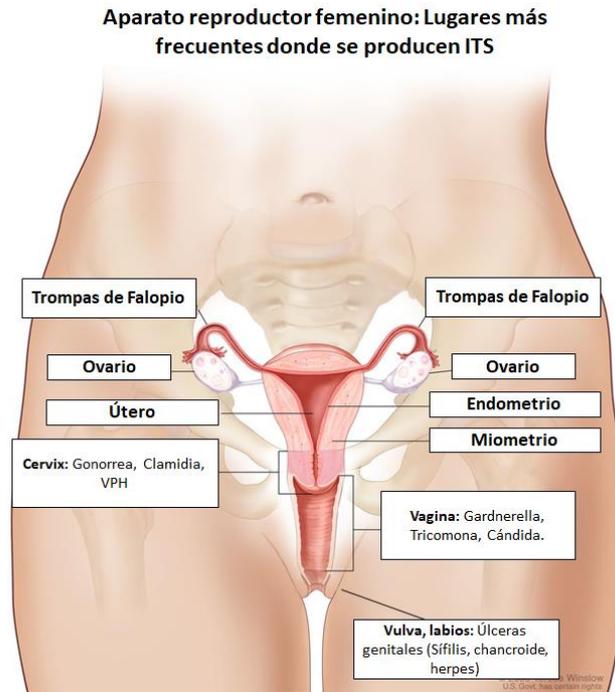
Fuente: Dr. Carlos Cruz y Dr. Ubaldo Ramos en Guía de Prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS dirigida a personal de Servicios de Salud, México, 2011

Tabla 9. Examen físico

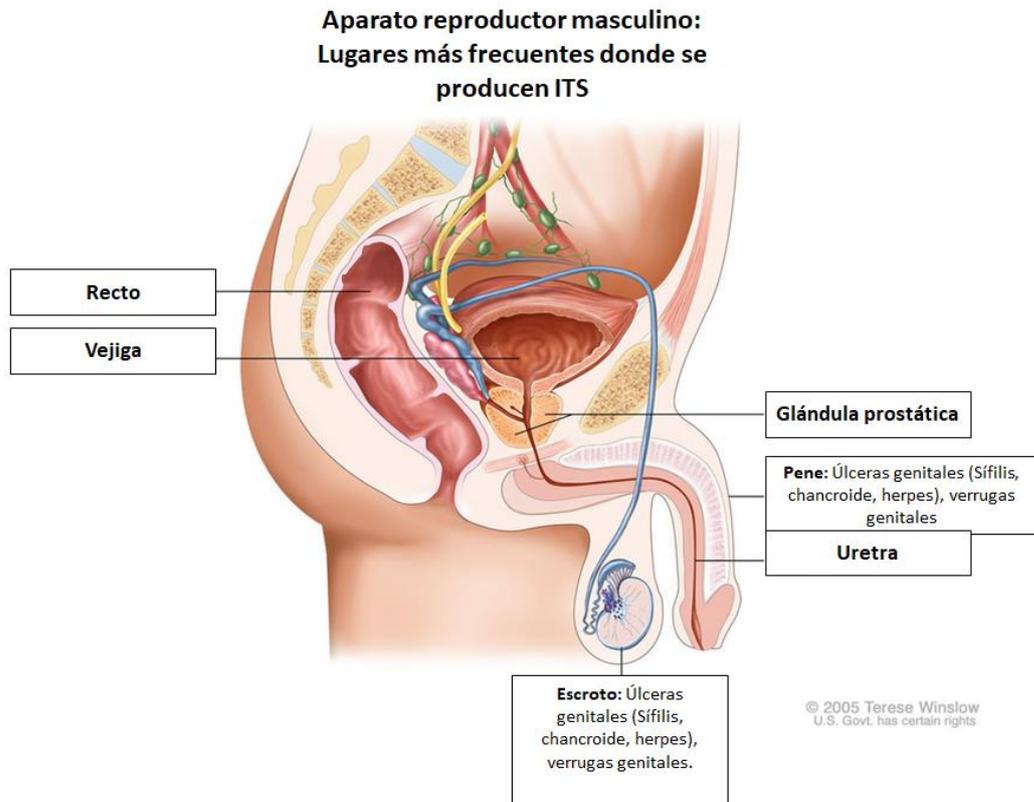
Examen físico	
Hombres 	Mujeres 
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar el procedimiento a realizar • Posición cómoda del paciente • Exploración del escroto y sus partes anatómicas (epidídimo, cordón espermático, y testículos), pene, ano y cavidad oral. • Búsqueda de adenopatía inguinal • Búsqueda de úlceras, secreción uretral, anal u oral, tumoraciones, condilomas o verrugas. • Para inspeccionar mejor la región inguinal y órganos genitales externos, el paciente deberá estar de pie, con las piernas separadas, y el clínico sentado. • Siempre que sea posible, efectuar el tacto rectal buscando tumoraciones y protuberancias, además de crecimiento prostático. • Revisión de la piel con énfasis en tronco, palmas de manos y plantas de pies, observación de exantemas, pápulas y manchas eritematoescamosas uniformes y con tendencia a la simetría y cavidad oral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar el procedimiento a realizar • Posición ginecológica cómoda. • Cubrir con una sábana y/o bata hasta nivel de las rodillas para obtener un mejor campo visual. • En el examen clínico, se deben observar las estructuras anatómicas (monte de Venus, labios mayores y menores, clítoris, himen, perineo) con la finalidad de identificar lesiones como úlceras, flujos, verrugas, tumoraciones que hagan sospechar de ITR/ITS. • Para la exploración con espéculo vaginal, si va a realizar toma de muestras, no lubricar el espéculo y revisar el canal vaginal, cérvix y fondo de saco. • Revisar la región anal buscando la presencia de secreción, úlceras y/o tumoraciones. • Revisión de la piel con énfasis en tronco, palmas de manos y plantas de pies, observación de exantemas, pápulas y manchas eritematoescamosas, uniformes y con tendencia a la simetría, cavidad oral y debajo de las mamas.

Fuente: Dr. Carlos Cruz y Dr. Ubaldo Ramos en Guía de Prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS dirigida a personal de Servicios de Salud, México, 2011

Figura 2. Lugares más frecuentes donde se presentan ITR/ITS



Fuente: Winslow, T. (2009). Female reproductive system [Ilustración]. Teresewinslow.com. <https://www.teresewinslow.com/#/urogenital/> (Traducido julio 2022)



Fuente: Winslow, T. (2005). Penile anatomy [Ilustración]. Teresewinslow.com. <https://www.teresewinslow.com/#/urogenital/> (Traducido julio 2022).

SECCIÓN II

7. MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS/ITR

El manejo sindrómico se utiliza en las patologías infecciosas que por su presentación clínica pueden agruparse para su manejo. En el caso de las ITS, ser portador de alguna supone un aumento considerable en el riesgo de la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), pues genera puertas de entrada para el mismo (úlceras, tejido inflamado, escoriaciones etc.)

Este abordaje permite hacer un diagnóstico oportuno y proporcionar un tratamiento en la primera visita, en caso de que la persona no regrese se asegura la curación clínica rompiendo la cadena de transmisión.

El principal objetivo es identificar estos síntomas y signos, y tratarlos acertadamente con ayuda del uso de un flujograma que permite ofrecer un solo tratamiento para todas las ITS/ITR que pueden causar un síndrome. Este abordaje se recomienda cuando no existan posibilidades de acceso al diagnóstico etiológico o se estima que la persona que consulta no vuelva a control.

Algunas de las ventajas que ofrece el Manejo Sindrómico frente a los otros enfoques son:

- Se centra en las ITS/ITR más comunes.
- Es adecuado para los entornos de atención primaria.
- Incluye el tratamiento de infecciones múltiples.

En el Manejo Sindrómico, el diálogo que se establece entre el personal de salud y el paciente, ayuda a estos últimos a completar su tratamiento y busca contribuir a que las personas se decidan a utilizar condones, a cambiar su comportamiento sexual de riesgo, e incluso convencerlas a que incluyan a su pareja o parejas en el tratamiento.

Nota: en versiones anteriores a esta actualización se consideraba la utilización de la estrategia de Terapia Pre-Empacada en el Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual. Dicha estrategia en la actualidad está descontinuada, puesto que no se considera costo-efectiva, y los medicamentos pueden estar disponibles en las unidades de atención primaria de forma individual.

7.1 Identificación de los Síndromes

Un Síndrome es un conjunto de síntomas reportados por la persona y de signos identificados durante la exploración física.

En la siguiente tabla se explican los signos y síntomas de los principales síndromes de ITS y sus posibles causas.¹⁴

¹⁴ Guía para el manejo sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), República Bolivariana de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud 2018.

Tabla 10. Manejo de las ITR/ITS por Síndrome

Síndrome	Síntomas	Signos	Causas más comunes (Etiología)
Flujo vaginal-vaginitis	<ul style="list-style-type: none"> • Dispareunia • Prurito • Ardor • Disuria • Olor fétido 	<ul style="list-style-type: none"> • Edema de vulva • Hiperemia de vulva • Flujo vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginitis bacteriana • Gardnerella • Tricomona • Cándida
Flujo vaginal-Cervicitis	<ul style="list-style-type: none"> • Dispareunia • Disuria • Asintomática 	<ul style="list-style-type: none"> • Flujo cervical • Edema • Eritema 	<ul style="list-style-type: none"> • Gonorrea • Clamidia • Herpes
Secreción uretral	<ul style="list-style-type: none"> • Prurito • Dolor • Polaquiuria • Disuria 	<ul style="list-style-type: none"> • Secreción uretral purulenta o mucoide 	<ul style="list-style-type: none"> • Gonorrea • Clamidia • Tricomona • Micoplasma • Ureaplasma
Úlcera genital	<ul style="list-style-type: none"> • Prurito • Dolor • Asintomático 	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera genital • Aumento de ganglios inguinales • Vesículas 	<ul style="list-style-type: none"> • Sífilis • Chancro blando • Herpes genital • Linfogranuloma venéreo • Granuloma inguinal
Dolor abdominal bajo	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor pélvico • Dispareunia 	<ul style="list-style-type: none"> • Flujo cervical • Dolor a la palpación abdominal • Dolor a movilización del cuello • Temperatura 37,5 °C 	<ul style="list-style-type: none"> • Gonorrea • Clamidia • Infección por anaerobios
Tumefacción escrotal	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor y tumefacción escrotal 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumefacción escrotal • Aumento de tamaño de los nódulos linfáticos inguinales • Fluctuación • Abscesos o fístulas 	<ul style="list-style-type: none"> • Gonorrea • Clamidia
Bubón inguinal	<ul style="list-style-type: none"> • Nódulos linfáticos inguinales dolorosos 	<ul style="list-style-type: none"> • Edema palpebral 	<ul style="list-style-type: none"> • Linfogranuloma venéreo • Chancroide
Conjuntivitis neonatal	<ul style="list-style-type: none"> • Tumefacción palpebral • Flujo • Bebé no puede abrir los ojos 	<ul style="list-style-type: none"> • Flujo purulento 	<ul style="list-style-type: none"> • Gonorrea y Clamidia

Fuente: Guía para el manejo sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), República Bolivariana de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud 2018.

8. SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL

Una úlcera genital se define como pérdida de la continuidad de la piel de los órganos sexuales. Puede ser dolorosa o indolora y con frecuencia ir acompañada de linfadenopatía regional, de base sucia o limpia de bordes lisos o cortados. Se manifiestan en órganos sexuales, anos y la boca principalmente.

Considerar las úlceras por traumatismo que pueden infectarse secundariamente.

Tabla 11. Diagnóstico diferencial de las úlceras

Patología	Agente causal	Tipo de lesión
Sífilis	Treponema pallidum	Únicas o múltiples (especialmente si hay compromiso inmunitario), limpias, indoloras, de bordes endurecidos y regulares, puede desaparecer en forma espontánea.
Chancroide	Haemophilus ducrey	Únicas o múltiples, dolorosas, de bordes blandos e irregulares, con secreción.
Herpes genital	Herpes simplex (I y II)	Lesiones vesiculares, agrupadas, dolorosas y una vez abiertas se transforman en úlceras que pueden sobreinfectarse.
Granuloma inguinal	Klebsiella granulomatis	Lesiones ulcerosas, progresivas e indoloras sin linfadenopatía regional. Las lesiones tienen una alta vascularización y pueden sangrar fácilmente al tacto.
Linfogranuloma venéreo	Chlamydia trachomatis	Se presenta como una úlcera no vesicular.

Fuente: Guía para el Manejo Sintomático de las ITS. Ministerio del Poder Popular Para la Salud. República Bolivariana de Venezuela, 2018

Tabla 12. Primera línea de tratamiento Sindrómico de la Úlcera genital

Esquemas de primera línea para manejo Sindrómico de Úlcera genital		
Enfermedad	Tratamiento	Dosis
Sífilis primaria	Penicilina benzatínica*	2.4 millones UI., IM., dosis única.
Chancroide	Azitromicina***	1 Gr., VO 2 dosis única.
Herpes	Aciclovir**	400 MG., VO c/ 8 hrs por 7 días.
<p>* En caso de alergia a penicilina y para otro tipo de Sífilis, ver esquemas correspondientes. ** Tratamiento supresivo recomendado a partir de las 36 semanas de gestación. *** Debido a la alta resistencia a la Ciprofloxacina, el tratamiento de elección para Chancroide es Azitromicina.</p>		

Fuentes: WHO Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (Syphilis), World Health Organization, 2016. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2021.

8.1 Síndrome de secreción uretral

La persona presenta molestias por secreción en la parte anterior de la uretra, la cual puede ir acompañada de disuria, tenesmo vesical, irritación en el glande/prepucio y comezón. La secreción uretral puede ser escasa o abundante, en un inicio puede ser de aspecto mucoso y luego tornarse en francamente purulento.

Existen tres formas clínicas de uretritis:

- Uretritis agudas: menor a un mes de evolución.
- Uretritis persistentes: que no mejora después de una semana de tratamiento.
- Uretritis recidivante o crónica: aparece en las seis semanas siguientes a la administración del tratamiento específico y sin factores de riesgo asociado (sexo oral, anal, etc.).

8.2 Uretritis gonocócica en el hombre

Se manifiesta con síntomas como ardor o disuria y dolor testicular, puede cursar de forma asintomática y se presentan signos como secreción purulenta a través de la uretra. La posibilidad de contagio al tener una relación sexual con una persona infectada es de 70%. Tiene un período de transmisibilidad hasta de 24 horas después del tratamiento.

Sus principales complicaciones son: orquitis, epididimitis y esterilidad.

8.3 Uretritis por clamidia en el hombre

Se presenta como una uretritis con secreción mucosa especialmente en la mañana, puede ser abundante o escasa y clara o transparente. Puede cursar de forma asintomática, o con síntomas como disuria y prurito.

Sus principales complicaciones son: epididimitis (principal causa en hombres sexualmente activos), prostatitis y esterilidad.

En mayores de 35 años los agentes causales de epididimitis son las bacterias cuneiformes y *Pseudomona aeruginosa*.

8.4 Diagnóstico diferencial

Espermatorrea, uretritis traumática/química, uretritis viral (herpes y verrugas intrauretrales) y/o neoplásicas.

Tabla 13. Esquemas para Secreción Uretral por Gonorrea y Clamidia

Esquemas para Secreción Uretral por Gonorrea y Clamidia		
Elección	Tratamiento	Dosis
Esquema I	Azitromicina ó Doxiciclina*	1 gr., VO., Dosis única 100 mg., VO., C/12 horas por 7 días.
Esquema II	Ceftriaxona + Azitromicina	250 mg., IM. Dosis única + 1 g VO., Dosis única
Nota: Administrar tratamiento combinado * No utilizar en embarazadas		

Fuentes: WHO Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (*Syphilis*), World Health Organization, 2016. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2021.

Tabla 14. Esquemas Alternativos para Secreción Uretral por Gonorrea y Clamidia

Esquemas alternativos para Secreción Uretral por Gonorrea y Clamidia		
Elección	Tratamiento	Dosis
Esquema I	Tetraciclina ó Eritromicina	500 mg., VO., C/ 6 hrs por 7 días 500 mg., VO., C/ 6 hrs por 7 días
Esquema II	Cefixima	400 mg., VO., Dosis única.

Fuentes: WHO Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (*Syphilis*), World Health Organization, 2016. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2021.

9. SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL: VAGINITIS/CERVICITIS

Existe un flujo vaginal normal (fisiológico) de cantidad variable, generalmente claro o blanquecino. Este flujo fisiológico presenta células epiteliales y flora normal donde predominan los lactobacillus. Ocurre durante y después de un acto sexual, antes y durante la ovulación, y durante el embarazo y la lactancia

Un cambio en la cantidad, consistencia, color u olor puede significar una infección y se presenta en las mujeres afectadas por una vaginitis (inflamación de la vagina), una cervicitis (inflamación del cuello del útero) o ambas.

Por lo general, la mayoría de las mujeres con este síndrome se quejan de manchas en su ropa interior, secreciones excesivas, cambios de color, consistencia, olor, ardor al orinar, dispareunia, enrojecimiento vulvar, inflamación genital y prurito.

9.1 Diagnóstico diferencial de las vulvovaginitis

Tabla 15. Diagnóstico Diferencial de las vulvovaginitis

	Normal	Candidiasis	Vaginosis por <i>Gardnerella vaginalis</i>	Trichomonas
Signos y síntomas	Ninguno o flujo transparente	<ul style="list-style-type: none"> Leucorrea blanquecina, densa, "aspecto de leche cortada". No maloliente. Prurito. Dispareunia. Disuria. 	<ul style="list-style-type: none"> Leucorrea blanco-grisácea, poco densa, homogénea, con olor a pescado (mayor poscoital por el depósito de líquido seminal alcalino). No dispareunia. 	<ul style="list-style-type: none"> Leucorrea verde amarillenta maloliente. Dispareunia. Disuria. Hemorragia poscoital.
Otras causas de flujo vaginal	<ul style="list-style-type: none"> Menopausia y bajos niveles de estrógeno, que pueden llevar a resequedad vaginal y otros síntomas (vaginitis atrófica). Cuerpo extraño olvidado, que puede causar un olor fétido. Químicos que se encuentran en detergentes, suavizantes de telas, aerosoles femeninos, ungüentos, cremas, duchas y espumas anticonceptivas o jaleas o cremas, que pueden causar irritación de la vagina o la piel alrededor de esta. Cáncer del cuello uterino, de la vagina, el útero o las trompas de Falopio. Afecciones cutáneas tales como vaginitis descamativa y Liquen Plano 			

Fuente: Guía para el Manejo Síndromico de las ITS. Ministerio del Poder Popular Para la Salud. República Bolivariana de Venezuela, 2018

9.2 Vaginitis

Infección vaginal que puede ser causada por uno o varios agentes etiológicos, siendo los gérmenes más frecuentes: *Trichomona vaginalis*, *Gardnerella vaginalis* y *Cándida albicans*.

9.3 Tricomoniasis

Es una infección de transmisión sexual caracterizada por flujo vaginal profuso, espumoso, olor desagradable, amarillo-verdoso, irritación, paredes vaginales eritematosas y punteado hemorrágico en cérvix. Puede presentarse de forma asintomática y las infecciones no tratadas pueden durar meses a años.

En los hombres pueden presentarse síntomas de uretritis, epididimitis o prostatitis.

En el embarazo puede producir parto prematuro, bajo peso al nacer.

9.4 Vaginosis bacteriana

Es un síndrome clínico polimicrobiano resultante de la sustitución de peróxido de hidrogeno normal a lactobacillus sp en la vagina por altas concentraciones de bacterias anaeróbicas, siendo la más frecuente *Gardnerella vaginalis*.

Factores predisponentes: está asociada al uso de dispositivo intrauterino, tener múltiples parejas sexuales y falta de uso del condón.

9.5 Vaginosis por Cándida

Es causada usualmente por un hongo diploide, *Cándida albicans*, pero puede producirse por otras especies de Cándida o levaduras.

Los síntomas típicos incluyen prurito, dolor vaginal, dispareunia, disuria externa y flujo vaginal anormal, aunque ninguno de estos síntomas es específico de VC.

9.6 Factores predisponentes

Alteración del pH, tratamientos prolongados con antibióticos de amplio espectro, personas susceptibles que tienen actividad sexual con personas infectadas, uso de espermaticida, embarazo, diabetes, anticonceptivos orales, uso de inmunosupresores y VIH/Sida.

9.7 Cándida recurrente

Generalmente se define como 4 o más episodios sintomáticos en un año.

Por lo regular no hay aparente predisposición, deben realizarse cultivos para confirmar el diagnóstico e identificar inusuales especies de Cándida.

10. CERVICITIS

La cervicitis se puede presentar de manera asintomática o manifestarse como un exudado purulento o mucopurulento visible en el canal endocervical y como un sangrado endocervical persistente, provocado fácilmente por el paso de un hisopo de algodón a través del orificio cervical.

Las etiologías más comunes son la *C. trachomatis* y la *N. gonorrhoeae*.

11. GONORREA EN MUJERES

La Gonorrea puede producir otros síndromes clínicos como Uretritis, Bartolinitis. Es altamente contagiosa y se estima un 70% la posibilidad de contagio al tener una relación sexual con una persona infectada.

Principales complicaciones

Salpingitis aguda, enfermedad pélvica inflamatoria aguda (EPIA) que puede producir daño tubárico, esterilidad y embarazo ectópico, gonococemia la cual se manifiesta usualmente por el síndrome dermatitis-artritis aguda. En ocasiones puede complicarse con hepatitis.

12. CLAMIDIA EN MUJERES

Suele producir flujo, disuria, cérvix eritematoso y friable.

Es causa de Bartolinitis, salpingitis, enfermedad pélvica inflamatoria, aguda, absceso tubo ovárico, esterilidad y perihepatitis (síndrome Kitz- Hugh Curtis).

En la mujer embarazada es causa de pérdida fetal repetida, parto prematuro, retraso de crecimiento intrauterino, endometritis postparto y perihepatitis.

Tabla 16. Esquemas de tratamiento síndrome de flujo vaginal

Esquemas para Síndrome de Flujo Vaginal			
	Elección	Tratamiento	Dosis
Vaginosis bacteriana o por Tricomoniasis vaginal	Esquema I	Metronidazol*	2 gr., VO., dosis única
	Esquema II	Tinidazol*	2 gr., VO., dosis única
Vaginitis (candidiasis)	Esquema I	Clotrimazol 2% crema vaginal	5 gr., intravaginal, diario por 5 días
	Esquema II	Fluconazol **	150 mg., VO., dosis única
Vaginitis y Cervicitis	Esquema I	Azitromicina ó Doxiciclina***	1 gr., VO., Dosis única 100 mg., VO., C/12 horas por 7 días.
	Esquema II	Ceftriaxona + Azitromicina	250 mg., IM. Dosis única + 1 g VO., Dosis única
Durante el embarazo	Durante el primer trimestre esta contraindicado. Solo puede utilizarse a partir del segundo trimestre	Metronidazol*	500 mg., VO., C/12 horas por 7 días.
<p>* Debe evitarse el consumo de alcohol en pacientes que toman metronidazol y tinidazol. No se recomienda el uso de metronidazol en el primer trimestre del embarazo.</p> <p>** Fluconazol V.O puede causar abortos espontáneos.</p> <p>*** Debe evitarse el uso de Doxiciclina en el embarazo y la lactancia.</p>			

Fuentes: WHO Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (Syphilis), World Health Organization, 2016.
Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2021.
Guía para el Manejo Sintómic de las ITS. Ministerio del Poder Popular Para la Salud. República Bolivariana de Venezuela, 2018

13. MANIFESTACIONES EXTRAGENITALES POR NEISSERIA GONORRHOEAE

13.1 Conjuntivitis gonocócica

Se presenta especialmente en recién nacido y adulto. Se sospecha por antecedentes de contacto con madres o parejas infectadas y que presentan secreción purulenta de ambos ojos.

Puede complicarse a blefaroconjuntivitis, uveítis y hasta pérdida del órgano afectado. El diagnóstico se hace por cultivo de la secreción.

Tabla 17. Esquemas de tratamiento para conjuntivitis gonocócica.

Esquemas de tratamiento para conjuntivitis gonocócica		
Elección	Tratamiento	Dosis
Esquema I	Ceftriaxona	1 gr., IM., dosis única.
Esquema alternativo	Cefixima	400 mg., VO., dosis única.

Fuente: Guía para el Manejo Sindrómico de las ITS. Ministerio del Poder Popular Para la Salud. República Bolivariana de Venezuela, 2018

13.2 Infección gonocócica diseminada

Aunque infrecuente, la *N. gonorrhoeae* puede causar una infección diseminada, la cual resulta en lesiones petequiales o pustulares en la piel, poliartralgia asimétrica, tenosinovitis, o artritis séptica.

Los factores de riesgo para la infección diseminada incluyen: sexo femenino, menstruación y embarazo.

13.3 Tratamiento

Hospitalización y ser tratados presuntivamente para *C. trachomatis*. Ceftriaxona 1 gr. IM., o IV., c/24 horas, después que inicie la mejoría continuar con cefixima 400 VO., dos veces al día hasta completar 1 semana.

13.4 Manejo Endocarditis y meningitis gonocócica

Ceftriaxona 1-2 g. IV., c/12 horas administrar de acuerdo a instrucciones durante 10 a 14 días, para endocarditis continuarse durante al menos 4 semanas.

13.5 Gonorrea faríngea

Es una de las formas extra genitales más frecuentes ligadas al contacto orogenital. Se manifiesta por dolor a la deglución, placa purulenta en faringe y amígdalas, en ocasiones se acompaña de proceso febril.

Frecuentemente son asintomáticos, no se recomienda el Gram, dado que existen *neisserias saprófitas* que pueden confundir el diagnóstico, la opción es cultivo.

13.6 Diagnóstico diferencial

Faringitis aguda, faringitis estreptocócica, Sarcoma de Kaposi, candidiasis oral, chancro faríngeo (*Treponema pallidum*), mononucleosis por virus de Epstein Barr o citomegalovirus.

Tabla 18. Esquemas de tratamiento para Gonorrea faríngea

Esquemas de tratamiento para Gonorrea faríngea		
Elección	Tratamiento	Dosis
Esquema I	Ceftriaxona	1 gr., IM., dosis única.
Esquema alternativo	Cefixima + Azitromicina	400 mg., VO., dosis única. 1 gr., VO., dosis única.

Fuente: Guía para el Manejo Sindrómico de las ITS. Ministerio del Poder Popular Para la Salud. República Bolivariana de Venezuela, 2018

14. SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL BAJO

La enfermedad inflamatoria pélvica es un síndrome clínico atribuido al ascenso de microorganismos por el tracto genital inferior, de forma espontánea o debido a la manipulación (DIU), comprometiendo endometrio, trompas, anexos y/o estructuras continuas.

Son causadas principalmente por: *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, bacterias anaeróbicas, (*Bacteroides spp* y cocos Grampositivos). También incluyen bacilos Gramnegativos facultativos y *Mycoplasma hominis*. Estudios recientes reportan que la proporción de casos de EIP atribuibles a *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis* está descendiendo y aproximadamente un 50% de las mujeres que han recibido un diagnóstico de EIP aguda, tienen un resultado positivo de una de esas dos entidades.

El dolor puede ser de inicio súbito e intenso, necesitando atención inmediata, o crónico considerándose como tal, cuando tiene al menos 6 meses de evolución.

Su diagnóstico es difícil debido a sus variadas manifestaciones clínicas.

Existe una proporción de 10-12% de las mujeres con EPI asintomáticas cuya primera manifestación puede ser infertilidad tubárica o embarazo ectópico.

El diagnóstico diferencial puede realizarse con dismenorrea, torsión anexial, aborto, embarazo ectópico, apendicitis, enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulosis, cistitis, pielonefritis y cólico renal.

14.1 Diagnóstico

El diagnóstico de EIP aguda puede resultar difícil debido a la considerable variación en los signos y síntomas asociados a esta condición. Las mujeres con EIP frecuentemente pueden cursar con síntomas sutiles no específicos o de forma asintomática.

Para facilitar el diagnóstico, se han señalado algunos criterios clínicos y de laboratorio.

14.2 Criterios clínicos

- Dolor y resistencia abdominal a nivel del área pélvica o bajo vientre.
- Dolor a la movilización del cuello uterino.
- Sensibilidad y resistencia a nivel anexial.
- Temperatura (oral) $>38.3^{\circ}\text{C}$.
- Descarga cérvico vaginal mucopurulenta.

14.3 Criterios de laboratorio

- Presencia de abundantes glóbulos blancos en microscopía de flujo vaginal.
- Aumento de la eritrosedimentación.
- Proteína C-reactiva positiva.
- Resultado de laboratorio que evidencie infección cervical con *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis*.
- Presencia de patógenos en la secreción, ya sea por Gram o cultivo de gonococo o gérmenes anaeróbicos (Vaginosis bacteriana).

Tabla 19. Esquemas de tratamiento para Síndrome de Dolor Abdominal Bajo

Esquemas para Síndrome de Dolor Abdominal Bajo	
Tratamiento	Dosis
Ceftriaxona + Doxiciclina* + Metronidazol*	250 mg., VO., Dosis única. 100 mg., VO., o EV C/12 hrs x 14 días 500 mg., VO., c/12 hrs x 14 días
Para embarazadas	Referir urgentemente a especialista
* Estos fármacos están contraindicados en embarazadas y durante la lactancia	

Fuente: Guía para el Manejo Sindrómico de las ITS. Ministerio del Poder Popular Para la Salud. República Bolivariana de Venezuela, 2018

SECCIÓN III

15. MANEJO ETIOLÓGICO DE LAS ITS

Es el abordaje que se hace a un grupo de ITS, que por sus características particulares no tienen un enfoque grupal sino etiológico o clínico.

En la presente guía se desarrollarán individualmente las siguientes ITS:

- 1- Sífilis
- 2- Herpes genital
- 3- Virus del Papiloma Humano
- 4- Hepatitis B
- 5- Hepatitis C
- 6- Linfogramuloma Venéreo
- 7- Granuloma Inguinal
- 8- Molusco contagioso
- 9- Infecciones por ectoparásitos

16. SÍFILIS

Sífilis es una ITS bacteriana causada por el *Treponema pallidum*, la cual resulta en una importante morbilidad y mortalidad. La OMS estima que 5.6 millones de nuevas infecciones ocurrieron entre adolescentes y adultos en edades entre 15-49 años alrededor del mundo en el año 2012.

La transmisión materno infantil puede darse en caso de que la infección a la madre no es detectada y tratada a tiempo en el embarazo y puede traer consecuencias devastadoras al feto.

16.1 Presentación clínica

La sífilis es transmitida a través del contacto sexual con lesiones infectadas de las membranas mucosas o abrasiones en la piel, vía transfusión sanguínea o transplacentaria de madre a hijo. Sin tratamiento, la infección puede durar años y dividirse en estadios.

Sífilis temprana, que consiste en sífilis primaria, sífilis secundaria y sífilis temprana latente y *Sífilis tardía* que consiste en sífilis tardía latente y sífilis terciaria.

- **Sífilis primaria**

Presencia de chancro o úlcera generalmente indolora en el sitio de inoculación, de bordes no despegados y fondo limpio, linfadenopatía regional. Tiene un período de incubación de 21 días. Si no es tratada, la infección progresa a su estadio secundario, de cuatro a ocho semanas luego de la aparición de la lesión primaria.

Este primer estadio se aborda en el Síndrome de úlcera genital.

- **Sífilis secundaria**

Lesiones cutáneo mucosas (máculas, pápulas, pústulas, alopecia, condilomas planos) sobre todo en tronco, cara, palmas y plantas.

Síntomas generales, linfadenopatías generalizadas, compromiso de SNC (sobre todo meningitis). Los signos y síntomas de la Sífilis secundaria se resuelven espontáneamente, incluso sin tratamiento; de no tratarse el paciente puede entrar a la fase latente.

- **Sífilis latente**

Sólo se detecta por pruebas de laboratorio.

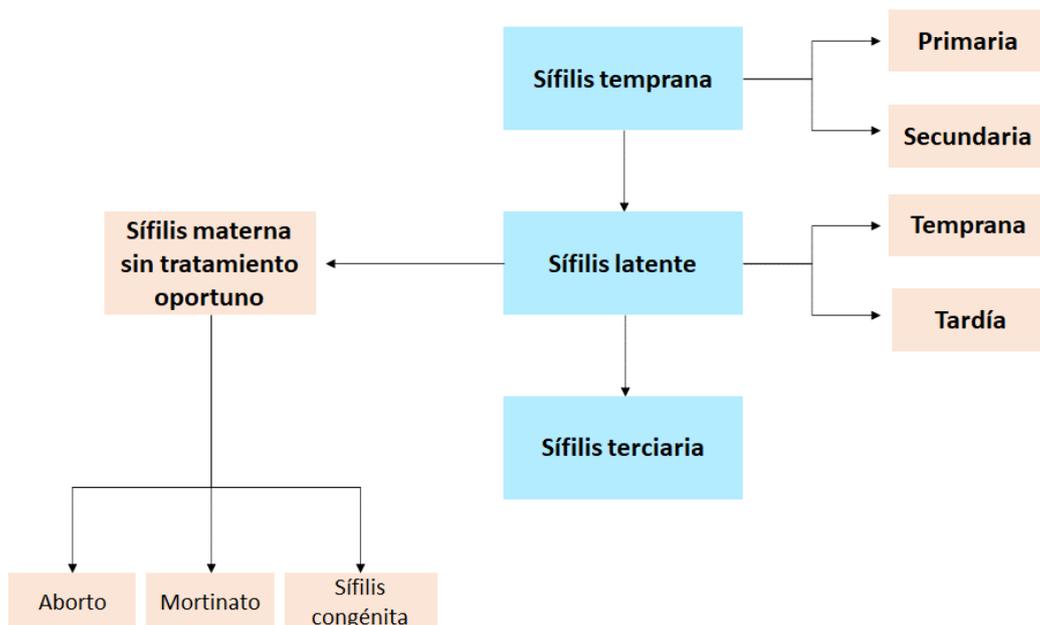
Temprana: menos de 2 años de evolución.

Tardía: mayor de 2 años de evolución.

- **Sífilis terciaria**

Compromiso cardiovascular (aortitis) Gomas (síndrome de masa ocupante) Neurosífilis: sífilis meningovascular, paresia, tabes dorsal y parálisis general periódica (PGB).

Estadios de la Sífilis



Fuente: *Guía Práctica Clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana 2013

16.2 Diagnóstico

El diagnóstico de sífilis se basa en la historia clínica del paciente, el examen físico y pruebas de laboratorio.

Microscopía de campo oscuro

Tiene alta sensibilidad y especificidad en la detección de treponemas en lesiones de sífilis temprana.

Disminuye su sensibilidad en lesiones anales y de la boca, por lo que se emplea la técnica de inmunofluorescencia directa en estas situaciones.

- **Pruebas no treponémicas (VDRL/RPR)**

VDRL / RPR cualitativas

Sugieren el diagnóstico de sífilis.

La cuantificación de los títulos de anticuerpos se correlaciona con la actividad de la infección por lo que además se utilizan para el seguimiento.

Un cambio de 4 veces en el título (el equivalente a 2 diluciones) es considerado necesario para demostrar una diferencia clínica.

- **Pruebas treponémicas: prueba rápida, FTA-ABS, MHATP (Micro hemoaglutinación)**

Certifican el diagnóstico ya que las pruebas no treponémicas pueden tener falsos positivos ante algunas situaciones como drogadicción endovenosa, enfermedades autoinmunes y falla en el desarrollo de la técnica.

Suelen persistir positivas de por vida.

- **Pruebas de diagnóstico rápido**

En la última década se han desarrollado pruebas de diagnóstico rápido para anticuerpos treponémicos en la infección por sífilis. Estas pruebas proveen el resultado de anticuerpos treponémicos en 10-15 minutos y pueden utilizarse en cualquier entorno ya que no requieren.

- **Estudio del LCR**

Puede mostrar moderada pleocitosis con predominio linfocitario, elevación de las proteínas. La positividad del VDRL cualitativo en el LCR hace diagnóstico de neurosífilis.

Su negatividad no la descarta. Los pacientes VIH positivos tienen una mayor incidencia de falsos positivos y negativos.

FTA – ABS no se utiliza habitualmente. Falsos positivos.

Indicaciones de punción lumbar

- Signos o síntomas de compromiso del SNC u ocular.
- Fallas de tratamiento.
- Pacientes que deben tratarse con terapias alternativas a la penicilina, al menos que la duración de la infección sea < de 1 año.
- Evidencias de sífilis tardía activa (goma, aortitis, iritis).
- Títulos \geq a 1:32 de VDRL al menos que la duración de la infección conocida sea menor de 1 año.

16.3 Tratamiento

- **Primaria, secundaria y latente < 1 año**

Huésped normal y Persona Viviendo con VIH (PVV)

Penicilina G. benzatínica 2.4 millones de unidades IM., dosis única.

Alergia a la penicilina

Doxiciclina 100 mg., 2 veces/día, VO., por 14 días

o

Tetraciclina 500 mg., 4 veces/día, VO., por 14 días

o

Ceftriaxona 1g. x día IM., x 8 a 10 días

- **Latente > 1 año, desconocida o terciaria**

Huésped normal

Penicilina G. benzatínica 7.2 millones de unidades totales IM.

(2.4 millones de unidades por semana, durante 3 semanas)

Alergia a la penicilina

Doxiciclina 100 mg., 2 veces / día, VO., durante 4 semanas

o

Tetraciclina 500 mg., 4 veces / día, VO., durante 4 semanas

- **PVV**

Se debe descartar Neurosífilis previo a instaurar tratamiento. Si se descartó Neurosífilis el tratamiento es igual al del huésped normal.

Penicilina G. benzatínica 7 millones de unidades totales IM (2.4 millones de unidades por semana, durante 3 semanas).

- **Embarazadas independientemente de su estadio**

Desensibilizar si son alérgicas a penicilina.

En caso contrario y cuando no se tenga penicilina disponible tratar con:

Eritromicina 500 mg., c/ 6 h. x 14 días

o

Ceftriaxona 1 gr IM una vez al día por 10-14 días

o

Azitromicina 2gr, VO, dosis única.

- **Neurosífilis**

Penicilina G. acuosa cristalina 3-4 millones de unidades cada 4 hrs. por 10-14 días.

Alternativa: Ceftriaxona 1 gr IM, cada 24 hrs. por 14 días.

o

Penicilina procaínica G 2.4 millones de unidades IM., una vez al día

+

Probenecida 500 mg VO, cada 6 hrs, ambos por 10-14 días.

- **PVV**

Igual que huésped normal.

Embarazadas

Desensibilizar si es alérgica a penicilina.

16.4 Reacción Jarish- Herxheimer

Reacción febril que pueden presentar algunas pacientes horas después del tratamiento con penicilina en las primeras etapas de la Sífilis.

Se cree lo provoca la liberación en la circulación del material de las espiroquetas.

Los síntomas incluyen:

- Fiebre
- Malestar general
- Escalofríos
- Artralgia generalizada
- Dolor de cabeza
- Mialgia generalizada
- Náuseas

Estos síntomas por lo general desaparecen en 24 horas.

Hay exacerbación de las lesiones cutáneas.

17. SEGUIMIENTO CLÍNICO Y VDRL

- ✓ **Sífilis primaria y secundaria:** 6 y 12 meses (a los 3 meses sólo si se sospecha falta de adherencia a tratamiento).
- ✓ **Sífilis latente:** 6, 12 y 24 meses.
- ✓ **Paciente VIH:** 3, 6, 9, 12 y 24 meses.
- ✓ **Neurosífilis:** 6, 12 y 24 meses.
- ✓ **LCR:** c/6 meses hasta los 2 años.

Hacer prueba VIH, si es negativo y tiene conducta de riesgo, repetir a los 3 meses. Si la prueba es positiva, referir al servicio de atención integral.

18. RETRATAMIENTO

En caso de persistencia o recurrencia de los síntomas y signos.

Incremento de 4 veces en los títulos de VDRL.

No descenso de 4 veces en los títulos de VDRL.

19. MANEJO DE LOS CONTACTOS

- ✓ **Contacto con Sífilis temprana:** Deben tratarse todos los contactos sexuales con el caso índice \leq a 90 días.
- ✓ Deben hacerse la prueba a todos los contactos con el caso índice \geq a 90 días.
- ✓ **Contacto con Sífilis de duración desconocida:** con títulos 1:32 tratar como sífilis temprana.
- ✓ **Contacto con sífilis tardía:** hacer prueba.

20. TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL

La transmisión materno infantil, transmisión perinatal o transmisión vertical, es el paso de cualquier microorganismo de la madre al niño relacionado al embarazo, parto o puerperio.

Existen muchas infecciones que se pueden transmitir por transmisión materno infantil.

20.1 Sífilis Materna

Cuando una gestante adquiere sífilis durante el embarazo, dos tercios terminan en aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro, recién nacido con síntomas o signos de sífilis congénita o un recién nacido asintomático, y que más adelante presentará manifestaciones de la infección.

La sífilis es una de las causas principales de morbi-mortalidad perinatal en muchas partes del mundo, a pesar de la tecnología ampliamente disponible y a un precio aceptable para diagnosticar y tratar la infección en mujeres embarazadas.

La tasa de transmisión de sífilis de madre a hijo está relacionada con la fase de la infección, siendo durante el primer año de infección y sin tratamiento de aproximadamente un 90%, con un 40% de abortos o mortinatos, disminuyendo lentamente en etapas más avanzadas de la infección materna.

El pronóstico de los niños infectados por sífilis durante la vida intrauterina no está bien establecido, pero se ha estimado una tasa de eventos negativos del 50 al 80%, que incluyen aborto, feto muerto, bajo peso al nacer, prematuridad o infección neonatal.

La prueba serológica para sífilis debe hacerse a todas las embarazadas en la primera visita prenatal, lo más temprano posible en el embarazo; se debe repetir durante el tercer trimestre y al momento del parto o puerperio previo al alta.

El diagnóstico de sífilis en etapas avanzadas del embarazo no previene la sífilis congénita, pero permite el diagnóstico y tratamiento temprano del recién nacido.

Las mujeres que han tenido un aborto espontáneo u óbito se deben realizar exámenes para sífilis.

Si la embarazada presenta riesgo de exposición pueden solicitarse más controles.

Para conseguir diagnósticos más oportunos se realizará el tamizaje con pruebas rápidas treponémicas.

La identificación y el tratamiento oportuno de la sífilis favorecen que los embarazos sean a término.

Si la embarazada presenta serología positiva se debe tratar también a la pareja utilizando el mismo esquema terapéutico.

Hombres y mujeres (no embarazadas) con diagnósticos de Síndrome de Úlcera Genital deben tratarse de forma sindrómica para sífilis y chancro blando.

20.2 Definición de caso

Para fines de la presente guía, se considera como caso de Sífilis materna a:

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

20.3 Tratamiento de Sífilis materna

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

El tratamiento de la embarazada debe iniciarse de inmediato al momento de obtenerse una prueba de tamizaje positiva y en el mismo lugar de la atención.

A todas las embarazadas se les realizará prueba de sífilis en la primera visita prenatal con entrega de resultado el mismo día, utilizando prueba treponémica rápida.

Todas las positivas deberán recibir tratamiento con penicilina y realizarle prueba serológica utilizando prueba no treponémica cuantitativa (VDRL/RPR) para el seguimiento al tratamiento y realizando controles cada 3 meses.

Un aumento de los títulos igual o superior a 4 veces, constituye indicación de nuevo tratamiento al considerarse fracaso terapéutico, reinfección o neurosífilis.

Ante la dificultad en diferenciar con exactitud entre sífilis primaria, secundaria, latente temprana y latente tardía, nuestro país ha decidido considerar todos los casos de embarazadas con serología positiva como sífilis latente tardía; por lo que se le debe administrar un total de:

Penicilina Benzatínica G, 2.4 millones de unidades por semana, durante tres (3) semanas consecutivas, vía intramuscular. (Dosis total 7.2 millones de unidades).

La administración del tratamiento debe ser supervisada y registrarse en la historia clínica.

Si no se encuentra evidencia en la historia clínica sobre su administración, el recién nacido debe ser considerado un caso de Sífilis congénita y recibir tratamiento como tal.

Regímenes alternativos para gestantes alérgicas a la penicilina

Para los casos de alergia a la penicilina, en donde sea posible, se recomienda la desensibilización oral (Ver tabla 20).

En caso de no poder utilizar penicilina, no se dispone de alternativas efectivas de tratamiento para prevenir Sífilis congénita.

Sífilis temprana

Eritromicina, 500 mg. c/6 horas durante 14 días, que puede no ser suficiente para la madre.

La doxiciclina no debe utilizarse en pacientes embarazadas por posibilidad de absorción por parte del producto.

El tratamiento de la embarazada con eritromicina es absolutamente ineficaz para tratar al feto, por lo que se le debe administrar penicilina al niño según esquema recomendado (ver tratamiento de la sífilis congénita).

Sífilis terciaria, latente tardía y evolución desconocida

Eritromicina 500 mg., vía oral, c/6 horas durante 30 días.

20.4 Desensibilización a la penicilina

Las reacciones anafilácticas a la penicilina son muy poco frecuentes, representando un 0,2% de cada 10,000 tratamiento, con una mortalidad de 0,001% en 100.000 casos.

Los individuos con antecedentes de una reacción anterior a la penicilina tienen un riesgo de cuatro a seis veces mayor de sufrir reacciones posteriores que aquellos pacientes sin historia previa.

Sin embargo, las reacciones más severas y fatales se producen en quienes no han sufrido nunca una reacción alérgica.

Este procedimiento se encuentra indicado en todas aquellas circunstancias en las cuales no sea posible la utilización de otros agentes que sustituyen a la penicilina como en el caso de neurosífilis o sífilis durante el embarazo.

La fenoximetilpenicilina, comúnmente llamada penicilina V, es la única penicilina activa por vía oral. Tiene una actividad menor que la bencilpenicilina, por lo que se administra cuando no se requiere alcanzar concentraciones elevadas en los tejidos.

El intervalo entre las dosis es de 15 minutos, tiempo transcurrido, 3 horas y 45 minutos, dosis acumulada 1.3 ML.

La cantidad específica de penicilina se diluye en aproximadamente 30 ml. de agua y después se administra oralmente.

Período de observación, 30 minutos antes de la administración parenteral de penicilina.

Tabla 19. Protocolo desensibilización penicilina
Protocolo de desensibilización oral (de Mendel)

Dosis	Suspensión de Penicilina V	Cantidad		Dosis acumulada
		Unidades / MI	MI	Unidades
1	1,000	0,1	100	100
2	1,000	0,2	200	300
3	1,000	0,4	400	700
4	1,000	0,8	800	1,500
5	1,000	1,6	1,600	3,100
6	1,000	3,2	3,200	6,300
7	1,000	6,4	6,400	12,700
8	10,000	1,2	12,000	24,700
9	10,000	2,4	24,000	48,700
10	10,000	4,8	48,000	56,700
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

Fuente: Normas y procedimientos nacionales para la Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. República Dominicana. 2008.

20.5 Sífilis congénita

La transmisión materno infantil de sífilis puede ocurrir en casos de que la gestante tenga sífilis. Esta usualmente tiene consecuencias devastadoras para el feto en casos donde la infección materna no sea detectada y tratada lo suficientemente temprano durante el embarazo.

20.6 Definición de caso

Se define como caso de sífilis congénita a todo niño con:

- Evidencia clínica de Sífilis congénita.
- Asintomáticos pero cuya madre no recibió un tratamiento adecuado para la sífilis materna.
- Asintomático y cuya madre fue tratada adecuadamente para sífilis materna pero que presenta títulos de VDRL o RPR 4 veces superiores a los de la madre.
- Asintomático y cuya madre fue tratada adecuadamente pero no se dispone de títulos cuantificados para comparar con la madre.

20.7 Cuadro clínico

- Lesiones mucocutáneas: pénfigo ampollar palmo plantar con descamación y formación de colgajos.
- Epidérmicos: lesiones maculo papulosas (sífilides) que pueden ulcerarse en las zonas periorificiales.
- Lesiones ulcerosas: mucosa nasal-coriza sífilítica-, onixis, perionixis y alopecia.
- Lesiones óseas: osteomielitis, periostitis y osteocondritis; estas lesiones pueden expresarse con impotencia funcional del miembro afectado (pseudoparálisis de Parrot).
- Compromiso sistémico: hepatoesplenomegalia, hepatitis neonatal, síndrome nefrítico o nefrítico, neumonitis, anemia.
- Compromiso de SNC: meningoencefalitis con aumento de células o proteínas en el LCR.

NOTA: los hijos de madres con sífilis que no recibieron tratamiento adecuado y oportuno serán considerados casos de sífilis congénita hasta que se demuestre lo contrario.

Los anticuerpos IgG atraviesan la placenta, por lo que las pruebas treponémicas y no treponémicas pueden ser positivas en caso de sífilis materna.

En estos casos se recomienda realizar una determinación simultánea de VDRL o RPR en la madre y al niño (Sin utilizar sangre del cordón por el riesgo de contaminación con sangre materna).

Considerar positivos a los niños con títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre (por ejemplo, título de 1:8 en la madre y 1:32 en el niño) aunque debemos recordar que títulos menores no descartan en forma absoluta sífilis congénita.

20.8 Tratamiento

Penicilina Cristalina G. acuosa 50,000 Unidades/Kg. IV., cada 12 horas durante los primeros 7 días de vida y continuando con 50,000 Unidades/Kg., cada 8 horas hasta completar 10-14 días.

En los niños que presentan manifestaciones neurológicas el tratamiento debe mantenerse siempre durante 14 días. Si se ha descartado la neurosífilis, puede considerarse el tratamiento alternativo.

Alternativo

Penicilina procaínica IM., a dosis de 50,000 unidades/Kg. IM., en dosis única diaria durante 10-14 días

Los niños asintomáticos, que nacen de madres con sífilis tratada en forma adecuada y cuyos títulos de VDRL o RPR son similares o inferiores a los de la madre se recomienda: Penicilina benzatínica de 50,000 unidades/Kg. IM. de peso, dosis única independientemente del tratamiento recibido por la madre y sin necesidad de realizar pruebas adicionales.

20.9 Mortinato relacionado a Sífilis

Su descripción clínica corresponde a toda muerte fetal que ocurra después de 20 semanas de gestación o que el feto pese más de 500 gr., y la madre no ha sido tratada o inadecuadamente tratada por Sífilis. Tratamiento inadecuado es cualquier terapia diferente a la penicilina.

20.10 Seguimiento

A todo hijo de madre con sífilis deberá realizársele un seguimiento estricto que incluya:

- Examen físico completo buscando manifestaciones clínicas de sífilis.
- Pruebas serológicas no treponémicas cuantitativas para sífilis.
- Examen de campo oscuro de secreciones, si aplica.
- Punción lumbar para evaluar LCR con VDRL, citológico, fisicoquímico, si aplica.
- Si no es posible el examen del LCR y hay afectación neurológica debe tratarse como neurosífilis.
- Radiografía de huesos largos.
- Estudio anatomopatológico de la placenta.
- Rx de tórax.
- Orina completa, hemograma, recuento de plaquetas, hepatograma.
- Valoración visual y auditiva.
- Realizar otros estudios o referir al niño a un nivel con mayor resolución.

Los recién nacidos seropositivos sintomáticos deben ser evaluados a los 1, 2, 3, 6, y 12 meses de vida.

Los recién nacidos seropositivos asintomáticos deben ser evaluados con VDRL a los 3 meses y si son positivos se debe repetir a los 6 y 12 meses de vida.

Los niños con VDRL positivo en el líquido cefalorraquídeo (LCR) deben ser evaluados cada 6 meses hasta los 2 años de edad y el VDRL debe ser negativo.

Si el VDRL en el LCR permanece positivo a los 2 años o el recuento celular es anormal debe repetirse el tratamiento.

En recién nacidos sin infección por sífilis los anticuerpos deben disminuir y desaparecer entre los 6 y 12 meses de vida.

21. PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS ITS EN EL RECIÉN NACIDO

21.1 Conjuntivitis neonatal por Clamidia

La *Chlamydia trachomatis* puede causar conjuntivitis de inclusión e infecciones genitales (clamidiosis). Una mujer que tenga clamidiosis sin tratar puede transmitirle estas bacterias al infante durante el parto.

Se presenta a partir del 5to. a los 21 días de vida y en ocasiones se puede manifestar en las primeras 24 horas por congestión, edema y secreción conjuntival amarillenta mínimas. Es la más frecuente.

- **Tratamiento**

El tratamiento sistémico es de elección, porque por lo menos la mitad de los recién nacidos también presentan infección nasofaríngea, y algunos, neumonía por clamidia, se recomienda eritromicina por vía oral 50 mg/kg/día c/6 horas por 14 días. Este tratamiento elimina la infección en casi el 80% de los casos.

Otros macrólidos que se podrían utilizar es la azitromicina VO 20 mg/kg/día en 1 dosis durante 3 días o claritromicina VO 15 mg/kg/día en 2 dosis durante 14 días, aunque se disponen de pocos estudios sobre su uso en neonatos.

21.2 Conjuntivitis Gonocócica

Suele ser un cuadro bilateral que se presenta entre el 2.º al 5.º día de vida. Se caracteriza por una secreción serohemática inicial, que posteriormente es purulenta, puede haber rinorrea, y lesiones dérmicas. Puede producir perforación del globo ocular y ceguera.

- **Tratamiento**

Infección localizada: el tratamiento indicado es cefotaxima intravenosa (IV) 100 mg/kg en dosis única o ceftriaxona intramuscular (IM) o IV 25-50 mg/kg en dosis única (dosis máxima 125 mg). El uso de ceftriaxona está contraindicado en aquellos pacientes con hiperbilirrubinemia, especialmente en prematuros. En estos casos se administrará cefotaxima.

Infección diseminada: cefotaxima IV 100 mg/kg/día en 2 dosis durante 7 días o, si existe afectación meníngea, 10-14 días. En ambas situaciones se debe irrigar con suero fisiológico cada 10-30 minutos y espaciar de forma gradual hasta a intervalos de 2 horas hasta que desaparezca la secreción purulenta. No se recomienda tratamiento antibiótico tópico.

- **Seguimiento**

Deben ser hospitalizados y evaluados.

Se debe Investigar gonorrea y clamidia en la madre y sus parejas sexuales.

- **Profilaxis para la oftalmía neonatal**

Eritromicina 0.5%, pomada oftálmica en tubo de uso único aplicar en cada ojo.

El diagnóstico y tratamiento de las infecciones por gonorrea y Clamidia en embarazadas es el mejor método de prevención de las oftalmias.

22. INFECCIONES RESPIRATORIAS POR NEISSERIA GONORRHOEAE EN RECIÉN NACIDOS

La *Neisseria gonorrhoeae* es capaz de infectar una amplia gama de mucosa que contienen epitelio columnar no escamoso.

El recién nacido se infecta al pasar el conducto del parto de una madre con infección gonocócica cervical, y en niños mayores es frecuente que se trate por abuso sexual, y en adolescentes por contacto buco genital.

- **Cuadro Clínico**

La tasa de infección gonocócica en el neonato refleja la prevalencia de infecciones entre mujeres embarazadas, y se originan por el contacto con secreciones de mucosas infectadas, lo que puede causar, aparte de oftalmía neonatal, infección nasal y óptica externa.

La colonización gonocócica de la orofaringe o líquido gástrico es relativamente frecuente en lactantes expuesto en forma perinatal

- **Diagnóstico**

La tinción de Gram de muestra faríngea no es suficiente para detectar la infección.

Los cultivos faríngeos para *N. gonorrhoeae* debe ser considerados, obteniendo una sensibilidad en el cultivo es de 70 a 90%.

- **Tratamiento**

Los antimicrobianos recomendados de primera línea en el tratamiento de la infección gonocócica son la cefalosporina de amplio espectro.

Ceftriaxona 50 mg/kg. IM., dosis única.

23. NEUMONÍA POR CLAMIDIA TRACHOMATIS EN RECIÉN NACIDOS

La clamidia ocasiona infección a través de las secreciones de las vías aéreas (persona a persona) y en los genitales de la madre.

En los neonatos, por contaminación directa al pasar por el conducto vaginal ocasionado conjuntivitis y neumonitis.

Un 50 a 70 % de los neonatos contaminados puede aislarse de la nasofaringe, recto, ojos y vagina.

La mayoría puede estar asintomática durante 4 a 5 años.

- **Cuadro clínico**

Los neonatos y lactantes menores presentan tos, rinorrea, dificultad para respirar, taquipnea, congestión, no fiebre, se escuchan estertores finos.

En casos graves se acompañan de fiebre, con imagen radiológica de neumonitis, y la citología hemática muestra eosinofilia.

- **Diagnóstico**

Por aislamiento de la clamidia mediante hisopado de la secreción nasofaríngea, traqueobronquial, ocular etc. Un cultivo positivo se confirma por reacción en cadena de polimerasa positiva (PCR).

La investigación serológica ha sido fundamental para diagnosticar infección por *C. pneumoniae*. La microscopía de anticuerpos inmunofluorescentes es la prueba serológica más sensible y específica de infección aguda.

- **Tratamiento**

En lactantes y niños menores de 8 años, Eritromicina 50% mg/kg/24 h. c/6 horas durante 14 días.

La eritromicina 15 mg/kg/24h., fraccionado en 2 dosis por 21 días. g/kg. cada 12 h.

24. INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS

El citomegalovirus (CMV) humano es específico y se cree que el ser humano es su único reservorio natural.

La transmisión ocurre de persona a persona de manera directa e indirecta. El virus se puede encontrar en las secreciones bucofaríngea, cervicales, vaginales, en el semen, orina, evacuaciones, leche materna, lágrimas y sangre.

En el recién nacido, el citomegalovirus se puede adquirir como resultado de la transmisión de madre a hijo a través de la placenta durante la gestación, contacto con el virus durante el nacimiento, en el canal del parto, posnatal, a través de la leche materna, transfusiones con sangre contaminada.

Una vez que una persona se infecta, el CMV permanece dentro la persona, generalmente en un estado de reposo o inactivo (latente), y se pueden activar de manera no continua y aparecer en las secreciones de esa persona. El virus se puede reactivar y ocasionar enfermedades si el sistema inmunitario esta debilitado.

- **Cuadro clínico**

El citomegalovirus es la causa más frecuente de infección viral congénita en el ser humano y ocurre en casi 1% de los recién nacidos vivos. un 90% de los recién nacidos con infección congénita son asintomáticos al nacimiento y solo 10% son sintomáticos, 5% de los cuales tiene enfermedad clásica o típica y 5% presenta una infección atípica.

Las infecciones clínicamente evidentes se caracterizan por infección multiorgánica en particular de los sistemas reticuloendotelial y nervioso central.

Las alteraciones que se encuentran con mayor frecuencia son ictericia, petequias, hepatoesplenomegalia, y microcefalia; son menos comunes la coreo retinitis, con o sin atrofia óptica y la hernia inguinal.

La neumonitis se presenta en menos del 2% de los casos.

La mortalidad en los niños más afectados es del 30% y puede ocurrir en la etapa neonatal o meses después.

- **Diagnóstico**

El diagnóstico de infección por CMV debe confirmarse mediante el cultivo del virus o la identificación del genoma viral mediante PCR en una muestra de orina recogida a partir de las 2 semanas de vida. También es diagnóstica una PCR positiva en sangre, saliva o líquido cefalorraquídeo o la positividad de anticuerpos IgM, aunque su sensibilidad es inferior a la de la orina. Para diferenciar entre infección congénita y adquirida debe tenerse en cuenta el momento de la detección.

- **Resultados de laboratorio**

Trombocitopenia (< 100,000 plaquetas/mm), linfocitosis atípica, altos niveles séricos de transaminasa e hiperbilirrubinemia.

- **Tratamiento**

Ganciclovir a dosis de 12 mg/kg/día IV cada 12 hrs. por 14 días.

En la mayoría de niños, no hay necesidad de recibir ningún tratamiento específico para las infecciones de CMV. Sin embargo, las infecciones serias en niños con sistemas inmunitarios debilitados, como aquellos con infección de VIH o un trasplante de órganos,

se puede tratar con una medicina denominada ganciclovir. Los estudios se han realizado para ver si es posible que el tratamiento de recién nacidos con infecciones de CMV sea útil.

25. HERPES GENITAL

- **Agente Etiológico**

Virus del herpes simple (VHS) tipo 1 Y 2.

Período de incubación de 2 a 10 días.

Entre el 20 y el 60% de los adultos sexualmente activos tiene anticuerpos contra VHS-2.

Está relacionado al cáncer de cérvix.

- **Síntomas**

Ardor, quemazón, dolor, disuria y prurito.

- **Signos**

A nivel de piel y mucosas sobre una base eritematosa, se ubican las lesiones pequeñas características: vesículas, pústulas y úlceras dolorosas, supuración vaginal y/o uretral, cervicitis mucopurulenta, adenopatía inguinal.

En la mujer el cérvix y la uretra, están comprometidas en más del 80% en la primoinfección herpética.

En las infecciones recurrentes hay menos compromiso sistémico.

Las recurrencias dentro de los 12 primeros meses de la primoinfección son del 90% en el caso del HSV-1 y del 55% en el HSV-2.

Ambos virus pueden causar infecciones rectales y peri-rectales, sintomáticas y asintomáticas; la proctitis herpética es frecuente entre la población homosexual.

La ubicación de las lesiones está en cualquier lugar de la piel, localizadas y generalizadas, orales, genitales y perirectales.

En el caso de pacientes VIH +, la cronicidad y severidad de las lesiones es inversamente proporcional al número de CD4.

- **Procedimientos diagnósticos**

El test ELISA y la carga viral por PCR detectan virus herpes 1 y 2; raspar la lesión. Sensibilidad 80%.

- **Cultivo**

Citología (frotis de Tzank, Pap, tinción de Wright) raspar la lesión. Sensibilidad 60%.
Biopsia, para anatomía patológica.

- **Tratamiento**

Primer episodio

Aciclovir, 400 mg., 3 v/ día VO

o

Aciclovir 200 mg., 5 v/día VO

Alternativa: Valaciclovir 1gr. 2 v/d VO

La duración del tx es de 7-10 días. Prolongarlo, si a los 10 días no hay cicatrización.

Tabla 20. Tratamiento para Herpes genital recurrente

Tratamiento para Herpes genital recurrente	
Tratamiento	Dosis
Acyclovir 800 mg VO	2 veces al día por 5 días ó
Acyclovir 800 mg VO	3 veces al día por 2 días ó
Famciclovir 1 gr VO	2 veces al día por 1 día ó
Famciclovir 500 mg VO	una vez, seguido de 250 mg 2 veces al día por 2 días ó
Famciclovir 125 mg VO	2 veces al día por 5 días ó
Valacyclovir 500 mg VO	2 veces al día por 3 días ó
Valacyclovir 1 gr VO	una vez al día por 5 días.

Fuente: Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2021.

Los pacientes se benefician con el tx si lo inician con los pródromos o dentro del 1er. día de aparición de las lesiones.

Formas severas o refractarias

Aciclovir IV, 15 mg/kg. /día

o

Aciclovir 800 mg. VO, 5 veces por día, mínimo 7 días

Alternativa

Foscarnet 40 mg/kg. IV, c/8 hrs. o 60 mg/kg. c/12 hrs., durante 10 días.

Supresivo

Aciclovir 400 mg., vía oral 2 a 3 v/día. como tratamiento permanente

Alternativa

Valaciclovir 500 mg. a 1 gr., vía oral una vez por día.

El tratamiento supresivo se indica en pacientes que sufren 6 o más episodios por año.

Después de un año de terapia supresiva continua, evaluar su continuación con el objeto de verificar la tasa de recurrencia

El tratamiento se realiza hasta la resolución del episodio.

Resistencia a Aciclovir: Foscarnet 40 mg./kg. IV., cada 8 hrs. hasta resolver los síntomas.

• Embarazadas

Solo se trata la primoinfección o casos severos con Aciclovir.

El riesgo de transmisión de la madre al RN que adquiere el virus cerca del momento del parto es de 30 a 50% y menos de 1% con antecedentes de herpes recurrente en embarazo a término o que lo adquieren durante la primera mitad del embarazo.

Se consideran de alto riesgo y deben ser vigiladas estrechamente cuando son:

- ✓ Mujeres con lesiones clínicas sospechosas de herpes genital.
- ✓ Mujeres con historia de infección herpética genital.
- ✓ Mujeres que su pareja tiene historia de herpes genital.
- ✓ Mujeres con herpes genital al final del embarazo.
- ✓ Mujeres con historia de infección herpética por debajo de la cintura, a menudo presentan un herpes genital asociado.

En este grupo deben ser practicados cultivos cérvico–vaginales o un test de Tzanck a las 32, 34 y 36 semanas del embarazo y más si es necesario.

Considerar cesárea cuando:

- ✓ Resultado positivo antes o al momento del parto.
- ✓ Preferiblemente antes de la ruptura de las membranas (si han estado rotas por más de 4 a 6 horas posiblemente la cesárea no evitará la infección).
- ✓ Membranas intactas o en las primeras 4 horas de la rotura de esta ya que disminuye los riesgos del herpes neonatal.
- ✓ La cesárea no elimina por completo el riesgo de transmisión al RN.
- ✓ Mujeres sin síntomas o signos o pródromos de herpes genital pueden tener parto vía vaginal.

Tratamiento en embarazadas

El tratamiento de Aciclovir durante el embarazo reduce la frecuencia de cesárea.

Primer episodio o recurrencias

Aciclovir 400 mg. VO, 2 veces al día durante 7 días. Herpes recurrente grave, administrar Aciclovir EV.

26. HERPES NEONATAL

Casi siempre es adquirido a través de la madre por infección en el momento del parto, por rompimiento de las membranas, transmisión de un niño a otro, por el personal de salud o lesiones no genitales de la madre.

• Cuadro clínico

En los primeros meses rara vez el VHS puede dañar el producto.

Cuando la infección ocurre y se acompaña de viremia puede producir aborto, microcefalia, calcificaciones cerebrales y displacia retiniana.

La infección herpética es 4 veces más frecuente en prematuros.

Aproximadamente un 50% de los casos presentan lesiones cutáneas (vesículas tensas sobre base eritematosa).

Aproximadamente un 75% de los RN presentan fiebre, irritabilidad, vómitos, y lesión en casi todos los órganos, incluyendo manifestaciones del sistema nervioso central, hepatoesplenomegalia, ocasionalmente afección de vías respiratorias y coagulación intravascular diseminada. Generalmente no tiene buen pronóstico.

• Tratamiento

Considerar la administración de Aciclovir en RN nacidos de mujeres que adquirieron VHS cerca del término del embarazo, el riesgo es alto.

Régimen recomendado: Aciclovir 20 mg./Kg. IV., c/8 hrs., durante 14 días para infección limitada a piel y mucosas, y por 21 días en difusión y para enfermedad del sistema nervioso central.

27. PACIENTES VIH Y HERPES GENITAL

Los pacientes inmunocomprometidos suelen presentar episodios más severos y prolongados de infecciones herpéticas genitales, peri-rectales u oro-faciales. Algunos casos ameritan hospitalización.

El uso de los agentes antivirales para tratamiento del episodio agudo o como terapia supresiva frecuentemente es beneficioso.

Episodio agudo en pacientes VIH

Aciclovir 400 mg., 3 veces por día VO.

o

Aciclovir 200 mg., 5 veces por día VO.

o

Famciclovir 250 mg., 3 veces por día VO.

o

Valaciclovir 500 mg., 2 veces por día durante 5-10 días VO.

Tratamiento supresivo en pacientes VIH

Aciclovir 400 mg., 2 veces por día VO.

o

Famciclovir 500 mg., 2 veces por día VO.

o

Valaciclovir 500 mg., 2 veces por día VO.

En casos muy severos, se recomienda iniciar la terapia con Aciclovir 5–10 mg/kg. peso c/8 hrs. IV.

Resistencia al aciclovir, Valaciclovir y al Famciclovir; se recomienda Foscarnet 40 mg/Kg. c/8 hrs. hasta la resolución de los síntomas.

Prevención

Modificación de la conducta sexual con utilización de preservativos.

Utilización de terapia antiviral diaria en personas con serología positiva HVS2.

La utilización diaria de Valaciclovir 500 mg. reduce al 75% la posibilidad de una infección sintomática por HSV2, desde una persona con herpes genital recurrente, hacia parejas susceptibles HSV2 negativas.

Asesoramiento

Los pacientes deben recibir información con respecto a la historia natural de la infección, con énfasis en los episodios recurrentes, la infección viral asintomática y el riesgo de la transmisión sexual y perinatal.

Informar a sus parejas sexuales que pueden transmitir la infección herpética, aún en los períodos asintomáticos (en especial los afectados con HSV-2).

Las personas deben abstenerse de mantener relaciones sexuales con personas no infectadas por el HSV, cuando presentan lesiones genitales o cuando manifiestan los pródromos (ardor, prurito).

El uso de preservativos es útil para prevenir la transmisión sexual. Es importante examinar a la(s) pareja(s) sexual(es).

28. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

- **Agente Etiológico.** Virus del Papiloma Humano (VPH). Tiene un periodo de incubación de 3 semanas a 8 meses, con un promedio de 3 meses.

Existen más de 100 tipos (40 aproximadamente pueden infectar el área genital).

La mayoría de las infecciones son asintomáticas, inofensivas, no reconocidas o subclínicas.

Aproximadamente 30 tipos se asocian con un mayor riesgo de cáncer. Estos tipos afectan los genitales y se adquieren a través del contacto con una pareja infectada, y otras por autoinoculación.

- **Clasificación**

De bajo riesgo: tipos 6-11; Estos pueden causar Verrugas genitales, papilomatosis respiratoria recurrente.

De alto riesgo: tipos 6-18, 31, 33, 35; pueden producir cáncer de cuello uterino, vagina, orofaríngeo, pene y ano.

La Infección por VPH genital asintomática es común y generalmente autolimitada; se estima que más del 50% de las personas sexualmente activas se infectan por lo menos una vez en su vida.

El sistema inmunitario de la mayoría de las personas suprime o elimina el virus.

Las infecciones persistentes pueden resultar en cáncer.

La mayoría de las infecciones por VPH desaparecen sin tratamiento en el transcurso de unos años.

El examen de Papanicolaou puede detectar cambios en el cuello uterino.

La infección persistente de VPH oncogénica es el factor de riesgo más fuerte para el desarrollo de cáncer.

El uso correcto de los preservativos de látex reduce, aunque no elimina el riesgo de contraer y transmitir el VPH.

28.1 Vacunación VPH

Las vacunas no protegen contra todas las infecciones por VPH que causan cáncer.

Al recibir la vacuna se debe continuar haciendo exámenes de detección de cáncer, y no ayudan a eliminar las infecciones por VPH ya presente.

No se aplican en mujeres embarazadas y son recomendables en personas no activas sexualmente.

La vacuna se usa en mujeres y hombres de 9 a 26 años aproximadamente.

- **Diagnóstico**

Clínico

La manifestación clínica del VPH es el condiloma acuminado o verrugas genitales.

El diagnóstico se obtiene por inspección visual. Puede confirmarse por biopsia.

Estas son neoformaciones o “tumoraciones” a expensas de la primera capa de la piel y la mucosa con una superficie similar a un “coliflor”, de tamaño variable, que aparecen en los órganos sexuales, la región perianal, uretra o cavidad oral.

Los condilomas acuminados o verrugas genitales en mujeres y hombres son una afección muy común.

Hacer diagnóstico diferencial con: condilomas latentes de la sífilis, molusco contagioso, quiste sebáceo.

Las pápulas perladas de la corona del glande de color rosa, estas se producen por el aumento de tamaño de las glándulas de Tyson y es una condición normal que se puede presentar en cualquier momento por lo que no amerita tratamiento, solo orientación al paciente.

Hibridación

Pruebas que detectan el ácido nucleico viral (ADN, ARN). Individualiza los serotipos no oncogénicos 6-11 que son los más frecuentes y los oncogénicos 16, 18, 33 y 31.

Colposcopia y Penoscopia

El estudio con aplicación de ácido acético a 5% y posterior visualización con colposcopia o lupa de luz fría que evidencia acetosensibilidad en lesiones maculares (subclínicas) o papulosas, no se recomienda en la actualidad puesto que los resultados no influyen en el manejo clínico.¹⁵

- Indicado en pacientes con lesiones visibles.
- PAP con lesión cervical intraepitelial de bajo grado (NIC-1), o alto grado (NIC-2).
- Células atípicas escamosas indeterminadas.

Uretroscopia

Realizarse en caso de lesión meatal y postratamiento.

Citología exfoliativa (con tinción de Papanicolaou)

El PAP es recomendado anualmente en toda mujer sexualmente activa a fin de descartar o detectar precozmente el carcinoma cérvix (90% asociado a HPV).

En mujeres VPH realizar cada 6 meses el primer año, luego si es normal, anualmente.

¹⁵ Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2021.

Resultados

- Signos de la presencia de HPV: coilocitos, disqueratosis, acantosis.
- Signos que indican HPV asociados a displasias.

Biopsia

Se indica en:

- Lesiones atípicas o dudas diagnósticas.
- Progresión durante el tratamiento o falta de respuesta al mismo.
- Verrugas ulceradas, pigmentadas, induradas.
- NIC de bajo y alto grado en PAP.
- Pacientes inmunocomprometidas.

• Tratamiento

Hay tratamientos locales para las lesiones en los genitales externos que pueden ser auto aplicados por el propio paciente:

Podofilox al 0.5% en solución gel

o

Inquinad crema al 5%.

Métodos físicos

- Crioterapia con nitrógeno líquido cada 2 semanas.
- Laserterapia.
- Escisión quirúrgica para lesiones grandes.

Métodos químicos

- Podofilina al 25%, aplicación semanal.
- Acido tricloroacético al 90% hasta 95%, aplicación semanal.
- Fluorouracilo crema al 5% bisemanal. Contraindicado en embarazo.

Se prefiere su utilización sólo en hombres.

Inmunomoduladores

Imiquimod al 5%. Aplicar 3 veces por semana, máximo durante 16 semanas. Contraindicado en embarazo.

Alternativa

- Laserterapia

Tratamiento de lesiones en genitales internos

- Podofilina al 25%.
- Fluoracilo crema al 5% bisemanal.
- Crioterapia con nitrógeno líquido.
- Acido tricloroacético al 90% -95%.

Cérvix Uterino

En toda mujer con lesiones en cuello producidas por el HPV, se deberán descartar lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (NIC-2) antes de iniciar un tratamiento, si hay lesión visible por infección por HPV solo y/o asociada a (NIC-1) de bajo grado.

- Acido tricloroacético de 90 - 95%
- Criocirugía
- Laser

Si hay NIC de alto grado: referir para biopsia

Lesiones anales

- Crioterapia con nitrógeno líquido
- Acido tricloroacético 90- 95%
- Remoción quirúrgica

Lesiones orales

- Crioterapia con nitrógeno líquido
- Remoción quirúrgica

Tratamiento supresivo

Fluoruracilo crema al 5% por 6 semanas o Imiquimod al 5% (máximo 16 semanas). Se administran semanalmente o bisemanal.

Indicaciones

Recurrencia de 3 o más episodios en 1 año.

Inmunocomprometidos. Lesiones extensas en uretra o vagina postratamiento.

28.2 Embarazadas y VPH

El Inquinad, la Podofilina y el Podofilox no deben usarse durante el embarazo.

Se tratan de acuerdo al tipo y localización de la lesión.

- Acido tricloroacético de 90 - 95%
- Criocirugía
- Cirugía convencional
- Laser

Si las verrugas son muy grandes y friables deben ser removidas durante el embarazo, los tipos 6 y 11 han sido descriptos como causales de la papilomatosis respiratoria en los niños.

Se realizará control cito-colposcópico cada 3 meses y a los 3 meses posteriores al parto.

Elección de la vía del parto

La cesárea es una indicación relativa y se realiza solo en presencia de lesiones visibles con riesgo de obstruir el canal de parto o sangrado importante.

28.3 VPH y VIH

Los pacientes VIH son más propensos a desarrollar verrugas genitales, frecuentemente producidos por los serotipos 6 y 11.

Se aplican los mismos esquemas terapéuticos, aunque tienden a ser más resistentes.

29. HEPATITIS B

Es una de las patologías más frecuentes a nivel mundial, habiéndose comprobado su alta transmisibilidad a través de la vía sexual y es superior a la infección con VIH. Su inicio suele ser insidioso.

La prevalencia mundial de infección por VHB en la población general en el 2015 fue del 3.5%. Entre los nacidos antes de que la vacuna estuviera disponible, la proporción de personas que viven con infección crónica por VHB sigue siendo alta.

Signos y Síntomas

Es común la presencia de fiebre, malestar general, náuseas, vómitos, anorexia, orina colúrica y acolia. Menos del 1% fallecen durante el ataque agudo de la infección.

Del 10 a 15% de los pacientes pueden quedar como portador es asintomático, el resto tiene curación completa quedando a su vez inmunes a la infección.

Un 20% de los portadores sintomáticos puede desarrollar carcinoma hepático o cirrosis hepática.

Diagnóstico de Laboratorio

✓ Determinación de antígeno de superficie o antígeno australiano (HBV-S-Ag)

Indica si una persona ha estado en contacto con el virus, ya sea en el pasado o en el presente.

Es positiva en los casos de personas vacunadas contra la Hepatitis B.

✓ Determinación Anti-HBs

La prueba se basa en la identificación de anticuerpos (Inmunoglobulina G) en contra de un antígeno de la superficie del virus.

Se puede encontrar positiva unas 3 semanas después de la infección y puede permanecer positiva indefinidamente en los casos de portadores sintomáticos. En personas que han sido vacunadas, esta se encuentra elevada.

✓ Determinación de anticuerpos para Hepatitis B (IGMHbC) contra el Antígeno Core

Esta prueba detecta la presencia de anticuerpos contra una partícula del núcleo del virus conocida como Antígeno Core, demostrando que la persona ha padecido la infección. La misma suele volverse positiva después de los 90 días de evolución de la infección.

La positividad de esta prueba determina la condición de portador asintomático.

✓ Anticuerpos contra el Antígeno E

La partícula E del virus denota gran infectabilidad y si es positiva indica actividad de la enfermedad de la localización del virus: sangre, saliva, semen, leche materna, secreciones vaginales, secreciones broncopulmonares, orina.

El ser humano es el único portador del virus.

Formas de Transmisión

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

Prevención

La forma más segura de prevención es la vacunación. Debe ser recomendada en forma universal en niños(as) y con énfasis en personas con alto riesgo de adquirir hepatitis B, tales como: personas con múltiples parejas sexuales, parejas sexuales de portadores, homosexuales y bisexuales, usuarios de drogas endovenosas, trabajadores de salud

Esquema de vacunación

Es muy importante recordar que la vacuna debe aplicarse en la región deltoidea. Si se aplica en otra región, puede disminuir su efectividad. Las vacunas deben mantenerse a una temperatura entre 2-8 °C.

Dosis inicial, refuerzo al mes y a los 6 meses.

Se puede utilizar el esquema de aplicar los refuerzos a los dos y a los doce meses de la dosis inicial.

La cantidad de las dosis es la misma para los refuerzos y depende del tipo de vacuna utilizada y del grupo poblacional en que se usa.

Medidas adicionales de prevención: consejería y educación, promoción de condones.

Tratamiento de contactos embarazo: manejo similar a la no embarazada.

Paciente VIH: tienen más susceptibilidad a quedar en estado de portador y a presentar fallas de la efectividad de la vacuna.

Recién nacidos de madres portadoras

1era. dosis 0.5ml.

2da. dosis 0.5ml al mes.

3era. dosis 0.5ml a los 6 meses.

Ajustar dosis de acuerdo a edad. Referir para su aplicación al servicio correspondiente.

29.1 Hepatitis B y VIH

La infección por VIH puede afectar la respuesta a la vacuna contra la Hepatitis B.

El paciente debe evaluarse de uno a dos meses después de la tercera dosis de la vacuna, deben medirse los títulos de Anti HbS, de no desarrollarlos debe revacunarse. De no desarrollar respuesta con el segundo ciclo se considera refractario y se debe administrar inmunoglobulina en caso de tener exposición.

Tratamiento Hepatitis B Aguda

El tratamiento para la Hepatitis B aguda consiste en reposo, hidratación, una alimentación equilibrada, y para disminuir la incomodidad causada por los mareos y dolores musculares, se pueden utilizar medicamentos analgésicos y antieméticos, no siendo necesario tomar ningún medicamento específico contra el virus de la Hepatitis B.

Para mayor información sobre Hepatitis B, consultar la Guía de Hepatitis Virales y sus Comorbilidades Asociadas al VIH del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. República Dominicana.

30. HEPATITIS C

La Hepatitis C adquirida a través de transfusión sanguínea en el 30% de los casos desarrolla hepatitis crónica activa, pudiendo tener remisión espontánea o puede desarrollar cirrosis hepática o hepatocarcinoma.

Diagnóstico

Se realiza por la demostración de la presencia de anticuerpos contra el virus de la Hepatitis C (anti VHC).

Prevención

Pruebas sistemáticas de anticuerpos de VHC en todos los donantes de los bancos de sangre. Control de los pacientes, de los contactos sexuales y del ambiente inmediato.

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

El diagnóstico de Hepatitis C en un servicio de ITS se referirá al servicio correspondiente.

- Tratar las parejas sexuales
- Recomendar el uso de preservativos
- Información sobre las infecciones
- Necesidad de cumplir el tratamiento
- Consejería
- Indicación del VDRL/RPR, VIH, Hepatitis B

31. HEPATITIS C Y VIH

En estos casos el curso de la enfermedad hepática suele ser más rápido.

31.2 Tratamiento

Se recomienda el tratamiento para todos los pacientes con infección crónica por VHC, excepto aquellos con una expectativa de vida corta que no puede ser remediada por terapia de VHC, trasplante de hígado u otra terapia dirigida. Esos pacientes deben ser manejados en consulta por experto.

Para mayor información sobre Hepatitis C, consultar la Guía de Hepatitis Virales y sus Comorbilidades Asociadas al VIH del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. República Dominicana.

32. LINFOGRANULOMA VENÉREO

Es causado por los serotipos L1, L2 o L3 de la *C. trachomatis*.

Se definen tres fases clínicas:

Fase 1

Se caracteriza por una pápula o úlcera genital auto limitada y asintomática, que ocurre en el sitio de la inoculación y posteriormente se acompaña de adenopatías inguinales dolorosas y unilaterales. Cura espontáneamente.

Fase 2

Ocurre entre 10 a 30 días luego de la infección, se caracteriza por aumento doloroso del tamaño de los ganglios inguinales y la inflamación de otros ganglios. Depende del sitio de inoculación.

Los ganglios se tornan fluctuantes y adheridos a la piel que se vuelve roja, lo que puede producir la ruptura de ganglios inguinales y puede ocurrir una 1/3 de los pacientes.

En el 20% de los pacientes ocurren compromisos de ganglios femorales los que se separan de los ganglios inguinales por el ligamento de Pupart.

Solo del 20 al 30 % de las mujeres presentan el síndrome inguinal, sin embargo, algunos pacientes progresan a estadios caracterizados por fibrosis y drenaje linfático anormal.

Si un bubón esta fluctuante debe dejarse drenar espontáneamente.

No se recomienda drenaje quirúrgico.

Fase 3

Síndrome ano genital.

Si la infección no se trata adecuadamente en las etapas anteriores, aparecerán complicaciones a nivel ano rectal caracterizadas por prostatitis, destrucción del tabique anoperineal, fistulización, uretritis y linfadenitis regional.

En esta fase quedan secuelas permanentes.

Diagnósticos de laboratorio

- Frotis de la secreción
- Cultivo para clamidia
- Pruebas serológicas: principalmente fijación de complemento o anticuerpos monoclonales para Clamidia.

32.1 Linfogranuloma venéreo y VIH

El paciente debe recibir los mismos esquemas de tratamientos que los pacientes VIH negativos. Podría ser necesaria terapia prolongada. Puede ocurrir demora en la resolución de los signos y síntomas.

Tabla 21. Tratamiento de primera línea para Linfogranuloma venéreo

Tratamiento de primera línea LGV	
Tratamiento	Dosis
Doxiciclina	100 mg., VO., dos veces al día por 21 días.
Eritromicina*	500 mg., VO., cuatro veces al día por 21 días.
*Puede ser utilizado en embarazadas	

Fuente: Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2021.

33. GRANULOMA INGUINAL

Causado por la bacteria gram-negativa *Klebsiella granulomatis*.

Signos y Síntomas

Inicia con pápulas que se ulceran, lentamente progresiva, indolora, tejido de granulación limpio, friable, rojo intensivo y puede incluir variantes hipertróficas, necróticas o escleróticas.

Puede ocurrir lesiones extendidas a pelvis, boca, huesos u órganos intraabdominales.

La infección secundaria con anaeróbicos puede producir dolor y exudado con olor desagradable.

Generalmente no afecta ganglios inguinales, compromete únicamente las regiones genital y perineal, tienen una alta vascularización y pueden sangrar fácilmente al tacto.

Diagnóstico

- Frotis de la secreción donde se observan los cuerpos de Donovan, característicos de la infección.
- Biopsia de la lesión que excluye otros diagnósticos como: carcinoma, amebiasis y condiloma lata.

Tratamiento

Elección

Doxiciclina 100 mg. VO., c/12 hrs., por 3 semanas o hasta la resolución completa de las lesiones.

Alternativas

Azitromicina 1gr. VO 1 vez por semana por 3 semanas o hasta la resolución completa de las lesiones.

o

Eritromicina 500 mg. VO, c/6 hrs, por 3 semanas o hasta la resolución completa de las lesiones.

o

Trimetropin – sulfametoxazol 160 mg/800 mg. VO, c/12 por 3 semanas o hasta la resolución completa de las lesiones.

o

Ciprofloxacina 750 mg. VO, c/12 hrs. por 3 semanas o hasta la resolución completa de las lesiones.

Embarazadas

Eritromicina 500 mg. VO, c/6 hrs. por 3 semanas o hasta la resolución completa de las lesiones.

Recomendaciones

- Tratar las parejas sexuales
- Recomendar uso de condones
- Informar y aconsejar
- Enfatizar adherencia al tratamiento

34. MOLUSCO CONTAGIOSO

Esta afección es cosmopolita y el virus se propaga por contacto directo. En los niños esta condición no es de transmisión sexual.

Se caracteriza por la aparición de múltiples neo formaciones semiesféricas, perladas y con umbilicación central. Asintomáticas.

En la etapa adulta, los sitios de las lesiones son:

Órganos sexuales, la región inferior del abdomen, parte interna de los muslos, glúteos y con frecuencia en cara.

Guardan relación con el estado de inmunidad de la persona afectada, al igual que personas con VIH o Sida.

Adultos con molusco contagioso se debe descartar VIH por los procedimientos establecidos por el MSP y la infección tiene un curso benigno.

Diagnóstico

Es clínico. El diagnóstico diferencial debe realizarse con los condilomas acuminados sobre todo cuando las lesiones son únicas y pequeñas.

Tratamiento

- Extracción
- Curetaje
- Crioterapia
- Podofilina 25%
- Inmunomoduladores (Imiquimod crema 5%)
- Láser

35. INFECCIONES POR ECTOPARÁSITOS

35.1 Pediculosis púbica (ladilla)

Diagnóstico clínico

Se efectuará ante la visualización del parásito en región púbica, inguinal o axilar.

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

Modo de infección

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

Tratamiento tópico

Permetrina 1% en crema, aplicar a las áreas afectadas y lavar luego de 10 minutos.

o

Piretrina y Butóxido de piperonilo, aplicar a las áreas afectadas y lavar luego de 10 minutos.

o

Lindano 1% aplicar y retirar después de 8 horas.

El Lindano está contraindicado en embarazadas y niños menores de 2 años, en estos casos tratar con:

Crotamitón o Piretrina. Aplicar por 10 minutos y retirar

Pediculosis púbica y VIH

Se pueden aplicar los tratamientos antes descritos.

El Lindano y las Piretrinas no deben aplicarse en áreas cercanas a la cara.

En todos los casos la ropa debe lavarse a diario de preferencia con agua caliente. Hacer seguimiento y tratar contactos.

35.2 Escabiasis

Diagnóstico Clínico

El síntoma predominante es el prurito usualmente nocturno.

Generalmente se requiere de un periodo de sensibilización previo para que aparezca el prurito.

En las reinfestaciones el prurito puede aparecer en las primeras 24 horas. Usualmente en áreas de pliegues cutáneos y a nivel de abdomen, observándose pápulas, pústulas y pequeños surcos.

Transmisión por contacto con personas infestadas o ropas de uso personal.

Tratamiento

Permetrina 5% crema, aplicar a todas las áreas del cuerpo desde el cuello hacia abajo y lavar luego de 8-14 horas.

o

Lindano (1%) loción o crema, aplicado en áreas afectadas del cuello hacia abajo y lavar cuidadosamente después de 8 horas.

o

Ivermectina 200 ug/kg vía oral, repetir en 14 días.

Está contraindicado en: embarazo, presencia de dermatitis y en menores de 2 años; Piretrinas en cremas, aplicado igual que el Lindano. Lavado 4-8 horas después.

Alternativas:

Permetrina del 1 al 5% o Crotamitón 10% loción o crema.

Aplicar en todo el cuerpo del cuello hacia abajo, cada noche por 2 noches consecutivas y baño después de 24 horas de aplicación.

Benzoato de Bencilo (20%) aplicar en todo el cuerpo del cuello hacia abajo, cada noche por 3 noches consecutivas.

Escabiasis y VIH

En pacientes inmunocomprometidos se presenta una forma agresiva de Escabiasis costrosa, la cual es más contagiosa (Sarna de Noruega).

El tratamiento incluye lindano al 1%, crotamitón al 10% o permetrina al 5%, precedida de queratolíticos como ácido salicílico al 5-8%. En casos severos se utiliza ivermectina 200 mg/kg de peso en dosis única.

Prevención: lavar toda la ropa posiblemente contaminada (personal, cama, etc.) con agua hervida.

35.3 Inflamación escrotal

La inflamación del epidídimo (epididimitis) se manifiesta habitualmente por dolor e hinchazón testicular unilateral de comienzo agudo, frecuentemente acompañada de dolor con la palpación del epidídimo, el conducto deferente a veces con eritema y edema de la piel del escroto.

El testículo adyacente también suele estar inflamado (orquitis), lo que produce epididimoorquitis.

Cuando no se trata bien, la epididimitis relacionada con las ITS puede causar esterilidad.

Etiología

Los microorganismos transmitidos por vía sexual son la causa más frecuente de este trastorno en los hombres de hasta 35 años de edad, en comparación con los hombres de más de 35 años.

Cuando además se presenta secreción uretral, el origen probablemente esté relacionado con patógenos como la *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis*.

En hombres de mayor edad, en quienes una infección de transmisión sexual es poco probable, el origen puede estar relacionado con otras infecciones generales, como, por ejemplo, la infección por *Escherichia coli*, *Klebsiella sp.* o *Pseudomonas aeruginosa*.

La orquitis tuberculosa, acompañada generalmente por epididimitis, es siempre secundaria a lesiones en otras localizaciones, especialmente pulmonares y óseas.

En la brucelosis, generalmente causada por *Brucella melitensis* o *Brucella abortus*, la orquitis suele ser clínicamente más evidente que la epididimitis. Muy raras veces *T. pallidum*.

El virus de la parotiditis es un agente muy común en jóvenes postpúberes.

La epididimitis es una infección bastante común, aunque raras veces existen datos precisos sobre su incidencia.

Síntomas y Signos

El paciente presenta dolor agudo con aumento de volumen doloroso del escroto que casi siempre es unilateral.

Cuando se trata de epididimitis relacionada con una ITS, a menudo hay antecedente de secreción uretral observada durante el examen físico.

El comienzo es repentino.

Generalmente es unilateral, el escroto puede tener una apariencia de enrojecimiento, estar edematoso y anormalmente sensible durante la palpación.

Se debe investigar secreción uretral.

Realizar tinción de Gram del exudado uretral, examen del sedimento urinario de la primera orina matutina para determinar la presencia de leucocitos y bacterias, el que puede ser útil para estudiar la posibilidad de que exista una causa infecciosa.

Tratamiento

Ceftriaxona 500 mg. IM., dosis única
+
Doxiciclina 100 mg. VO., c/12h., por 10 días

Alternativa

Levofloxacin 500 mg. VO., 1 vez por 10 días
o
Ofloxacin 300 mg. VO., c/12h., por 10 días

35.4 Vulvovaginitis en Niñas

La vulvovaginitis es una afección muy frecuente en la consulta de ginecología pediátrica. La secreción vaginal en las niñas, fuera del período neonatal o púbera es siempre anormal.

Al identificar una infección de transmisión sexual, después de un abuso sexual, se debe tratar con orientación psicológica, clínica y de laboratorio. La identificación de una ITS no necesariamente es adquirida durante el abuso sexual.

Factores predisponentes

- Falta de estrógenos, produce una mucosa delgada fácilmente traumatizable, pH alcalino que favorece la proliferación de microorganismos
- Proximidad de los orificios anal y vaginal
- Hábitos exploratorios y masturbatorios propios de la edad
- Abuso Sexual
- Factores desencadenantes de las vulvovaginitis inespecíficas
- Higiene inadecuada
- Contacto con agentes irritantes (jabones perfumados, papel higiénico, ropas sintéticas o ajustadas y otros)
- Oxiuriasis
- Cuerpo extraño

Factores desencadenantes vulvovaginitis específica

a) Bacterianos

- Respiratorios (*Streptococcus sp*; *Haemophilus influenzae*, otros)
- Gastrointestinales (*Shigella sp.*, *Cándida sp*)
- Dérmicos (*Staphylococcus sp.*)

b) Virales

c) Microorganismos responsables de ITS

- *Neisseria gonorrhoeae*.
- *Chlamidia trachomatis*.
- *Trichomona vaginalis*.

Tratamiento

1) Medidas generales

- Uso de ropa interior de algodón
- Lavados genitales con jabones neutros
- Técnica de limpieza perineal adecuada, lo que evita el arrastre de gérmenes de la zona anal a la vulvar.
- No compartir toallas ni ropa interior
- Evitar el baño de inmersión y el empleo de esponjas contaminadas

2) Medidas Locales

Durante el episodio agudo, baño de asiento descongestivo durante 5 a 10 minutos con agua de manzanilla, en proporción de una cucharada sopera en un litro de agua hirviendo, dejar enfriar y colar.

En la etapa subaguda, si persisten la inflamación y el prurito, colocar cremas locales (con antibióticos y antiinflamatorios, no más de diez días).

3) Medicación antibiótica

Tratamiento específico según microorganismos aislados y sensibilidad bacteriana y calculadas por kg.

4) Descartar abuso sexual

Es necesario interconsulta con los servicios correspondientes.

35.5 Manejo ante el abuso sexual

Abuso sexual

Acto sexual intimidatorio sin el consentimiento de la víctima, implica penetración sexual vaginal, oral y/o anal. Es un evento traumático que debe ser evaluado rápidamente para realizar intervención médica, psicológica o social de emergencia. Está ligado a problemas de salud y reproductiva, ITS y embarazo no deseado.

La violencia sexual practicada durante el embarazo representa un factor de riesgo para la salud de la mujer y aumenta la posibilidad de complicaciones obstétricas, aborto y recién nacidos con bajo peso. El personal de salud debe estar capacitado y calificado para el manejo de estos casos.

El manejo psicosocial incluye servicio de consejería, si no está disponible referir al servicio correspondiente. El personal de salud responsable debe explicar cuidadosamente los pasos a seguir y obtener el consentimiento por escrito del o la paciente antes de proceder con el examen, tratamiento, notificación o referencia. Los casos deben ser documentados.

Abuso sexual en menores de edad

En el caso de menores de edad, se requiere el consentimiento de los padres o tutores el o la paciente tiene derecho a decidir si desean ser examinados; se puede iniciar el tratamiento emitiendo el examen si esa es su elección. Se debe obtener y registrar la siguiente información: fecha y hora del incidente, fecha y hora del examen, declaración de la o el paciente, observaciones clínicas y exámenes realizados. Las ITS adquiridas durante la violencia sexual deben ser detectadas, tratadas y sujetas a seguimiento médico. Independientemente del tiempo transcurrido, se procederá a un examen físico completo; incluyendo el ginecológico (en la mujer) y perianal, ofreciendo todo el soporte emocional necesario.

35.6 Anticoncepción de emergencia

Las píldoras anticonceptivas pueden utilizarse hasta cinco días después de una relación sexual sin protección. Existen varios regímenes que utilizan píldoras anticonceptivas combinadas por vía oral. Se indicará una prueba de embarazo para descartar la posibilidad de un embarazo preexistente. Se referirá a ginecología o al servicio de planificación familiar quien evaluará el esquema de anticoncepción de emergencia.

35.7 Profilaxis post- exposición de las ITS

Importante la intervención médica temprana. Tomar muestras de acuerdo a las facilidades del establecimiento, en caso contrario indicarlas. Si se evidencia algún síndrome de ITS se procederá al manejo del mismo.

La profilaxis de las ITS puede comenzar el mismo día que la anticoncepción de emergencia, aunque las dosis deben espaciarse (ingerirse con alimentos) para reducir los efectos secundarios. Se indicará tratamiento para gonorrea, clamidia, Trichomonas y Vaginosis bacteriana (ver tabla tratamiento).

Generalmente no se conoce la fuente y el agresor puede tener varias ITS. Se deben solicitar pruebas que incluyan HBsAg, VIH, VHC, Herpes genital, prueba para Sífilis (no treponémicas) y tricomonas. Los periodos de incubación de las distintas ITS son variables. Se recomienda durante el período de observación evitar las relaciones sexuales o en su defecto, utilizar el condón.

La doxiciclina para profilaxis postexposición (DoxyPEP) significa tomar el antibiótico doxiciclina después del sexo para prevenir contraer una infección de transmisión sexual (ITS). Es como una pastilla del día después, pero para la ITS. Los estudios han demostrado que tomar DoxyPEP reduce las posibilidades de contraer sífilis y clamidia en aproximadamente dos tercios, entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres transgénero (MTG). En los Estados Unidos, alrededor del 25% de las personas

diagnosticadas con *Neisseria Gonorrhoea*, es posible que la DoxyPEP no funcione contra esas cepas.

Lo ideal es tomar dos dosis de 100 mg vía oral de doxiciclina dentro de las 24 horas, pero no tardar más de 72 horas después de tener sexo sin condón. Si vuelves a tener sexo dentro de las primeras 24 horas después de tomar doxiciclina, toma otra dosis 24 horas después de la última dosis, no tomar más de 200 mg (dos pastillas de 100 mg) cada 24 horas.

Se debe tomar con abundante agua, en caso de producir malestar en el estómago, puedes tomarla con alimentos. No se debe compartir el medicamento con otras personas. Evitar los productos lácteos, el calcio, los antiácidos o las multivitaminas dentro de 2 horas antes de consumir el medicamento.

35.8 Profilaxis Post-exposición del VIH

La posibilidad de infección por VIH debe analizarse minuciosamente por ser una de las consecuencias más temidas de la violación. Los riesgos son relativamente bajos.

De todas maneras, la exposición de una persona a sangre u otros fluidos con una persona cuyo estatus para el VIH es positivo o se desconoce, se debe tomar como una emergencia médica y la profilaxis debe ofrecerse inmediatamente debido a que los tiempos para que la intervención sea efectiva son reducidos y siempre menores a 72 horas.

La profilaxis post-exposición (PPE) es una estrategia de prevención del VIH que consiste en la administración de un tratamiento antirretroviral (combinación de tres fármacos) por 30 días, a fin de evitar la transmisión del virus.

Los esquemas de tratamiento recomendado para la PPE son los siguientes:

- 1) Tenofovir/emtricitabina (300/200) mg + Atazanavir/ritonavir (300/100) mg (TDF/FTC + ATV/r)
- 2) Tenofovir/emtricitabina (300/200) mg + Raltegravir 400 mg (TDF/FTC + RAL)
- 3) Tenofovir/emtricitabina (300/200) mg + Darunavir/ritonavir (800/100) mg (TDF/FTC + DRV/r)

Para más detalle al respecto, dirigirse a la "Guía Nacional de Atención a la Población Adulta con VIH/SIDA" del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2021.

Seguimiento

1er Control a las 2 semanas.

Investigar si presenta nueva sintomatología asociada a ITS (flujos, úlceras, verrugas genitales, otros.) manejar de acuerdo a hallazgos.

Realizar

- Cultivos
- Frotis

- KOH
- Consejería

2do Control a los 3 meses.

Realizar

- VDRL / RPR
- Investigación de Clamidia
- Frotis
- VIH (Elisa)

3er Control a los 6 meses.

Realizar

- Tercer control para prueba VIH (Elisa)

35.9 Inmunización profiláctica contra la Hepatitis B

Ofrecer la vacuna contra VHB a las víctimas de violación dentro de los 14 días, si el caso lo amerita.

Aplicar de acuerdo a esquema establecido.

La vacuna contra el VHB puede aplicarse a mujeres embarazadas y a personas con infección por VIH previa o crónica.

Donde existen programas de inmunización infantil, no es necesario aplicar dosis adicionales a niños que tienen registros de vacunación previa.

Si se aplica la vacuna no se necesita inmunoglobulina contra la hepatitis.

35.10 Toxoide Antitetánico

La prevención del tétano incluye la limpieza cuidadosa de todas las heridas.

Las víctimas deben vacunarse contra el tétano si presentan rasguños, cortes o abrasiones.

Si se vacunaron anteriormente, solamente se necesita una inyección de refuerzo.

Si la persona nunca se vacunó, se deben realizar los arreglos necesarios para una segunda dosis al mes y una tercera dosis entre seis meses y un año.

Si las heridas están sucias o se produjeron seis horas antes y la víctima nunca se vacunó, también debe aplicarse la inmunoglobulina contra el tétano.

35.11 Referencia a servicios especiales

Luego de la prestación de la asistencia inicial, puede requerirse la referencia a servicios adicionales como apoyo psicológico.

Es indispensable establecer citas de seguimiento y servicios durante la primera visita.

Se le debe comunicar claramente a la víctima con quién debe contactarse si tiene otras preguntas o problemas físicos y emocionales posteriores, relacionados con el incidente.

Los adolescentes en particular pueden necesitar apoyo para la crisis, pueden no estar dispuestos a revelar la violación a sus padres o cuidadores.

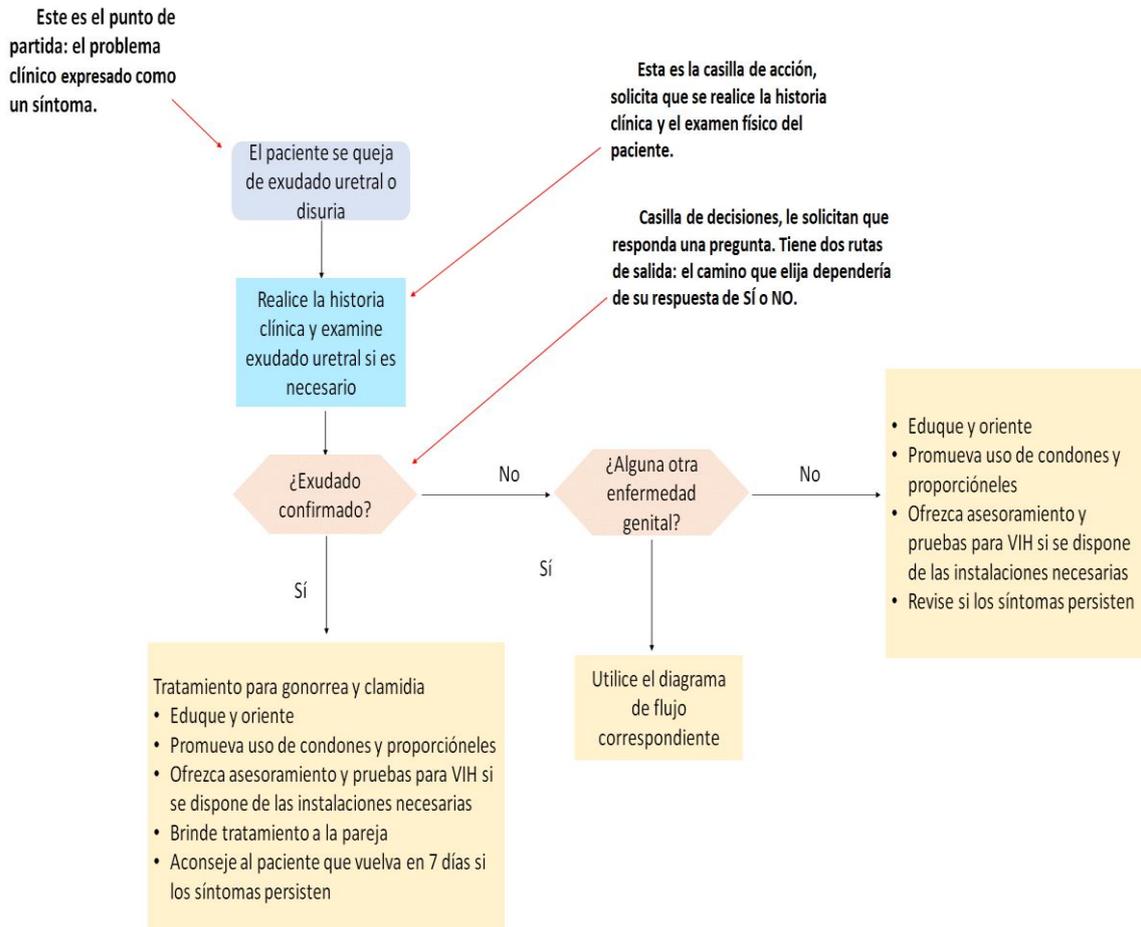
36. INDICADORES

Proceso de atención	Indicador
Diagnóstico según pautas establecidas en la Guía	Porcentaje de personas, de las que demandan atención por una ITS, que son diagnosticados adecuadamente, de acuerdo a la Guía de Atención ITS.
Tratamiento según pautas establecidas en la guía	Porcentaje de personas, de las que demandan atención por una ITS, que son tratados adecuadamente, de acuerdo a la guía de atención ITS.
Diagnóstico de Sífilis embarazadas según guía	Porcentaje de embarazadas con diagnóstico oportuno de Sífilis, VIH y Hepatitis, según guía
Tratamiento de Sífilis a embarazadas según guía.	Porcentaje de embarazadas con tratamiento oportuno de Sífilis, VIH y Hepatitis, según guía

37. ANEXOS

Anexo A. Uso del flujograma

Ejemplo uso del flujograma

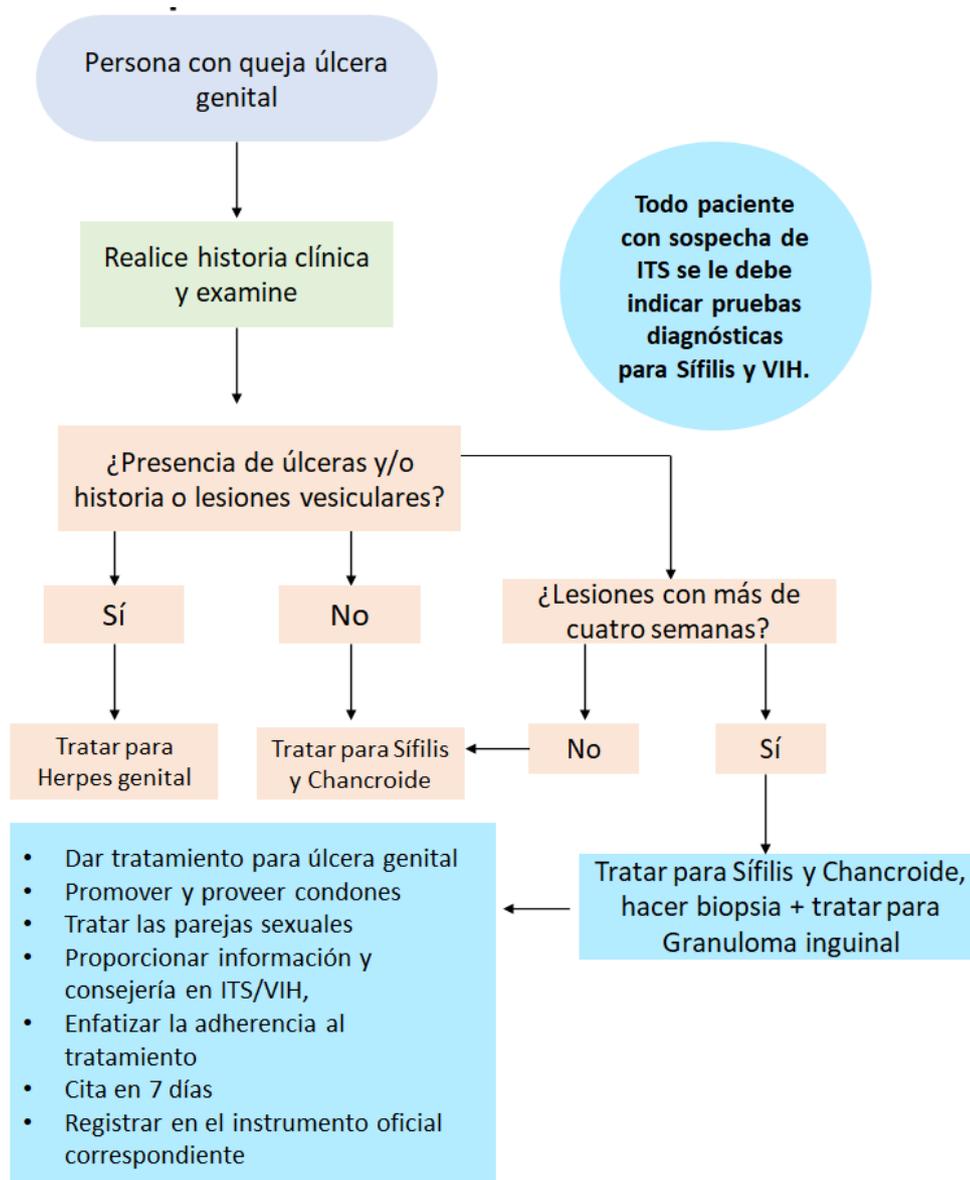


Fuente: Módulos de capacitación para el Manejo sindrómico de casos. Módulo 2: Introducción al manejo sindrómico de casos de ITS. Última revisión OMS 2008

Pasos para el uso de flujograma

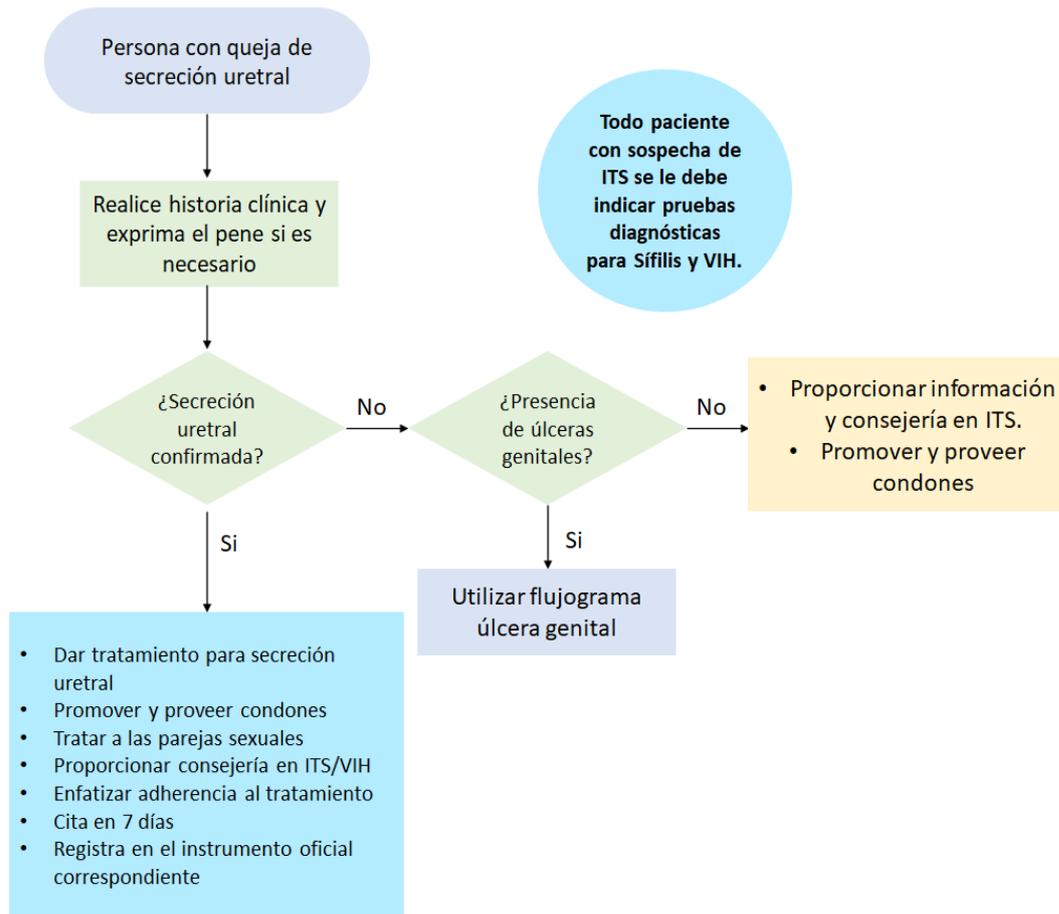
- Iniciar preguntando sobre los signos y síntomas que presenta la persona.
- Identificar el flujograma que debe usar de acuerdo con los síntomas y signos referidos.
- La figura del problema clínico generalmente lleva a otra figura de acción lo cual exige examinar y realizar la historia clínica.
- A continuación, ir hacia la figura de decisión.
- Después de recoger la historia y examinar al paciente debe tener la información necesaria para elegir SÍ o NO.
- Dependiendo de la opción hay otras figuras de decisión y acción.
- Considerar reevaluación o referimiento en caso de resistencia, reinfección, tratamiento inadecuado.

Anexo B. Flujoograma de manejo: Síndrome de Úlcera Genital



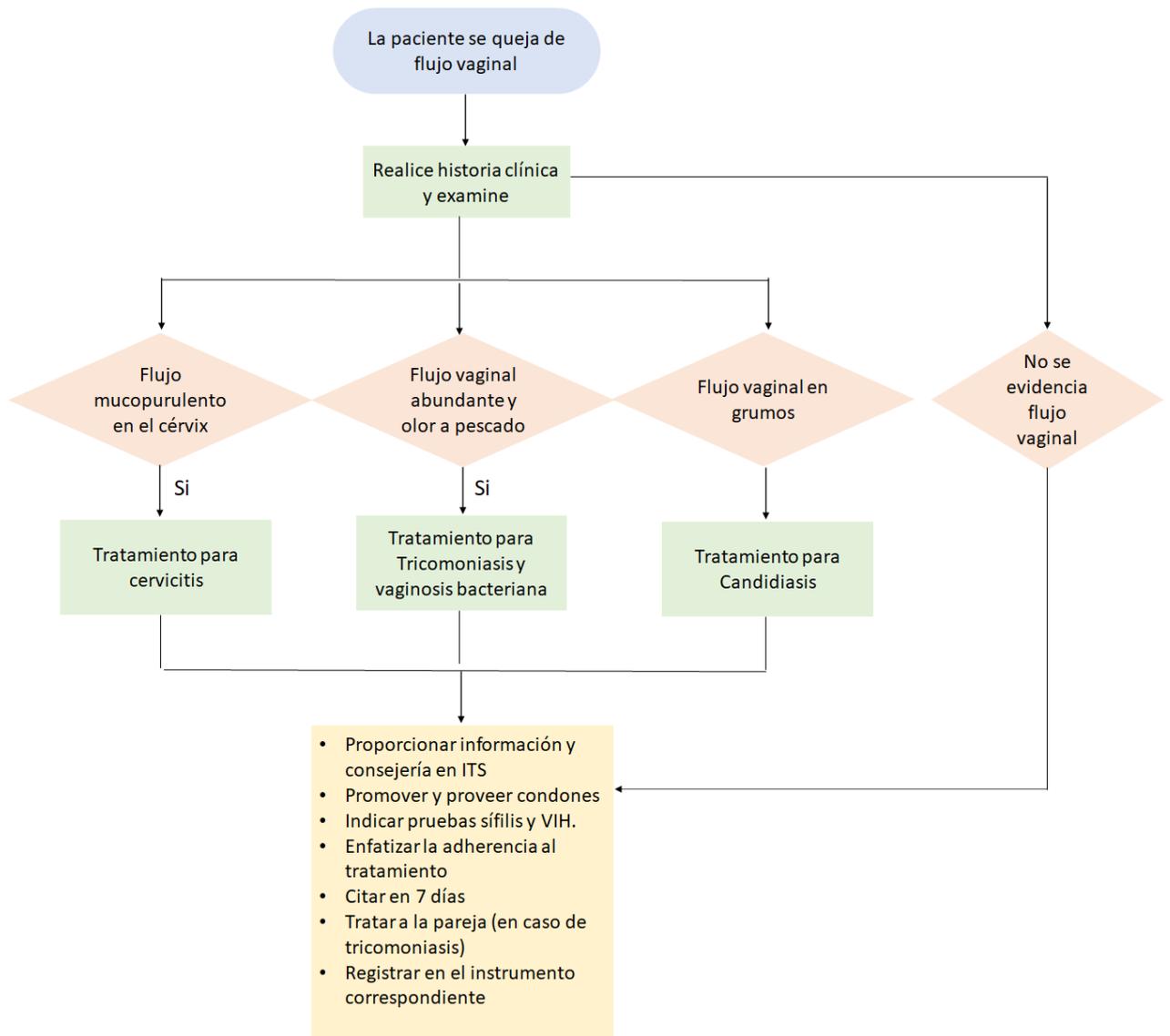
Fuente: *Guía Práctica Clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual*, Ministerio de Salud Pública, República Dominicana 2013 (Modificado en marzo 2022)

Anexo C. Flujoograma de manejo: Síndrome de secreción uretral



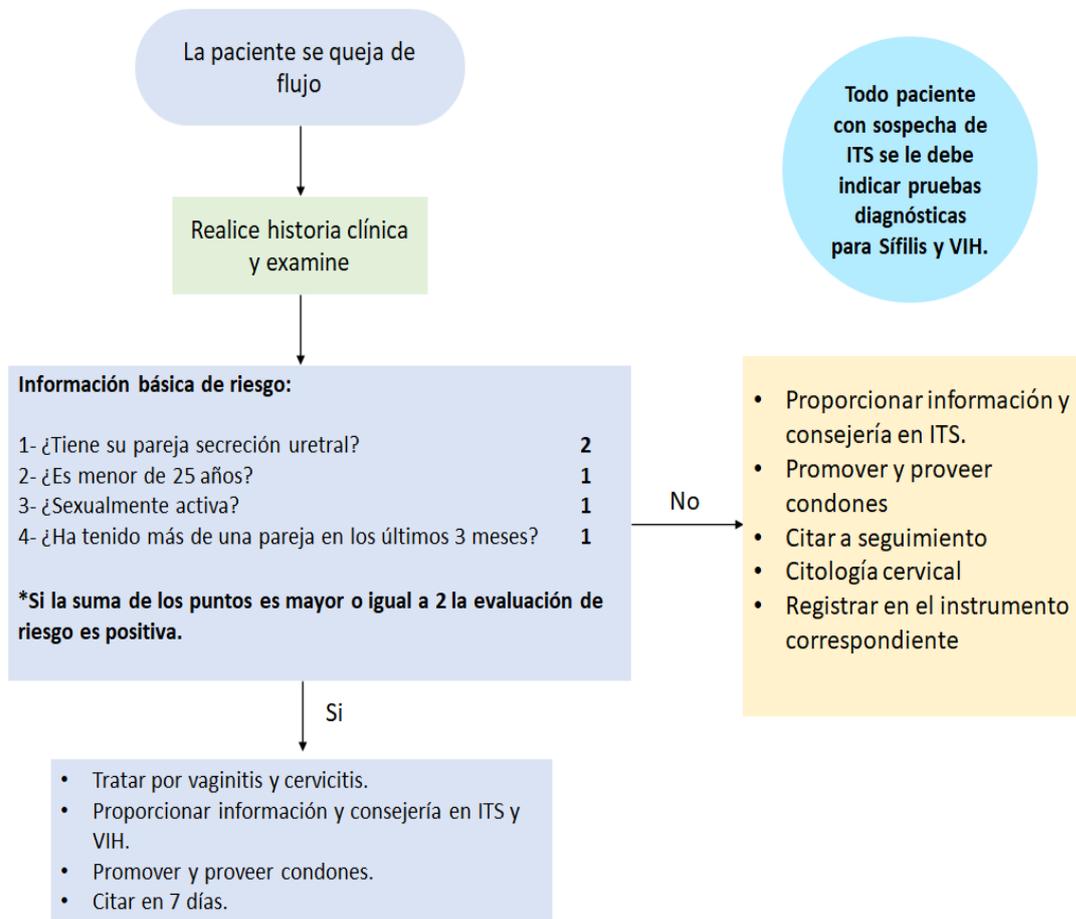
Fuente: *Guía Práctica Clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana 2013 (Modificado en marzo 2022)

Anexo D. Flujograma de manejo: Síndrome de flujo vaginal (con espéculo)



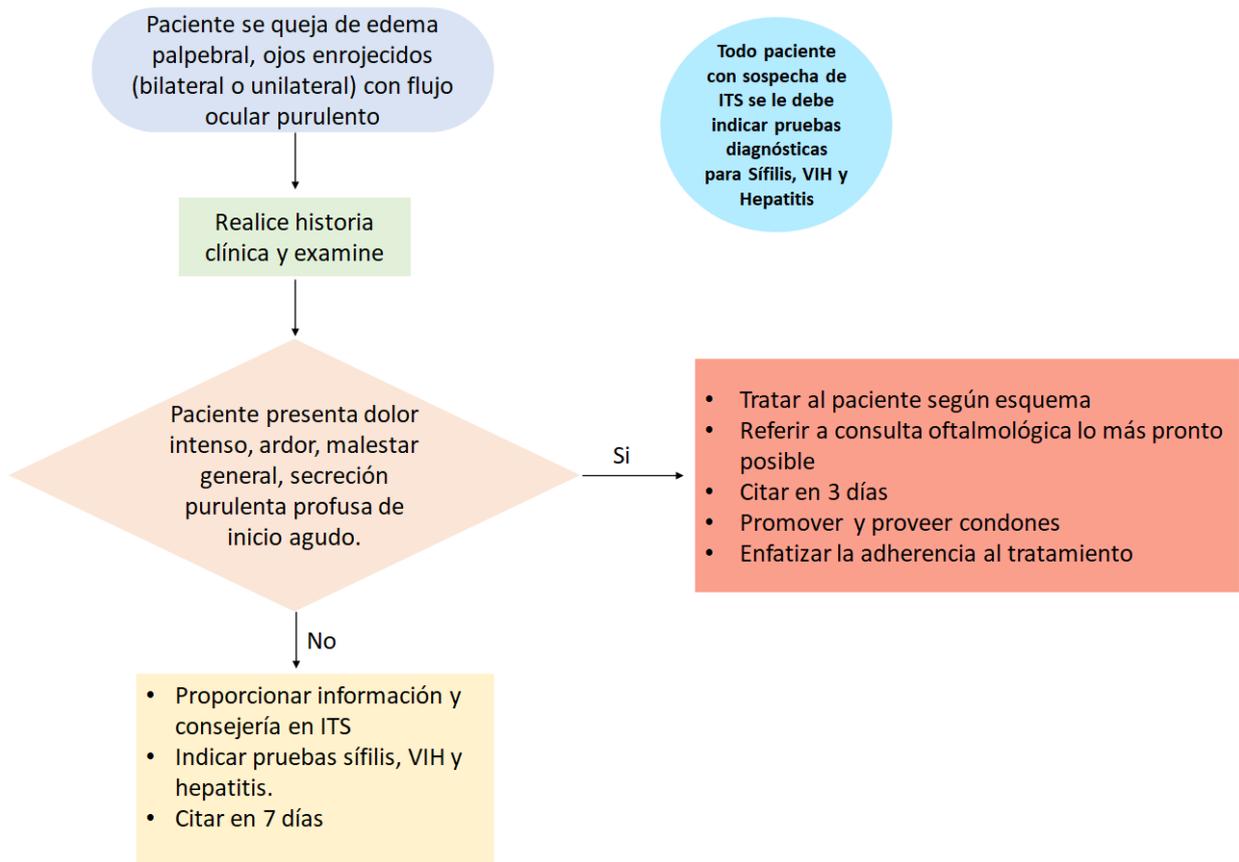
Fuente: Guía Práctica Clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana 2013 (Modificado en marzo 2022)

Anexo E. Flujograma de manejo: Síndrome de flujo vaginal (sin espéculo)



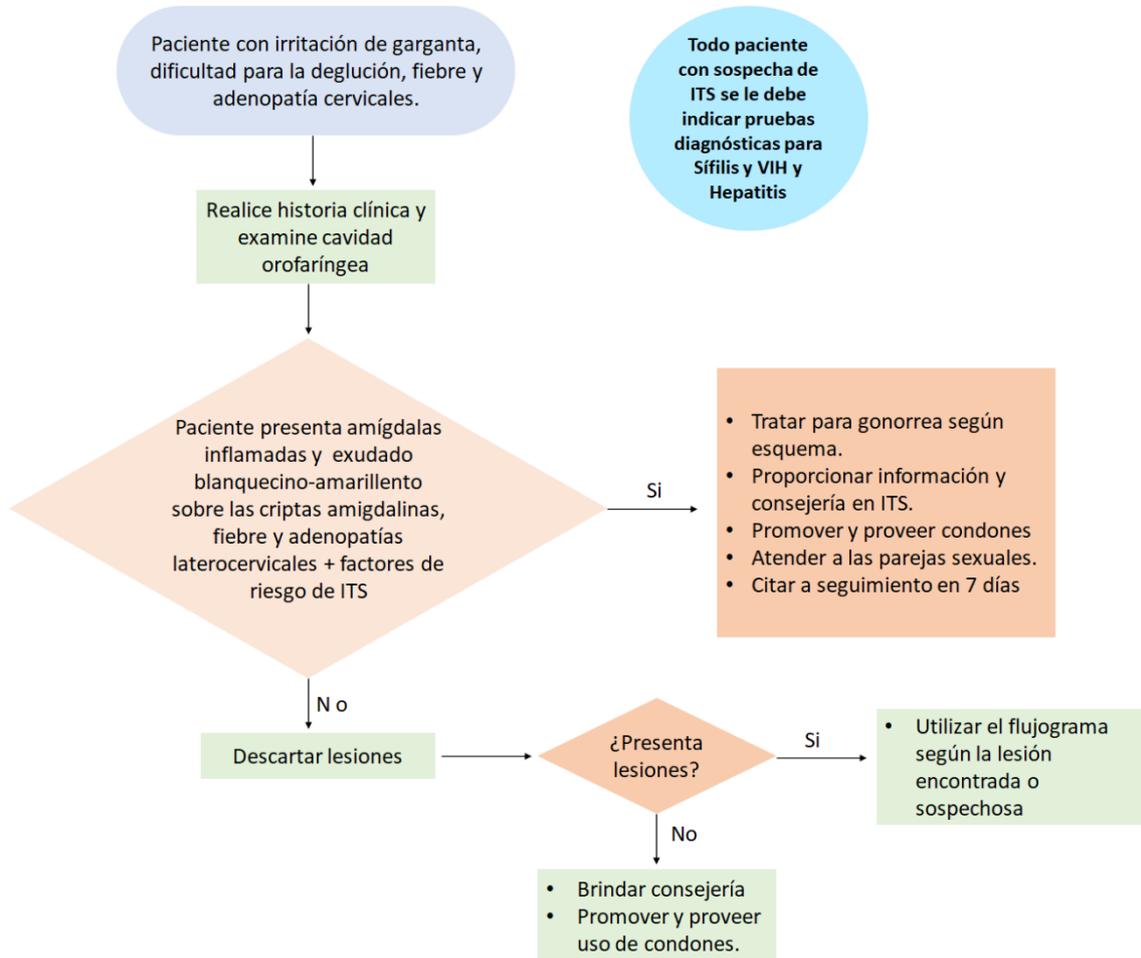
Fuente: *Guía Práctica Clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana 2013 (Modificado en marzo 2022)

Anexo F. Flujoograma de manejo: Conjuntivitis gonocócica



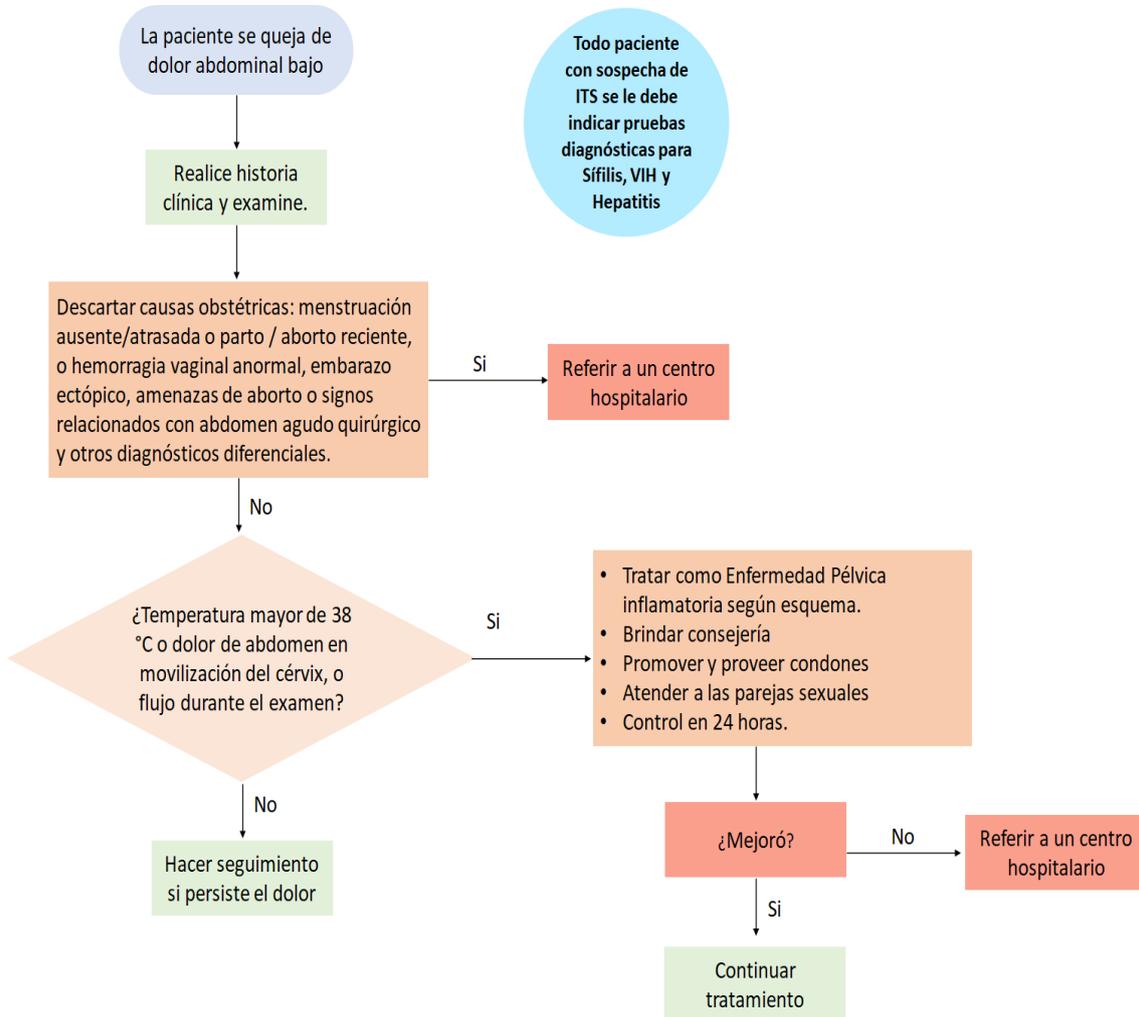
Fuente: Guía para el Manejo Sindrómico de las ITS. Ministerio del Poder Popular Para la Salud. República Bolivariana de Venezuela, 2018

Anexo G. Flujograma de manejo: Gonorrea faríngea



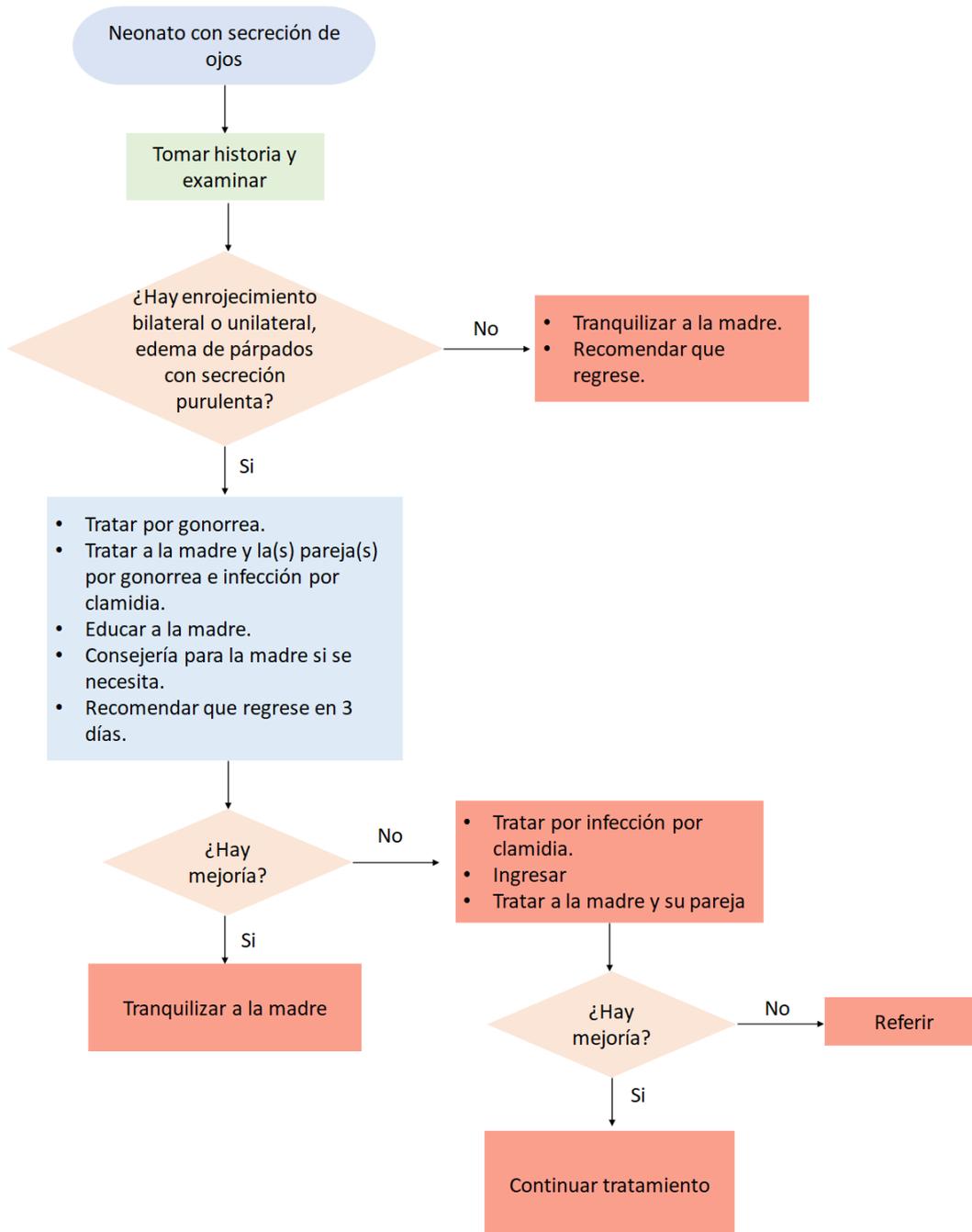
Fuente: Guía para el Manejo Sintomático de las ITS. Ministerio del Poder Popular Para la Salud. República Bolivariana de Venezuela, 2018

Anexo H. Flujoograma de manejo: Síndrome de dolor abdominal bajo



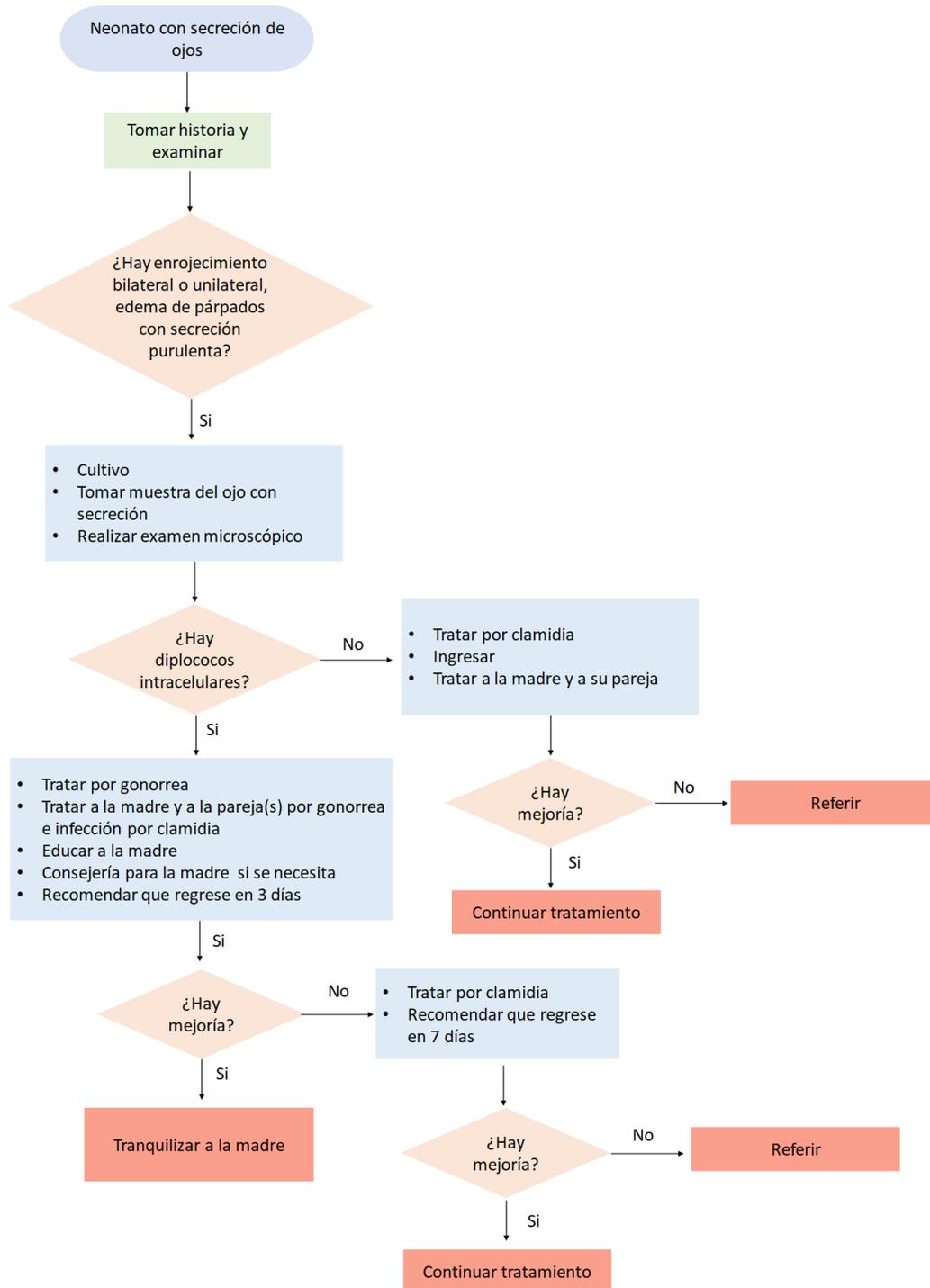
Fuentes: WHO Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (Syphilis), World Health Organization, 2016.
Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2021.
Guía Práctica Clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana 2013 (Modificado en marzo 2022)

Anexo I. Flujoograma de manejo: Conjuntivitis del Recién nacido (sin microscopio)



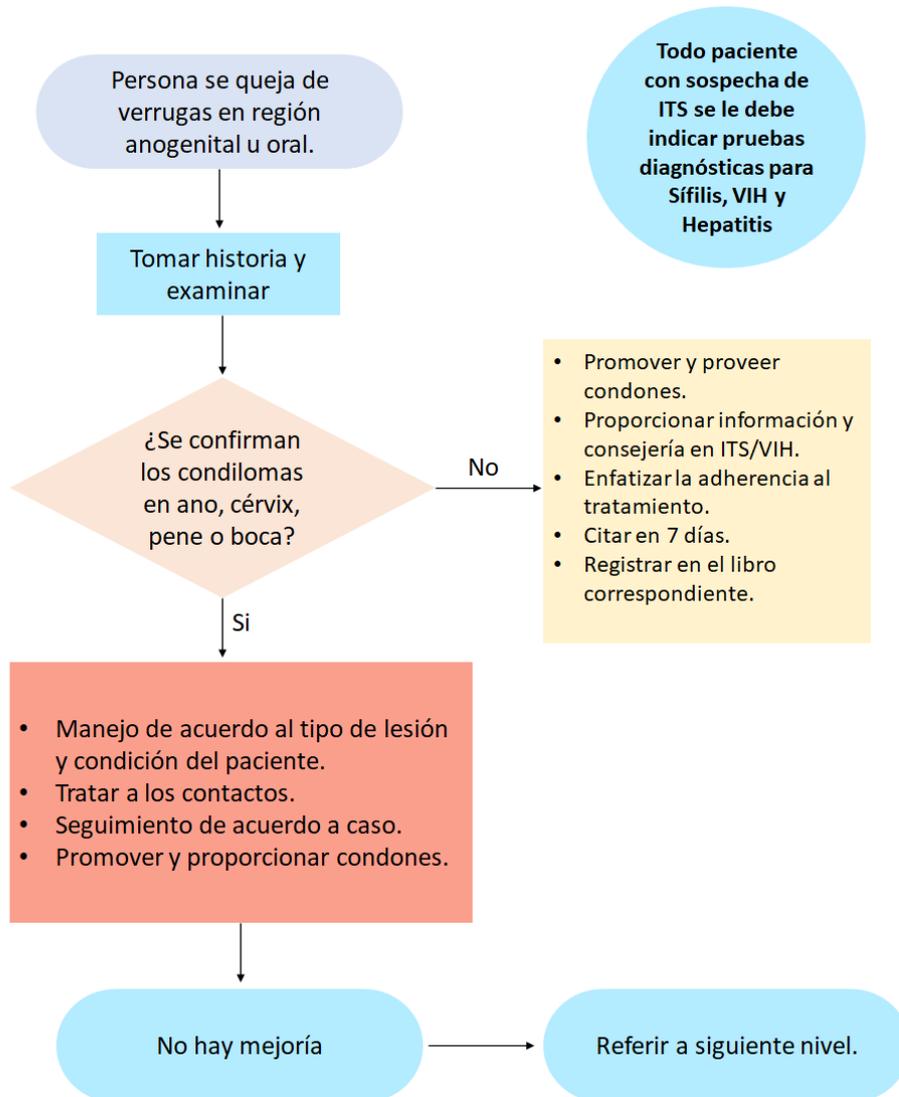
Fuente: *Guía Práctica Clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana 2013 (Modificado)

Anexo J. Flujoograma de manejo: Conjuntivitis del recién nacido (Con microscopio)



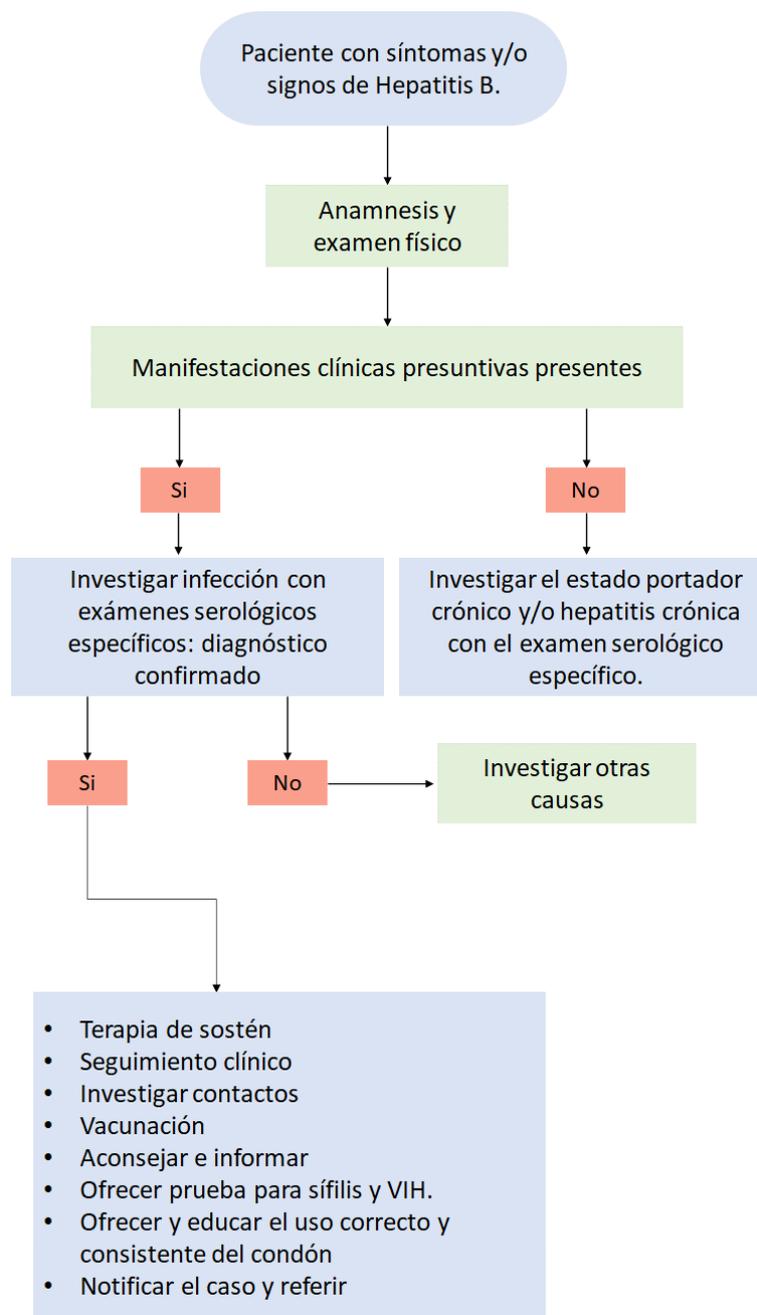
Fuente: *Guía Práctica Clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana 2013 (Modificado)

Anexo K. Flujograma de manejo: Condiloma acuminado



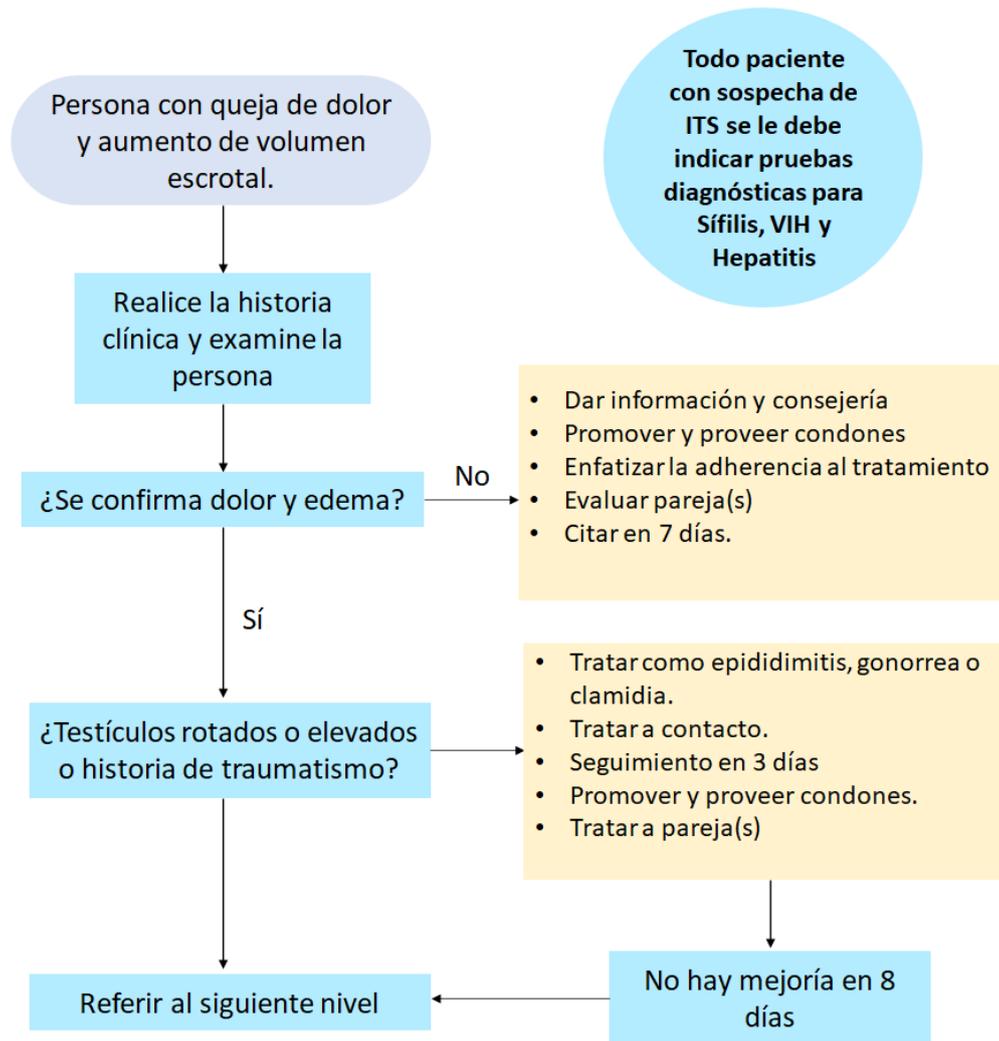
Fuente: Guía Práctica Clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana 2013 (Modificado)

Anexo L. Flujograma de manejo: Hepatitis B



Fuente: *Guía Práctica Clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana 2013 (Modificado)

Anexo M. Flujograma de manejo: Inflamación escrotal



Fuente: Guía para el Manejo Sindrómico de las ITS. Ministerio del Poder Popular Para la Salud. República Bolivariana de Venezuela, 2018

Anexo N: Interpretación de las pruebas serológicas de Sífilis, según sus reacciones.

Resultado	Interpretación
No treponémica (-) Treponémica (-)	Se excluye infección. Aunque poco frecuente, podría ser una infección reciente, por lo que existe sospecha de la infección, debe repetirse la prueba entre 15 y 21 días.
No treponémica (+) Treponémica (+)	Infección activa, especialmente con títulos altos (<1/4). A títulos bajos, puede deberse a una sífilis antigua tratada.
No treponémica (-) Treponémica (+)	Generalmente se debe a una Sífilis antigua tratada no activa. En ocasiones puede ser un falso positivo de la prueba treponémica.
No treponémica (+) Treponémica (-)	Se recomienda repetir utilizando otro método de prueba treponémica, si continúa negativo se trata de un resultado falso positivo de la prueba no treponémica y por tanto ausencia de infección.

Fuente: *Guía para la realización de pruebas para el diagnóstico de ITS/VIH*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana 2014.

38. BIBLIOGRAFÍA

1. Normas de la Infecciones de Transmisión sexual y SIDA, Ministerio de Salud Pública/ DIGECITS. Rep. Dom. 2012
2. Manual del Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual Ministerio de Salud Pública/ Dirección General de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS), Tercera edición.
3. Manual para Capacitadores en el Manejo Sindromático de las Infecciones de Transmisión Sexual. Cruz Palacios C., Egremy Mendívil G, Ramos Alamillo U. Censida, SS. Family Health International. USAID. Segunda edición, 2004.
4. Atlas de ITS: Manifestaciones, diagnóstico, Tratamiento. Cabral Soto J., Cuz, Palacios C., Ramos Alamillo U., Ruíz Gómez P. 2007.
5. Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Manual de bolso. Brasília, DF. 2006 ministerio da Saúde.
6. Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. Clínica, Laboratorio, Psicología y Sociología García García M; Valdespino Gómez J. L.; Cruz Palacios C. Secretaría de Salud. Publicaciones técnicas del INDRE. 1993.
7. Guía de Manejo de las infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de salud y Ambiente de la Nación, Argentina. 2004.
8. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Manual de Bolsillo. Brasilia-DF. 2006, Ministerio de Salud.
9. Manual del Manejo Sindrómico de las Enfermedades de Transmisión Sexual Ministerio de Salud Pública/Dirección de Riesgos Poblacionales/ Departamento de ETS/Sida. USAID/AIDSCAP, Honduras, 1997.
10. AIDSCAP-Haití/USAID. La prise en Charge des Maladies Sexuellement transmissibles a Haití. Protocoles pour les soins de Santé Primaire. Programmed AbaSIDA, AIDSCAP. Haití, 1996.
11. National HIV/STD. Control Programme, Practical case Management of Common STD Syndromes. Ministry of Health. Jamaica. 1993.
12. Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and reports.
13. Guidelines for Guidelines, Treatment of Sexually Transmitted Diseases 2010. US. Department of Health and Human Services. Georgia. V. 47/N.RR1. 1998. Morbidity and Mortality Weekly Report December 17, 2010 / Vol. 59 / No. RR-12
14. CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR.2006; 55(No. RR 11).
15. Holmes K. Sparling P. F., Mårdh P. et al., Sexually Transmitted Diseases. 3a. Edition. McGraw Hill. 1999.

16. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Organización Mundial de la Salud 2005.
17. Organización Mundial de la Salud. Atención a los Pacientes con Enfermedades de Transmisión Sexual. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Serie informes técnicos N. 810. Ginebra. 1991.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica. 2005
19. World Health Organization - Sexually Transmitted Diseases: Policies and principles for prevention and care. WHO/UNAIDS, 1997.
20. Fitzpatrick Th., Allen JR., Polano MK., Suurmond D., Wolff K. Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology. McGraw-Hill, Inc. 1992. Second Edition.
21. Hunter Handsfield H, MD. Color atlas and synopsis of sexually transmitted diseases. McGraw-Hill, Inc. 1992.
22. Perea EJ y col. Enfermedades de transmisión sexual. Ediciones Doyma. 1993.
23. Perea E. J. Enfermedades de Transmisión Sexual. Medicine. 6 (72): 3235-48.1994.
24. CDC. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2008. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2009.
25. Riedner G, Rusizoka M, Todd J, et al. Single-dose azithromycin versus penicillin G benzathine for the treatment of early syphilis. N Engl J Med 2005; 353:1236-44.
26. Hook EW, III, Martin DH, Stephens J, et al. A randomized, comparative pilot study of azithromycin versus benzathine penicillin G for treatment of early syphilis. Sex Transm Dis 2002; 29: 486-90.
27. Morbidity and Mortality Weekly Report. Guidelines for the prevention and control of Congenital Syphilis. CDC. Supplement. V.37.N.S-1. January 15, 1998
28. Botella Llusía J. Las enfermedades de transmisión sexual en la mujer. Salvat editores, S.A. 1988. 185-87.
29. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 12ª. Edición. Salvat. 1990.
30. Krugman S., Katz, S. L. Enfermedades infecciosas. Editorial Interamericana McGraw-Hill, 8ª edición; Pág. 286. México. ISBN 968-25-1467-
31. MacMillan A, Scott GR. Colour Aids Sexually Transmitted Diseases. Churchill
32. Livingstone. Logman Group UK Limited 1991.
33. Wentworth, Ph, Judson FN, MD, Gilchrist MJR Ph. Laboratory Methods for diagnosis for Sexually Transmitted Disease. 2Th. Edition. American Public Health Association. 1991. 13 -20.

34. Champion MJ: Clinical manifestations and natural history of genital human papillomavirus infection. *Obstet Gynecol Clin North Am* 14:363-388, 1987.
35. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Virus del papiloma humano, Parte II. Volumen 4/1996. McGraw-Hill. Interamericana Editores, S.A. de CV., 1997.
36. Gross G., Jablonska S., Pfister H., et al. *Genital Papillomavirus Infections Modern Diagnosis and Treatment*. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg 1990.\
37. Consenso multidisciplinar del Foro VPH. Infección por el Virus del Papiloma Humano. Volumen 44, No.7, julio 2001 de la Revista *Progresos de Obstetricia y ginecología*. Edit. DOYMA.
38. Degos R. *Dermatología*. 2da. Edición en español. La Prensa Mexicana, S.A.1984. 89-92.
39. *Control of Communicable Diseases in Man*. Benenson A. Editor. 15th edition 1990.81, 86, 185, 212, 420 p.
40. Vilaplana Juan. *Diccionario de dermatología*. Editorial JIMS. Barcelona, España. 1992. 41, 119
41. *The manual for Targeted Intervention Research on Sexually Transmitted Illnesses with Community Members*. Helitzer-Allen DL, Allen HA Jr. AIDSCAP/ USAID. 1994.
42. *Atención Médica a personas violadas*. Pedroza Islas L.A; Ramos Alamillo U. Y cols. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. México 2007
43. Bohlke K, Davis RL, Marcy SM, et al. Risk of anaphylaxis after vaccination of children and adolescents. *Pediatrics* 2003; 112:815–20.
44. CDC. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Post exposure Prophylaxis. *MMWR* 2001; 50 (No. RR-11).
45. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021, 23 julio). Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. En *Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Morbidity and Mortality Weekly Report* 2021;70 (4). U.S. Department of Health and Human Services.
46. Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2017). *Guía para el manejo sintromico de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)*.
47. Organización Mundial de la Salud, *Estrategia mundial del sector salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021*, Segunda edición, Ginebra, Ediciones de la OMS, 2016.

48. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
49. World Health Organization. (2016). WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis [PDF].
50. World Health Organization. (2016). WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (Syphilis).
51. World Health Organization. (2016). WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae
52. Loja-Oropeza, D., & Vilca Vásquez, M. (2006, diciembre). Sarna noruega (costrosa). Scielo.org.pe.
53. Organización Panamericana de la Salud. (2000, mayo). Promoción de la Salud Sexual recomendaciones para la acción.
54. Organización Mundial de la Salud. Módulos de capacitación para el Manejo sindrómico de casos. Módulo 2: Introducción al manejo sindrómico de casos de ITS. Última revisión OMS 2008.
55. Mace, D., Bannerman, R.H.O. y Burton, J. Las enseñanzas de sexualidad humana en las escuelas de formación de profesionales de la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975. Cuadernos de Salud Pública 57, pág. 9
56. Organización de las Naciones Unidas. (1994, septiembre). Informe de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo (A/CONF.171/13/Rev.1). pag 37.
57. Organización Mundial de la Salud. (s. f.). Constitución. Recuperado 15 de julio de 2022.
58. Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). Grupos de Población Clave. Organización Panamericana de la Salud (OPS).
59. Cruz Palacios, C., Ramos Alamillo, U., & González Rodríguez, A. (2011). Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS (Primera edición).
60. Reyes G, Ariel E. (2016). Infecciones de transmisión sexual: Un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela. Comunidad y Salud, 14(2), 63-71
61. A. Alarcón Allen y F. Baquero-Artigao (2010). Anales de pediatría. Revisión recomendaciones sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección posnatal por citomegalovirus. Asociación Española de Pediatría, Grupo de estudio de la infección por citomegalovirus de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica.
62. Román Barba, R. (2010, octubre). Molusco contagioso. Revisión y opciones de tratamiento. Mediagraphic.

63. Wiesenfeld HC, Hillier SL, Meyn LA, Amortegui AJ, Sweet RL. Subclinical pelvic inflammatory disease and infertility. *Obstet Gynecol.* 2012 Jul;120(1):37-43. doi: 10.1097/AOG.0b013e31825a6bc9. PMID: 22678036.
64. Reyes G, Ariel E. (2016). Infecciones de transmisión sexual: Un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela. *Comunidad y Salud*, 14(2), 63-71.
65. Organización de las Naciones Unidas. (1994, septiembre). Informe de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo (A/CONF.171/13/Rev.1). pag 37
66. Mace, D., Bannerman, R.H.O. y Burton, J. Las enseñanzas de sexualidad humana en las escuelas de formación de profesionales de la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975. Cuadernos de Salud Pública 57, pág. 9
67. Organización Panamericana de la Salud. (2000, mayo). Promoción de la Salud Sexual recomendaciones para la acción.
68. Loja-Oropeza, D., & Vilca Vásquez, M. (2006, diciembre). Sarna noruega (costrosa). *Scielo.org.pe*.
69. [Lacounty.gov](http://publichealth.lacounty.gov/dhsp/). [Internet]. LA county department of public health. División de Programas de VIH y ETS. DoxyPEP Fact Sheet. Disponible en: <http://publichealth.lacounty.gov/dhsp/>



Av. Héctor Homero Hernández V., Esq. Av. Tiradentes,
Ensanche La Fe, Santo Domingo, D.N. C.P.10514
Teléfono: (809) 541-3121
www.msp.gob.do
RNC. 401-00739-8

SANTO DOMINGO REPÚBLICA DOMINICANA