MINISTERIO DE SALUD

No. 263-2009/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ministerial

Lima, 23 de ABRIL del 2009

Visto el Expediente N° 07-061505-001, que contiene el Informe Nº 033/2009/DGSP/ESN PC ITS-VIH-SIDA/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas y el Informe Nº 221 -2009-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 1° de la Ley Nº 28243, Ley que amplía y modifica la Ley Nº 26626, declara de necesidad nacional e interés público la lucha contra la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS);

Que, la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son un problema de salud pública y uno de los desafíos más grandes para la vida y la dignidad de los seres humanos y cuya situación también afecta a nuestro país, a todos los ciudadanos, sin distinción económica, edad, sexo o raza;

M. Arce R.

Que, mediante documento del visto, la Dirección General de Salud de las Personas remite para su aprobación el proyecto de documento normativo "Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú", cuyo objetivo general es establecer orientaciones técnicas basadas en evidencia a fin de fortalecer la atención de las ITS con estrategias dirigidas hacía el tratamiento inmediato, oportuno con acciones de prevención y promoción de la salud;

V°B° E. CRUZ S.

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud;

V°B° Rojas M.

D. León Ch.

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la NTS N° 077 -MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú", la misma que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Encargar, a la Dirección General de Salud de las Personas, para que a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, difunda la Norma Técnica de Salud en los diferentes niveles operativos del Ministerio de Salud.

M. Arce R.

Artículo 3°.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en la dirección electrónica http://www.minsa.gob.pe/portal/transparencia/normas.asp del Portal de Internet del Ministerio de Salud.

E. CRUZ S.

Artículo 4°.- Dejar sin efecto la "Guía Nacional de Manejo de Casos de ETS", aprobada por Resolución Ministerial N° 428-98-SA/DM.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

OSCAR RAUL UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud

J. Rojas M.

D. León Ch.

NTS N° 077 - MINSA / DGSP V.01.
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL MANEJO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL PERÚ

I.- FINALIDAD

Uniformizar el manejo integral y de calidad de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), en el ámbito nacional, con nuevas estrategias de control y prevención en todos los niveles de atención, dirigido tanto a poblaciones específicas y población general que acude a los establecimientos del Sector Salud a nivel nacional (Ministerio de Salud, EsSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Clínicas y otros del Sub Sector Privado)

II.- OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer orientaciones técnicas basadas en evidencia a fin de fortalecer la atención de las ITS con estrategias dirigidas hacía el tratamiento inmediato, oportuno con acciones de prevención y promoción de la salud,

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Contar con un documento técnico basado en la evidencia que permita el manejo integral en la primera consulta (diagnóstico, tratamiento y consejería, provisión de condones y referencia de contactos).

2.2.2 Promover las actividades de consejería como estrategia prioritaria en las intervenciones de: prevención, atención y soporte a las personas afectadas por las ITS.

2.2.3 Analizar en forma conjunta, con el paciente, sobre los factores de riesgo de las ITS y de los otros temas relacionados con la prevención y el tratamiento.

2.2.4 Optimizar la relación usuarias/os y personal de salud, para mejorar el acceso a los establecimientos de salud.

2.2.5 Promover la búsqueda de servicios y la atención médica periódica de los grupos de elevada prevalencia para ITS, mediante la consejería y reconocimiento de síntomas de ITS a población vulnerable.

2.2.6 Contar con una publicación oficial, fácilmente accesible, concisa y actualizada dirigida a los profesionales de la salud involucrados en el manejo de pacientes con ITS/VIH y Sida.

E. CRUZ S.

III.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación en todos los establecimientos del Sector Salud a nivel nacional (Ministerio de Salud, EsSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Clínicas y otros del Sub Sector Privado).

IV.- BASE LEGAL

- **Ley N° 26626**, Ley CONTRASIDA, para la Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual.
- **Ley N° 26842,** Ley General de Salud.

- **Ley N° 28243**, Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y las infecciones de transmisión sexual.
- **Decreto Supremo N° 004-97-SA,** Aprueban el Reglamento de la Ley N° 26626, referido al logro de objetivos del Plan Nacional CONTRASIDA.
- **Decreto Supremo N° 010-97-SA**. Aprueba el aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos y afines.
- **Decreto Supremo N° 023-2005-SA.** Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- **Decreto Supremo N° 004-2007-SA,** establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciben financiamiento del SIS.
- **Decreto Supremo N° 005-2007-SA**, aprueba el Plan Estratégico Multisectorial 2007 – 2011 para la prevención y control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú.
- **Resolución Ministerial N° 235 – 96 SA/DM.** Aprueban el instrumento normativo "Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de las ETS y el SIDA en el Perú"
- **Resolución Ministerial N° 306-98-SA/DM**. Aprueban la Guía Nacional de Consejería en ETS/VIH/SIDA.
- **Resolución Ministerial N° 081 – 99 SA/DM** Aprueban la "Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con Infección VIH/SIDA"
- **Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM,** aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
- **Resolución Ministerial N° 1753-2002-SA/DM,** aprueba la Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos – SISMED.
- **Resolución Ministerial N° 731-2003-SA/DM**, aprueba la Directiva N° 020-MINSA-DGSP-V.01: Sistema de Atención para el Tratamiento Antirretroviral en los niños infectados por el virus de la Inmuno deficiencia humana.
- **Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA**, aprueba la Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.
- **Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA**, aprueba la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud"
- **Resolución Ministerial N° 769-2004/MINSA,** aprueba la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP V.01 Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
- **Resolución Ministerial N° 1052-2004/MINSA**, aprueba la Norma Técnica N° 023-2004-MINSA/DGSP-V.01: Manejo de Antirretrovirales y Reacciones Adversas para el médico de Atención Integral de las Personas Viviendo con el VIH/SIDA.
- **Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA,** aprueba la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- **Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA**, aprueba la NTS N° 047-MINSA/DGSP-V.01: para la Transversalización de los Enfoques de derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.
- **Resolución Ministerial N° 482-2007/MINSA**, actualizan Listado de Medicamentos Estratégicos y de Soporte y el Listado de Insumos Médico – Quirúrgico

E. CRUZ S.

Estratégicos y de Soporte para las atenciones de las intervenciones Sanitarias definidas por la Dirección General de Salud de las Personas.

- **Resolución Ministerial N° 335-2008/MINSA,** aprobar la NTS N° 064-2008/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión madre-niño del VIH y la Sífilis Congénita"
- **Resolución Jefatural N° 478-2005-J-OPD/INS**, aprueba el documento normativo MAN-INS-001 "Manual de Bioseguridad en Laboratorios de Ensayos, Biomédicos y Clínicos.

V.- DISPOSICIONES GENERALES

5.1 OBJETIVOS DEL MANEJO DE PACIENTES CON ITS

- Desarrollar un diagnóstico adecuado en el lugar de la primera consulta, aunque no se cuente con confirmación etiológica, ya que es reducida la posibilidad de lograr que el paciente retorne a un control posterior.
- Brindar un tratamiento rápido y oportuno con esquemas de dosis única en los casos que sea posible y cuya eficacia sea igual o mayor al 95%.
- Ofrecer dentro del marco de la atención integral información y las 4 C, que se traducen como:
  - Consejería, para el cambio de conductas de riesgo.
  - Cumplimiento del tratamiento.
  - Contactos o parejas sexuales (referencia y tratamiento).
  - Condones, promoción de su uso y provisión de los mismos.

5.2 ENFOQUES DE MANEJO DEL PACIENTE CON ITS

Las Infecciones de Transmisión Sexual pueden abordarse a través de diferentes enfoques o manejos. Los tres tipos de manejo en general son: el manejo etiológico, el manejo clínico y el manejo sindrómico.

5.2.1 El Manejo Etiológico

El diagnóstico se basa en el hallazgo del agente causal o la confirmación de su presencia a través de pruebas serológicas, microbiológicas y otras de apoyo diagnóstico. Durante mucho tiempo fue señalado como la manera más adecuada de ofrecer servicio médico a los pacientes con ITS, debiendo contar con el apoyo de un laboratorio que permita realizar exámenes diagnósticos precisos, lo que conlleva a:

5.2.1.1 Ventajas

- Tratamiento con diagnostico definido.
- Ayuda a conocer el comportamiento etiológico de las ITS dentro de una región.

5.2.1.2 Desventajas

- Los laboratorios capaces de realizar las pruebas necesarias requieren de equipos sofisticados, insumos costosos y personal altamente capacitado, que además no están disponibles en nuestro medio.

E. CRUZ S.

- Los lugares del primer encuentro con el sistema de salud (Puestos y Centros de Salud) no disponen de laboratorios adecuados.
- Y aún si se dispusieran de laboratorios con posibilidad de efectuar las pruebas solicitadas, la mayoría de las veces los resultados no son inmediatos y son caros.

Este tipo de manejo ha ocasionado que los pacientes no puedan ser tratados en la primera consulta, necesitando varias visitas de seguimiento para completar un tratamiento adecuado. Si añadimos la escasa aceptación de los pacientes por los servicios de salud y el difícil acceso a los mismos, la posibilidad de un control posterior es mínima y los costos resultantes del seguimiento pueden resultar elevados.

5.2.2 El Manejo Clínico

El diagnóstico se encuentra basado en la experiencia del examinador y en la elaboración del diagnóstico en base a la historia natural de una ITS.

Muchos médicos consideraban que el examen clínico practicado a sus pacientes era suficiente para obtener un diagnóstico certero, como por ejemplo en la uretritis gonocócica o no gonocócica, o en el caso de las diferentes etiologías que provocan úlceras genitales.

Sin embargo la experiencia ha demostrado que la sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico para las ITS es pobre. Esto es debido especialmente a la diversidad de los signos y a la presencia de infecciones mixtas.

5.2.2.1 Ventajas

- Precisa de un diagnóstico clínico asociado a un probable agente etiológico.
- Efectiviza insumos y medicamentos al dirigirlos a un solo diagnóstico clínico.

5.2.2.2 Desventajas

- Puede existir más de un patógeno ocasionando un mismo cuadro clínico (infección mixta).
- Los pacientes tardan en buscar ayuda médica llegando parcialmente tratados o en estadios tardíos más difíciles de diagnosticar.
- Los antibióticos sistémicos o tópicos, corticoides y otros medicamentos pueden alterar la apariencia de las lesiones.
- Las infecciones secundarias alteran la apariencia de las lesiones.
- Existen presentaciones atípicas, especialmente en personas VIH positivas.

Este tipo de manejo ha ocasionado que no se trate oportuna y/o adecuadamente a un número importante de ITS, lo que llevará a la aparición de complicaciones, a la diseminación de la infección hacia las parejas sexuales del infectado y a generar una actitud negativa y de menor aceptación hacia el proveedor de salud al no dar una respuesta adecuada y oportuna al problema.

5.2.3 El Manejo Sindrómico

Es una estrategia utilizada como medida efectiva para diagnóstico y tratamiento de las ITS y es usado para personas con síntomas de alguna ITS, como propuesta de la OMS, busca ofrecer diagnósticos y tratamientos adecuados y oportunos durante la primera consulta, haciendo uso de recursos de laboratorio solo cuando estén disponibles, pero sin condicionar ni retardar la decisión terapéutica. El propósito es identificar síndromes y manejarlos adecuadamente. (Ver Anexo N° 1 "**Las Infecciones de Transmisión Sexual como un problema de Salud pública**")

Se basa en un problema de salud que motiva la búsqueda de atención en un establecimiento de salud.

Un síndrome es definido como un grupo de síntomas que aquejan a un paciente y/o signos encontrados al momento de examinarlo; para tomar las decisiones terapéuticas se debe utilizar información sobre la frecuencia de los agentes etiológicos asociados al síndrome y cuales son los medicamentos más efectivos.

Los síndromes en ITS son fácilmente identificables por esto se usa fluxogramas que guían las decisiones y acciones adecuadas en las personas con ITS.

Estos fluxogramas o esquemas de tratamiento integran:

1) El reconocimiento del síndrome.
2) La decisión de tratamiento.
3) Los aspectos de información, educación y promoción de la prevención a través del concepto de las 4 C: (**C**umplimiento de tratamiento, **C**onsejería, Tratamiento de los **C**ontactos o pareja(s) y promoción de **C**ondones).

5.2.3.1. Ventajas del Manejo Sindrómico:

- Reduce la probabilidad de un diagnóstico clínico incorrecto.
- Permite decisiones y acciones claras y de fácil uso por todos los proveedores de salud.
- Considera tratamiento para varias infecciones concomitantes, que es muy común en las ITS.
- Estandariza los tratamientos en todos los niveles de atención, garantizando su eficacia con el uso de esquemas de elevada efectividad.
- Permite el tratamiento de los pacientes en la primera consulta interrumpiendo la cadena de transmisión en forma temprana. Efectiviza el manejo en una sola consulta.
- Combina la educación del paciente con la atención medica ya que da la oportunidad de introducir mensajes preventivos y promover el uso del condón.
- Garantiza la inmediata y adecuada indicación terapéutica lo que significa administrar el tratamiento durante la primera consulta, que en la mayoría de casos de ITS es la única.

5.2.3.2. Desventajas del Manejo Sindrómico:

- No puede ser usado en personas asintomáticas, condición muy común entre las mujeres.
- No abarca a otras entidades que se presentan con cierta frecuencia (ej. infección por Papilomavirus), como tampoco a algunos estadios clínicos de enfermedades como la Sífilis.

E. CRUZ S.

5.2.3.3. ¿Es el manejo Sindrómico la mejor opción?

El manejo sindrómico es una estrategia en la salud pública, que demuestra ser efectiva para disminuir la transmisión de las ITS comunes y tratables. Adicionalmente en lugares donde el empleo del manejo sindrómico se implementa adecuadamente, es un determinante importante para disminuir la transmisión del VIH.

Es ideal para situaciones o lugares en los que el diagnóstico basado en sofisticadas pruebas de laboratorio es impracticable o demasiado costoso. También es ideal para los servicios de atención primaria con consulta médica general y/o planificación familiar; y en los otros niveles de atención con consulta de Gíneco-Obstetricia, Urología, Dermatología, Infectología y Medicina Interna.

Ofrece además la ventaja adicional de que el/la paciente puede ser diagnosticado/a o tratado/a en una sola visita.

El uso de pruebas de laboratorio es recomendado siempre y cuando estén disponibles y no retarden la decisión terapéutica. Es necesario evaluar y actualizar las estrategias y herramientas utilizadas en el manejo de las ITS para proporcionar el mejor tratamiento usando el manejo Sindrómico. Por esta razón es importante conducir estudios de validación periódicas para determinar si las guías de tratamiento son apropiadas para los patrones de sensibilidad y resistencia en el país.

5.3 SÍNDROMES DE LAS ITS

Existen muchos síndromes asociados a ITS, en la siguiente tabla resumimos los más importantes.

Tabla N° 1: Síndromes asociados a Infecciones de Transmisión Sexual

Síndrome	Síntomas	Signos	Etiologías más comunes
Flujo vaginal (Descenso vaginal)	-Descenso vaginal	-Descenso vaginal o flujo vaginal anormal	Vaginitis asociada a: - Vaginosis Bacteriana Tricomoniasis - Candidiasis (si hay prurito asociado)
Descarga uretral en varón	-Pus o secreción por el pene -Ardor al orinar	- Pus o secreción por el pene	Clamidia y gonorrea
Ulcera genital en varón y mujer	-Ulcera genital	-Ulcera genital -Ganglios inguinales Palpables.	Sífilis Herpes Chancroide Menos frecuentes: Donovanosis Linfogranuloma venéreo
Dolor abdominal bajo	-Dolor abdominal bajo -Dolor con las relaciones sexuales	-Descenso vaginal -Dolor a la movilización de la cérvix y anexos -Temperatura >38°	Clamidia, Gonorrea y Anaerobios
Inflamación escrotal	- Dolor e inflamación escrotal.	Inflamación escrotal.	Clamidia, Gonorrea
Bubón inguinal	-Ganglios inguinales inflamados y dolorosos.	- Ganglios inguinales inflamados acompañados de absceso o fístula.	Linfogranuloma venéreo Menos frecuente: Chancroide

E. CRUZ S.

5.4 HISTORIA CLÍNICA

5.4.1 Habilidades para la toma de la historia clínica

La entrevista médica tiene como propósito, hacer el diagnóstico basado en la historia y examen eficiente, en el tiempo disponible para la tarea. El paso más importante en la entrevista es establecer una buena relación con el paciente, lo cual servirá para la visita y para crear una relación de confianza hacia el futuro.

Para iniciar una comunicación positiva y empática con nuestros/as pacientes es necesario conocer ciertas habilidades que nos pueden ayudar en dicha comunicación:

- Habilidades no verbales: son aquellas que tienen que ver con nuestro comportamiento con el paciente.
- Habilidades verbales: son aquellas que tienen que ver con como le hablamos al paciente y le hacemos preguntas.

5.4.1.1 Habilidades no verbales

La clave del comportamiento no verbal efectivo es tratar al paciente con respeto y darle mucha atención, siendo el primer paso el saludar al paciente de manera apropiada y amigable, como le gustaría que lo hicieran con usted.

A continuación le presentamos algunos pasos importantes para la comunicación no verbal adecuada:

- Atender al paciente con privacidad y confidencialidad es esencial. La entrevista se debe dar en un lugar tranquilo, donde las probabilidades de interrupción sean mínimas asegurando al (o a la) paciente que la información que se discuta durante la entrevista se mantendrá en estricta reserva (será confidencial).
- Establecer contacto visual con el paciente, mirar directamente al o la paciente; de este modo la relación es más directa y confiable.
- Escuchar cuidadosamente lo que diga el paciente. Haga notar que lo está escuchando inclinándose hacia delante ligeramente y hacia el paciente; asienta su cabeza o comente ocasionalmente para animarlo.
- Sentarse si el paciente está sentado y pararse cuando el paciente se pare; es mucho mejor estar al lado de una mesa o escritorio que detrás de él.

Estos cuatro aspectos son muy simples y pueden diferenciar entre ganar o perder la confianza del paciente.

5.4.1.2 Habilidades Verbales

Nuestro objetivo es hablar con el paciente, preguntarle que es lo que tiene y de esa manera obtener la información que nos sea útil para tratar de aliviar sus problemas y ansiedades. Para ello debemos preguntar no sólo sobre sus síntomas e historia médica, sino también sobre su historia sexual, es importante tomar en cuenta las limitaciones de tiempo que normalmente se tienen en una consulta médica.

A continuación conoceremos algunos consejos útiles para llevar a cabo una buena entrevista:

- Explique al paciente la importancia de la información que va a proporcionar.
- Pida permiso al paciente para preguntar sobre su ITS o su comportamiento sexual.

E. CRUZ S.

- Haga preguntas con frases educadas y respetuosas, aunque esté ocupado o de prisa, evitando en todo momento hacer juicio de valores.
- Use palabras que el paciente comprenda evite utilizar términos médicos, estos pueden ser no entendidos.
- Haga preguntas especificas, así el paciente conoce exactamente como responderle.
- Haga una sola pregunta a la vez y espera la respuesta antes de formular la siguiente. Las preguntas dobles confunden.
- Evite las preguntas de juicio moral.
- Evite hacer preguntas preestablecidas: Pregunte con sus propias palabras.
- Existen otras habilidades adicionales, que pueden ser extremadamente útiles cuando se entrevistan a pacientes con ITS. Estas pueden ayudarle a manejar las emociones del paciente y recoger información efectiva. Existen seis habilidades adicionales a destacar:

a. Facilitación:

Puede ser una habilidad verbal o no verbal. Un ejemplo de facilitación no verbal es el realizar movimientos faciales o corporales como por ejemplo asentar la cabeza para facilitar la comunicación con el o la paciente.

La facilitación verbal, por otro lado, se basa usar palabras, frases u otros sonidos para animar al paciente a que continué hablando. Por ejemplo el repetir la última palabra o frase que el paciente ha dicho, de manera que sirva de pie para que el continúe con su relato.

b. Dirección:

Es tratar de conducir el diálogo cuando un paciente está confundido y no sabe por donde empezar, o cuando está hablando rápidamente y confunde el tema que es motivo de preocupación.

c. Resumir y verificar:

Resumir y verificar permite asegurar la comprensión correcta de los mensajes.

El paciente puede ayudarnos a corregir algunos mal entendidos.

d. Empatía:

Es una de las habilidades más importante cuando tratamos la vida y sentimientos del paciente.

e. Dar confianza:

Es importante para demostrar la aceptación de los sentimientos del paciente. Expresiones como: "*No se preocupe. Tan pronto confirmaremos lo que le está pasando, podremos empezar el tratamiento que le hará sentir mejor*".

f. Alianza:

Implica establecer un compromiso personal de salud – paciente, asimismo con el equipo de personas con quienes trabaja.

5.4.2. Preguntas Importantes de la Historia Clínica

La información que se necesita para una buena historia clínica de un paciente con ITS se puede clasificar en cuatro áreas:

a. Detalles Generales:

- Edad
- N° de hijos
- Estado Marital
- Número de hijos

b. Enfermedad actual

Que molestias la/lo aquejan y duración

• En pacientes varones:

- Si es un bubón inguinal: ¿Es doloroso?, ¿Está asociado con ulcera genital?, ¿Hinchazones en otra parte del cuerpo?
- Si es una descarga uretral: ¿hay dolor al orinar?
- Si es hinchazón escrotal: ¿historia del trauma?

• En pacientes mujeres:

- Si es descenso vaginal: ¿olor diferente al usual?, ¿color? ¿Cantidad? ¿se asocia a otros síntomas como picazón o dolor abdominal bajo?
- Si es dolor de bajo vientre: ¿hay descenso vaginal? ¿Sangrado vaginal?, ¿Menstruación irregular o dolorosa?, ¿Falta o retraso menstruales?

• En pacientes hombres y mujeres

- Si es úlcera genital: ¿es dolorosa o no?, ¿De aparición espontánea?
- ¿Ha tenido antes algo así?

c. Historia médica

- Alguna ITS pasada: ¿Tipo?, ¿Fecha?, ¿Algún tratamiento y resultados?, ¿Resultados de pruebas?
- Otras enfermedades: ¿Tipo?, ¿Fecha?, ¿Algún tratamiento y resultados?, ¿Resultados de pruebas?
- ¿Esta usted usando alguna medicina (ej. tradicional, remedios caseros) para tratar sus síntomas?
- ¿Tiene usted alergia a alguna medicina?

d. Historia sexual:

- ¿Es sexualmente activo/a?
- ¿Tuvo nuevas parejas en los últimos 3 meses?
- Factores de riesgo (como relaciones sexuales sin protección (sin condón), varias parejas sexuales, parejas sexuales casuales, sexo con trabajadoras/es sexuales, uso de alcohol o droga, lo que usualmente implica incapacidad de tener sexo protegido).
- Síntomas de la pareja
- Pregunte si la pareja(s) del paciente ha tenido recientemente algún síntoma anormal.
- ¿Su(s) pareja(s) sexual(es) ha tenido síntomas de ETS o ha sido diagnosticado de ETS?

MINISTERIO DE SALUD V° B° E. CRUZ S.

¿Cómo hacer preguntas para obtener esta información?

La información que se debe obtener en un paciente con ITS está resumida en la lista anterior, sin embargo la forma de colectar la información requiere el uso de las habilidades que fueron discutidas anteriormente. Debe buscarse combinar preguntas abiertas y cerradas, y hacer uso de las habilidades verbales con facilitación, dirección, resumir y verificar, promover la empatía, dar confianza y crear alianzas con el paciente.

5.4.3 Examen Físico

El propósito del examen físico, no solo es verificar el síntoma que el paciente trae sino también buscar otros signos asociados a ITS. A veces no es posible verificar el síntoma que el o la paciente refiere, por ejemplo es una práctica frecuente de muchas mujeres hacerse lavados vaginales un poco antes de ir al médico por la "vergüenza" de tener descenso de modo que se hace difícil verificar su presencia o sus características.

Examinar los órganos genitales de una persona requiere tacto, sensibilidad y respeto por parte del personal de salud. Para muchos de los pacientes puede ser incómodo y vergonzoso.

Las personas pueden sentirse reacias para hacerse un examen genital, por ello debemos ser muy profesionales en nuestro comportamiento, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Asegure la privacidad. Es importante considerar que cuando profesionales varones van a examinar a una paciente mujer, debería estar presente otro personal de salud mujer en la sala de exámenes. Esta práctica protege tanto al paciente como al profesional de la salud.
- Explique en qué consiste el examen y por qué es importante.
- Aunque el tiempo que tenga para examinar al paciente sea corto, haga que sea una atención de calidad.
- Enfoque el examen de modo confidencial y profesional.
- Use todas las habilidades de comunicación abordadas anteriormente.

E. CRUZ S.

SIEMPRE que vaya a examinar a una persona del sexo opuesto asegúrese que este presente otro personal de salud del mismo sexo que el paciente en la sala de examen.

5.4.3.1 Examen de pacientes varones para síndromes de ITS

A continuación le presentamos los pasos necesarios para este examen:

a. Haga que el paciente se pare y baje sus pantalones, así quedará descubierto desde la cintura a las rodillas. Puede ser posible examinar en el tiempo que esté parado, aunque algunas veces le parezca fácil si el paciente esta echado.

b. Palpe la región inguinal para detectar la presencia o ausencia de nudos linfáticos agrandados y bubones.

c. Palpe el escroto, sintiendo las partes individuales de la anatomía:

   - Testículos
   - Epidídimo
   - Cordón espermático

d. Examine el pene, notando algunas erupciones o dolores. Pida al paciente retractarse el prepucio, y mirar el:

   - Glande

- Meato uretral

- Surco balano prepucial

Si no puede ver una descarga uretral evidente, pida al paciente ordeñar la uretra para evidenciar alguna descarga.

e. Registre la presencia o ausencia de:

- Bubones

- Ulceras

- Descarga uretral, notando el color y la cantidad.

5.4.3.2 Examen de pacientes femeninos para síndromes de ITS

Es importante considerar que cuando profesionales varones van a examinar a una paciente mujer, debería estar presente otro personal de salud mujer en la sala de exámenes. Esta práctica protege tanto al paciente como al profesional de la salud.

a Pida a la paciente que se quite la ropa debajo de la cintura, y se acueste en la mesa de examen. Para evitar que se avergüence, use una sábana o una solera para cubrir las partes de su cuerpo que no serán examinados.

b Pida a la paciente doblar sus rodillas y separar sus piernas, para examinar la vulva, ano y perineo.

c Palpe la región inguinal para detectar la presencia o ausencia de ganglios linfáticos agrandados, y bubones.

d Palpe el abdomen, en busca de masas.

e Recuerde la presencia o ausencia de:

- Bubones
- Ulceras, verrugas genitales, otras lesiones en la zona perineal
- Descenso vaginal, notando tipo, olor, color y cantidad.

Si desea hacer el tacto vaginal o examen bimanual SIEMPRE utilice guantes descartables por razones de ética y bioseguridad.

f Si cuenta con las facilidades adecuadas, como mesa ginecológica y espéculos (ya sean descartables o autoclavables) considere el examen de vagina y cervical mediante especulo, buscando flujo vaginal, lesiones o excrescencia (verrugas) en la pared vaginal. Revise el cuello uterino busque lesiones o dos importantes signos: mucopus (secreción amarillo verdosa en hisopo cuando se compara contra un fondo blanco que puede ser una hoja de papel) o friabilidad cervical (que implica sangrado fácil de la cérvix de manera espontánea o inducida al roce leve). Estos dos síntomas, mucopus o friabilidad de la cérvix, de manera independiente se asocian a infecciones por clamidia y gonorrea.

g. Realice examen bimanual buscando dolor en cérvix y/o anexos durante el tacto y/o a la movilización que sugiera la presencia de enfermedad pélvica inflamatoria.

5.5 INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN AL PACIENTE CON ITS

Al terminar el examen físico se debe dar tiempo al paciente para vestirse e incorporarse y explicarle los hallazgos en el examen. Converse en todo momento con el paciente, eso le dará confianza y lo hará sentir más seguro.

Los objetivos buscados al informar o educar al paciente con ITS son:

a) Prevención primaria, o buscar prevenir infección en pacientes no infectados. Esta es una de las estrategias más importantes para reducir la propagación de las ITS e implica integrar los mensajes de prevención en la práctica médica diaria como parte de una rutina de salud, sin esperar que el paciente venga con la ITS. Conversar en lo posible con todos los pacientes acerca de posibles comportamientos de riesgo, reconocimiento de síntomas, como prevenir el contagiarse de una ITS y sexo seguro.

b) Asegurar la completa curación del paciente cuando tiene ITS: promoviendo el mensaje del cumplimiento del tratamiento.

c) Prevención secundaria que permite:

- Prevenir la transmisión de la infección en la comunidad

- Prevenir complicaciones y re-infección del paciente.

En general todo paciente con ITS debe recibir y comprender los siguientes mensajes:

- Tiene una infección transmitida sexualmente
- Practicas más seguras incluyendo el uso de condón.
- Síntomas de las ITS
- Si las ITS no se tratan pueden tener complicaciones.
- Regresar a control si los síntomas continúan.
- Comprender su responsabilidad sobre la diseminación de las ITS incluyendo el VIH.
- Información sobre servicios de salud a consultar

a. Tiene una infección transmitida sexualmente.

El o la paciente debe entender que adquirió la infección durante una relación sexual. Esto ayudará cuando se le informe sobre la importancia del tratamiento de su(s) pareja(s). No obstante, en ciertas patologías productoras de flujo vaginal, que no necesariamente son de transmisión sexual - Vaginosis bacteriana y Candidiasis - deberá establecerse el mayor riesgo de contraer otras ITS como la infección por el VIH si no reciben tratamiento adecuado.

b. Prácticas más seguras incluyendo el uso consistente y adecuado del condón.

El sexo seguro es cualquier actividad sexual que reduce el riesgo de transmitir ITS y VIH de una persona a otra. El sexo seguro no permite que el semen, el fluido vaginal o sangre ingrese en el cuerpo a través de la vagina, ano o una herida abierta o cortada.

Prácticas sexuales Seguras:
Actividades que disminuyen la transmisión de las ITS y el VIH:

- **Limitar el número de parejas**
- **Uso de condones de manera correcta y consistente.**
- **Retraso del inicio sexual en adolescentes.**
- **Alternativas al sexo penetrativo**
- **Discutir habilidades de Negociación con la(s) pareja(s).**

Fuente: OMS. Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections: A guide to essential practice. Geneva, 2005

"Donde hay semen, secreción vaginal o sangre, hay riesgo, este riesgo puede ser bajo, mediano o alto dependiendo de las circunstancia", por ello es necesario el uso de Condón.

c. Síntomas de las ITS

El paciente debe reconocer los síntomas de: descarga uretral, ulcera genital, descenso vaginal anormal, dolor abdominal bajo, y debe acudir tempranamente a los servicios de salud.

d. Si las ITS no se tratan pueden tener complicaciones.

Se debe informar al paciente sobre las complicaciones que se pueden presentar si la ITS no se trata a tiempo y si no se cumple con el tratamiento. Debe explicarse que algunas complicaciones pueden comprometer su fertilidad e incluso su vida y que existe la posibilidad de contagiar al recién nacido si la paciente queda embarazada.

e. Regresar a control si los síntomas continúan.

Dado que podrían requerir más días de tratamiento o utilizar otro esquema.

f. Comprender su responsabilidad sobre la diseminación de las ITS incluyendo el VIH

La persona infectada con una ITS debe abstenerse de relaciones sexuales o debe usar condón hasta que esté completamente curada y su pareja sea adecuadamente tratada. Si incumpliera tales indicaciones puede contagiar la ITS a su pareja o corre el riesgo de volver a infectarse. Se le debe informar que tener relaciones sexuales cuando se tiene una ITS incrementa el riesgo de adquirir o transmitir el VIH.

g. Información sobre servicios de salud a consultar

Se debe fomentar la búsqueda de servicios de salud para la atención de las ITS. Se proporcionará alternativas donde las personas puedan consultar. A las mujeres se les debe informar sobre la necesidad e importancia del control prenatal y el descarte de Sífilis al inicio del embarazo. Los varones también deberán conocer esta información para facilitar a sus parejas el acceso a los diferentes servicios.

E. CRUZ S.

Cuando un paciente llega con síntomas de ITS este es el momento ideal para darle toda esta información. Pero existen otras situaciones que pueden aprovecharse para dar información acerca de ITS a los pacientes:

1). Cuando se trata de un paciente que acude por otra razón a la consulta, como por ejemplo por planificación familiar, es también es una excelente oportunidad para dar información acerca de las ITS, como se previenen, como reconocer los síntomas y conversar acerca de el condón como una forma de "doble protección" contra las ETS y los embarazos no deseados.

2). Una paciente que viene por consulta prenatal, se debe aprovechar la consulta para informar acerca de las ITS, la importancia de la prevención y detección de la sífilis u otras infecciones que podrían complicar el embarazo.

5.6 LAS 4 C

Una forma sencilla para el proveedor de salud para recordar los principales componentes de la información y consejería del paciente con ITS es el uso de la regla las 4C. Es importante que antes de finalizar la visita del paciente, el proveedor revise si cumplió con desarrollar las 4C.

- Consejería.
- Cumplimiento del tratamiento.
- Contactos.
- Condones.

5.6.1 Consejería. Se refiere a la comunicación directa entre dos personas, una con un problema que la aqueja y la otra tratando de ayudar a comprenderlo y resolverlo. Es la intervención para el cambio de comportamiento más efectiva. La consejería es obligatoria en la atención de todo paciente con ITS y tiene como propósito ayudarle a realizar los cambios necesarios en sus actitudes y comportamientos para disminuir el riesgo de adquirir en el futuro una nueva ITS, incluyendo el VIH. Ayuda al paciente a reconocer sus riesgos y motive el cambio.

En la consejería se trabajará la posibilidad de lograr que el paciente acepte voluntariamente someterse a una prueba diagnóstica para descartar la infección por el VIH.

5.6.2 Cumplimiento del tratamiento. La experiencia mundial ha encontrado que las razones más frecuentes por las que no se cumple el tratamiento están referidas a que:

- El paciente no entendió las instrucciones.
- El esquema del tratamiento le resultó muy complicado.
- El medicamento indicado fue muy costoso.
- Hubo efectos indeseables durante el tratamiento.
- El paciente no percibió las potenciales consecuencias de su ITS.
- Dejaron de tomar los medicamentos al notar mejorías.

Sin duda, para mejorar el cumplimiento del tratamiento se deberán brindar instrucciones muy precisas sobre el tratamiento a seguir, debiendo discutirse con el paciente sobre los problemas potenciales que pudiese enfrentar gran cantidad de medicamentos a ingerir, costos elevados, efectos indeseables, etc.

5.6.3. Contactos. Se define como contactos a todas las parejas con las que el paciente ha tenido relaciones sexuales en los últimos 60 días para Descarga Uretral (DU), Cervicitis (Cx), Dolor Abdominal Bajo (DAB), Tricomoniasis (TR), Gonorrea (GC) e infección por Clamidia (CL), en los últimos 90 días para Úlcera Genital (UG), Bubón Inguinal (BI), y en los últimos 12 meses para Sífilis latente (SL). En la siguiente tabla se resume el tratamiento a las parejas o contactos.

Tabla N° 2 Tratamiento de la(s) pareja(s) o contacto(s) sexual(es)

Síndrome de paciente índice	Tratamiento de la pareja
Descarga Uretral	Se debe tratar a la(s) pareja(s) que hayan tenido relaciones sexuales en los últimos 60 días (2 meses) con el caso índice. Trate a la pareja para gonorrea y Clamidia, es decir el mismo tratamiento que el caso índice.
Úlcera Genital	Se debe tratar a la(s) pareja(s) que hayan tenido relaciones sexuales en los últimos 90 días (3 meses) con el caso índice. Se debe tratar a la(s) pareja(s) para sífilis y Chancroide, es decir con el mismo tratamiento que el caso índice.
Descenso vaginal	No es necesario que la pareja sea tratada a menos que el descenso sea recurrente o se tenga el diagnostico de Tricomoniasis.
Enfermedad Inflamatoria Pélvica	Se debe tratar a la(s) pareja(s) que hayan tenido relaciones sexuales en los últimos 60 días (2 meses) con el caso índice. Trate a la pareja para gonorrea y Clamidia.
Bubón Inguinal	Se debe tratar a la(s) pareja(s) que hayan tendido relaciones sexuales en los últimos 30 días (1 mes) con el caso índice. Trate a la pareja para linfogranuloma venéreo.

Fuente: "Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual y Prevención de Embarazo no Deseado: Manual Autoinstructivo", Proyecto PREVEN 2003.

A excepción del caso de la gestante con Sífilis, donde si hay búsqueda activa de contactos (parejas sexuales), la única estrategia recomendable para la búsqueda de contactos de un caso de ITS es que el propio paciente refiera a sus parejas. Para ello, todo paciente diagnosticado con una ITS recibirá una o más **tarjetas de referencia de**

contactos (Anexo N° 2), las cuales deberán ser entregadas a su o sus parejas sexuales, para recibir tratamiento gratuito. El tratamiento del contacto será similar al caso índice.

Se debe tener presente en todo momento que los principios de un buen manejo de contactos se basan en:

- Ser confidencial.
- Ser voluntario.
- Ofertar servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS disponibles para todas las parejas sexuales de los casos índices.
- Proteger de la discriminación y estigmatización a los pacientes.

5.6.4. Condones. Todo paciente que acuda a consulta por una ITS puede volver a adquirir otra igual o similar en el futuro. Los mensajes educativos y la consejería deben lograr el cambio de conductas hacia comportamientos de menor riesgo, esto incluye la compra o adquisición y uso del condón.

Es importante enfatizar que el condón brinda doble protección: ***PROTEGE DE LAS ITS INCLUYENDO EL VIH Y DE LOS EMBARAZOS NO DESEADOS O NO ESPERADOS.***

En cada sesión se instruirá a todos los pacientes sobre el uso de los condones, para lo cual se efectuarán demostraciones utilizando dildos u otros objetos adecuados, para luego hacerles entrega de preservativos con el fin de promocionar su uso.

Este procedimiento también se efectuará en consultantes que no tuviesen evidencia clínica de una ITS debido a que desarrollaron conciencia de un riesgo potencial por haber incurrido en una conducta de riesgo, lo que motivó la consulta al establecimiento de salud. Está normada la entrega de 20 condones (como mínimo) por paciente visto en consejería y 100 condones (como mínimo) por consejería para trabajador(a) sexual.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

El objetivo central del manejo de casos de ITS es el de hacer un diagnóstico adecuado que permita dar un tratamiento oportuno en la primera visita. El manejo sindrómico permite cumplir con este objetivo.

Los síndromes más frecuentes de ITS son:

- Síndrome de Descarga Uretral.
- Síndrome de Úlcera Genital.
- Síndrome de Flujo Vaginal.
- Síndrome de Dolor Abdominal Bajo.
- Síndrome de Bubón Inguinal.

6.1 SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL (DU EN VARONES)

6.1.1. Definición

Una de las quejas más comunes de ITS en hombres, y representa la infección de la uretra o uretritis. Se caracteriza por presentar secreción o fluido por la uretra acompañado de ardor y/o dolor al orinar. La secreción uretral puede ser purulenta o mucoide; clara, blanquecina o amarillo-verdosa; abundante o escasa, a veces sólo en las mañanas o que sólo mancha la ropa interior.

A veces puede ser necesario solicitar al paciente ordeñar la uretra hacia adelante. Si el paciente no es circuncidado se le debería examinar con el prepucio retraído para estar seguro que la descarga viene del canal uretral y no del espacio sub-prepucial.

6.1.2. Etiología

Puede deberse a infección por Neisseria Gonorrhoeae (Uretritis gonocócica - UG) o a una variedad de agentes etiológicos (Uretritis no gonocócica - UNG) como la Chlamydia Trachomatis - el agente más común -, Ureaplasma Urealyticum, Micoplasma Genitalium y raras veces otros gérmenes como la Trichomona Vaginalis. Incluso las infecciones por herpes genital algunas veces pueden asociarse a uretritis.

6.1.3. Limitaciones del diagnóstico clínico - etiológico

a. No es posible distinguir clínicamente entre la uretritis gonocócica de la no gonocócica debido a que estas infecciones comparten características similares que hacen imposible distinguir, solo en base al examen físico, si la infección fue producida por gonorrea o Clamidia u otro organismo.

b. En el Perú de lejos las causas mas frecuentes de DU son gonorrea y Clamidia, esta última asociada al menos a un 55% de las descargas uretrales. También es frecuente que se asocien ambas infecciones (coinfección), según algunos autores esto se presenta entre el 25-60% de los casos de DU.

   Frente a estas evidencias, todos los pacientes con descarga uretral deben recibir tratamiento para Gonorrea (UG) y Clamidia (UNG) al mismo tiempo.

Fluxograma de Manejo del Síndrome Descarga Uretral (DU)

En los centros de referencia de ITS (CERITS) y establecimientos con capacidad de efectuar pruebas de laboratorio con resultados inmediatos se podrá confirmar la uretritis mediante el uso de laboratorio.

6.1.4 Tratamiento

Dada la frecuencia de las infecciones por gonorrea y clamidia y su asociación en los casos de pacientes con descarga uretral se recomienda dar tratamiento para ambas etiologías. El tratamiento debe incluir dos antibióticos, uno efectivo contra Neisseria gonorrhoeae, como la Ciprofloxacina y otro efectivo contra Chlamydia trachomatis, como la Azitromicina. Se recomienda el uso de esquemas de dosis única a fin de mejorar el cumplimiento. Múltiples estudios científicos han demostrado que las dosis únicas para gonorrea y clamidia son muy efectivas y además mejoran el cumplimiento del tratamiento. El paciente debe abstenerse de tener relaciones sexuales o usar condón por 7 días luego de haber recibido el tratamiento.

E. CRUZ S.

El Ministerio de Salud provee el siguiente esquema de manera gratuita:

Ciprofloxacina 500 mg vía oral + **Azitromicina** 1 g vía oral en dosis única

Como antibióticos alternativos efectivos contra Neisseria gonorrhoeae tenemos:

- Ceftriaxona 250 mg vía intramuscular en dosis única.
- Cefixima 400 mg vía oral en dosis única.
- Espectinomicina 2 g vía intramuscular en dosis única (no es activo contra infección faríngea).

Como antibióticos alternativos efectivos contra Chlamydia trachomatis tenemos:

- Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días
- Ofloxacino 300 mg vía oral cada 12 horas por 7 días.
- Tetraciclina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días.

El problema con estos antibióticos es el cumplimiento del tratamiento completo.

Además, se debe brindar al paciente información y las 4 C, iniciándose el tratamiento durante la primera consulta.

6.1.5. Manejo de los contactos

a. Se considerará como contacto a toda persona que ha tenido relaciones sexuales con el caso Índice en los últimos 60 días.

b. El contacto recibirá el mismo tratamiento que el caso índice (TRATAMIENTO PARA GONORREA Y CLAMIDIA) tenga o no sintomatología. Si el contacto fuese una mujer gestante o que da de lactar se procederá a dar tratamiento según esquema sugerido para gestantes:

   Ceftriaxone 250 mg vía intramuscular en dosis única o Espectinomicina 2 g intramuscular en dosis única + **Azitromicina** 1 g vía oral en dosis única o Eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas por 7 días.

c. Si además se evidenciara otro síndrome, se usará el fluxograma correspondiente.

d. Debe brindarse información y las 4 C.

e. El tratamiento debe ser proporcionado durante la primera consulta.

E. CRUZ S.

6.1.6. Seguimiento

La mejoría luego del tratamiento se observa dentro de los primeros días. Usualmente los síntomas desaparecen entre la primera y segunda semana post tratamiento. Se recomendará al paciente que regrese a la consulta sólo si evidencia persistencia de los síntomas.

6.1.7 Consideraciones especiales

- **Paciente infectado por VIH:** Es importante recordar que las uretritis facilitan la transmisión del VIH. El paciente infectado por VIH recibirá el mismo tratamiento que el no infectado en la primera consulta. Es importante seguir al paciente y de considerar utilizar pruebas de laboratorio ante la posibilidad de recurrencias.

- **Uretritis recurrente y uretritis persistente:** Antes de decidir dar nuevamente tratamiento, es importante objetivar signos de uretritis: descarga uretral, leucocitos en secreción uretral en coloración Gram (>= 5 PMN por campo en aceite de inmersión 400X), o leucocitos en primera orina de la mañana (>=10 PMN por campo a 400X)

No existen esquemas de tratamiento efectivos para este grupo de pacientes. Recomendamos:

a. Si el paciente no cumplió con el tratamiento o si hubo exposición a pareja sexual no tratada, repetir el tratamiento inicial.

b. Si el paciente cumplió con el tratamiento y no se expuso a pareja sexual no tratada, hacer examen directo con suero salino para buscar Trichomonas vaginalis. Si el examen es positivo tratar con Metronidazol 2 g vía oral en dosis única.

c. Si el paciente cumplió con el tratamiento, no tuvo reexposición y el examen directo es negativo a Trichomonas vaginalis o no se puede hacer, se recomienda el siguiente régimen:

   Metronidazol 2 g vía oral en dosis única + Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días.

   Algunos casos de uretritis recurrentes pueden deberse a infección por Ureaplasma urealyticum que son resistentes a tetraciclinas. Este esquema con eritromicina daría cobertura para estas infecciones.

6.2 SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL (UG)

6.2.1 Definición

La úlcera genital representa la pérdida de continuidad de la piel o mucosa de los órganos genitales o de áreas adyacentes y que el paciente refiere como una "herida" o "llaga" en sus genitales. Puede ser dolorosa o indolora, puede o no acompañarse de linfadenopatía inguinal, y en algunos casos se asocia a pápulas o vesículas. Si las lesiones se localizan en la vulva pueden provocar en la mujer ardor o quemazón en contacto con la orina.

E. CRUZ S.

6.2.2 Etiología

Las principales causas de úlcera genital en el Perú son:

- Herpes genital (Virus del Herpes simplex)
- Sífilis (Treponema pallidum)
- Chancroide (Haemophilus ducreyi)

Estas tres enfermedades han sido asociadas con un incremento en el riesgo de infección por el VIH.

Otras causas menos frecuentes son:

- Granuloma inguinal o Donovanosis (Klebsiella granulomatis)
- Linfogranuloma venéreo (Chlamydia trachomatis)

Muchas veces un paciente con úlcera genital tiene más de una etiología a la vez. Aunque la mayoría de las UG son causadas por una enfermedad de transmisión sexual, existen patologías que no son de transmisión sexual que pueden producir úlcera genital como: el trauma, la dermatitis irritativas de contacto, la infección sub-prepucial por bacterias anaerobias, fusoespirales y/o espiroquetas, las tiñas superficiales con lesiones secundarias y diversas enfermedades sistémicas y dermatológicas (por ejemplo: Síndrome de Behcet, eritema multiforme, etc.).

6.2.3 Limitaciones del diagnóstico clínico - etiológico

1. La morfología y presentación clínica de las úlceras generalmente no sirven para diferenciar su etiología dado que puede existir coinfección de varios agentes etiológicos, apariencias alteradas por estadíos avanzados, por estar sobre infectadas, o por el uso previo de tratamientos (tópicos o no).

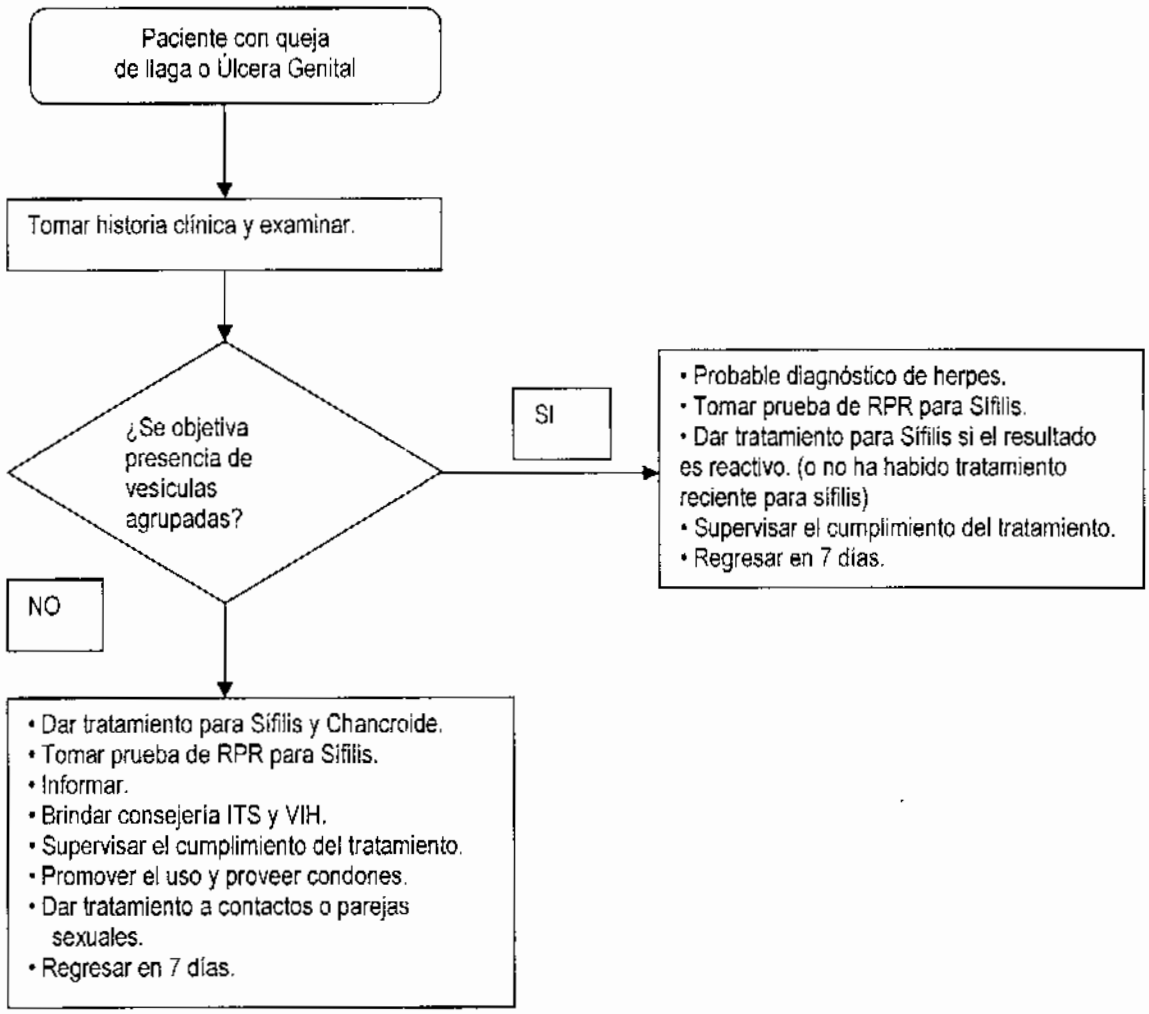
2. Entre las úlceras genitales más frecuentes, sólo la sífilis y el chancroide tienen tratamiento curativo, mientras que para el herpes el tratamiento es sólo paliativo y no evita las recurrencias. Sin embargo hoy en día hay evidencia que el tratamiento

de herpes y sus recurrencias especialmente en grupos con alto recambio de parejas podría ser una estrategia para disminuir la transmisión del VIH

3. Existen además, presentaciones atípicas que son muy comunes en personas VIH positivas.

Frente a estas evidencias: **"Todos los pacientes con úlcera genital deben recibir tratamiento para Sífilis y Chancroide al mismo tiempo, dado que son las etiologías curables más frecuentes en nuestro medio".**

Fluxograma de Manejo del Síndrome de Úlcera Genital



6.2.4. Tratamiento del Síndrome de Úlcera Genital (UG)

Es importante examinar la lesión y decidir:

a. Si las lesiones son vesiculares agrupadas, esto sugiere el diagnóstico de Herpes genital. Se debe tomar prueba de RPR y tratar para Sífilis si el resultado es reactivo y no ha recibido tratamiento reciente para sífilis.

b. Si las lesiones no son vesiculares, el tratamiento incluye cobertura para las dos etiologías curables mas frecuentes en nuestro medio. Se recomienda dos antibióticos: uno para Sífilis (Penicilina G Benzatínica) y otro para Chancroide (ciprofloxacino).

El Ministerio de Salud provee el siguiente esquema de manera gratuita:

Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de UI vía intramuscular

+

Ciprofloxacina 500 mg vía oral en dosis única.

Para sífilis siempre la mejor opción es el uso de Penicilina. Sin embargo, en individuos alérgicos a Penicilina la alternativa es Doxiciclina 100 mg cada 12 horas vía oral por 14 días o Tetraciclina 500 mg vía oral cada 6 horas por 14 días, siempre y cuando no se trate de una gestante o un paciente VIH (+).

En gestantes o individuos VIH (+) alérgicos a la penicilina se recomienda realizar desensibilización a la penicilina si no hay historia de reacciones adversas.

Como antibióticos alternativos para Chancroide tenemos:

- Azitromicina 1 g vía oral en dosis única.
- Ceftriaxona 250 mg vía intramuscular en dosis única.
- Eritromicina base 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días.

Además se debe brindar al paciente información y las 4 C, iniciándose el tratamiento durante la primera consulta.

6.2.5. Manejo de Contactos

a. Se considera como contacto a toda pareja sexual con exposición al caso índice dentro de los 90 días previos al inicio de los síntomas.

b. El contacto recibirá el mismo tratamiento según síndrome del caso índice (tratamiento para Sífilis y Chancroide) tenga o no sintomatología. . Si el contacto fuese una mujer gestante o que da de lactar se procederá a dar tratamiento según esquema sugerido para gestantes.

c. Si se considera una alta sospecha de herpes genital en el caso índice, los contactos deben ser informados sobre el proceso y evolución de la enfermedad.

d. Debe brindarse información y las 4 C.

e. El tratamiento debe ser proporcionado durante la primera consulta.

E. CRUZ S.

6.2.6 Seguimiento

Se recomienda regresar a la consulta a los 7 días si la(s) lesión(es) no evidenciaran mejoría. Debe recordarse que la infección primaria por herpes genital suele durar de 2 a 3 semanas en promedio, luego de lo cual se inicia la remisión de las lesiones.

La mejoría luego del tratamiento se comienza observar dentro de la primera semana de iniciado el tratamiento. La curación completa puede demorar varias semanas.

Para las úlceras asociadas a chancroide se evidencia mejoría a los 7 días pero el tiempo necesario para la cicatrización depende del tamaño de la úlcera. Ulceras grandes pueden necesitar más de 2 semanas. La cicatrización es más lenta en hombres no circuncidados, o en pacientes seropositivos a VIH.

6.2.7. Consideraciones especiales

a. Paciente VIH (+)

- Usar un esquema que incluya tratamiento para Sífilis y Chancroide.
- No usar esquemas de dosis únicas porque se ha observado una alta tasa de falla terapéutica. Se sugiere usar el régimen de Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días para Chancroide, en lugar de ciprofloxacina.
- Usualmente la mejoría de las úlceras genitales es más lenta en los pacientes infectados por VIH.

- Se procederá a la administración de la dosis de Penicilina G Benzatínica, debiendo informarse al paciente sobre la necesidad de descartar un probable compromiso neurológico, para lo cual se realizará el examen del líquido céfalo raquídeo (LCR) en el establecimiento de referencia de la jurisdicción con capacidad para efectuar tal procedimiento. Si el LCR es positivo se procederá al tratamiento de neurosífilis.
- Si el diagnóstico es de Herpes genital, se recomendará tratamiento específico de acuerdo a lo señalado en el

b. Gestante o Mujer que da de lactar y en menores de 16 años:

- El tratamiento será: Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de UI vía intramuscular **más** Azitromicina 1 g vía oral en dosis única, o Eritromicina base 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días. La Ciprofloxacina está contraindicada en mujeres gestantes, durante la lactancia y en pacientes menores de 16 años (especialmente si pesan menos de 45 Kg.).

6.2.8 Ulceras recidivantes y Ulcera crónica:

a. Ulceras recurrentes: considerar reinfecciones o Herpes genital.

b. Ulcera crónica: es una úlcera con tiempo de enfermedad mayor a un mes y que no cedió con tratamiento Sindrómico (Penicilina/Ciprofloxacina). En estos casos se debe considerar Granuloma inguinal (DONOVANOSIS).

c. El tratamiento Granuloma Inguinal es: Doxiciclina 100 mg via oral, cada 12 horas. Si en 14 días hay mejoría clínica, continuar el tratamiento hasta la cura de las lesiones. Si no hay mejoría en 14 días, considerar biopsia.

Alternativamente: Azitromicina 1 g. vía oral dosis única, seguido de 500 mg una vez al día.

E. CRUZ S.

6.3 SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL (FV)

6.3.1 Flujo vaginal normal

Primero es importante definir que es el flujo vaginal normal o humedad normal de la vagina, y luego explicar cuando se convierte en flujo vaginal o descenso vaginal y como se reconoce.

El flujo vaginal normal o humedad de la vagina deriva de la transudación de fluidos de los vasos capilares de la vagina mezclados con secreciones de las glándulas de Bartholino, Skene, endometrio, de las trompas de Falopio y del cérvix.

El flujo vaginal está constituido por agua, electrólitos y glucosa, y mantiene un pH menor de 4.5 que favorece el crecimiento de organismos de medio ácido (los lactobacilos) inhibiendo el crecimiento de otros. El conjunto de los organismos que normalmente viven en la vagina (flora vaginal) está compuesto principalmente por lactobacilos y otros organismos como Staphilococus epidermidis, Corynebacterias, Gardnerella vaginalis, anaerobios y otros.

La flora vaginal mantiene a la vagina sana creando un ambiente acido adverso para bacterias patógenas. La flora vaginal y a su entorno se les conoce como ecosistema vaginal y tiene varios reguladores importantes:

- Estrógenos: que afectan directamente la trasudación, a mayor nivel de estrógeno mayor flujo.
- Lactobacilos: que metabolizan los azúcares a ácido láctico, manteniendo el ph ácido, lo que inhibe el crecimiento de otras bacterias. Además producen H2O2 que inhibe el crecimiento de bacterias anaeróbicas.

El flujo vaginal normal o humedad normal de la vagina no es constante en cantidad y hay variaciones en consistencia. Aumenta cuando la persona se excita, durante la

actividad sexual, antes y durante la ovulación y durante la gestación. Disminuye durante la lactancia y en el periodo menopáusico. Normalmente el olor es característico para cada mujer y el color transparente o discretamente blanquecino.

El equilibrio del ecosistema vaginal puede ser alterado por las duchas vaginales, espermicidas, uso de antisépticos vaginales, etc. Igualmente, la menstruación puede condicionar algunos cambios, ya que eleva el ph vaginal. Debe tenerse en cuenta que un desbalance en este ecosistema puede ocasionar un aumento del flujo vaginal, o cambios en sus caracteristicas (olor, color, consistencia) Los métodos anticonceptivos hormonales y los dispositivos intrauterinos también pueden ocasionar un aumento en el flujo de algunas mujeres.

6.3.2 Definición.

Se considera Síndrome de flujo vaginal al aumento de la cantidad del flujo vaginal, con cambio de color, cambio de olor (mal olor), y cambio de consistencia asociado a síntomas de prurito o irritación vulvar; en algunos casos con disuria, dispareunia, o dolor en el hemiabdomen inferior. En esta última situación, se deberá enfrentar el problema como un síndrome de dolor abdominal bajo y ser manejado como tal.

Este flujo vaginal o "descenso" como comúnmente se conoce, puede ser debido a un proceso inflamatorio localizado en la propia vagina ocasionado por trastornos del ecosistema vaginal o por la introducción de algún patógeno externo sexualmente transmitido como las infecciones por tricomonas.

Si bien es cierto que el flujo vaginal es la afección ginecológica más común de las mujeres sexualmente activas, no todos los casos de flujo vaginal son ITS.

6.3.3 Etiología

El descenso vaginal tiene diversas etiologías y localizaciones y no es posible diferenciarlas desde el punto de vista clínico.

Las principales causas de flujo vaginal anormal son las infecciones vaginales o vaginitis, entre ellas:

- Vaginosis bacteriana
- Trichomona vaginalis (que si es sexualmente transmitida)
- Infección por Candida (especialmente Candida. Albicans)

El flujo vaginal anormal puede ser también causado por infecciones originadas en el cérvix (cervicitis por clamidia y gonorrea, verrugas cervicales, ulceraciones del cérvix, ejm. Herpes genital, chancroide, carcinoma) y el útero (Enfermedad inflamatoria pélvica, endometritis). Sin embargo en el Perú de lejos las causas más comunes de flujo vaginal anormal son las infecciones vaginales o vaginitis. Por ello, como se verá mas adelante no se recomienda el tratamiento para cervicitis cuando la paciente se presenta con flujo vaginal.

La mayoría de los flujos vaginales o descensos no son ITS, son Infecciones del Tracto Reproductivo causados por el sobrecrecimiento de organismos que normalmente se encuentran en la vagina (Vaginosis Bacteriana).

6.3.4 Limitaciones del diagnóstico clínico etiológico

a. El Flujo vaginal tiene diversas etiologías y localizaciones y no es posible diferenciarlas desde el punto de vista clínico.

b. Los síntomas dependientes de la vaginitis o las características del flujo vaginal no son buenos predictores de la causa del mismo. Aproximadamente el 40% de mujeres con queja de flujo vaginal anormal no tienen vaginitis y más del 20% de mujeres sin síntomas vaginales tienen vaginitis diagnosticada por signos clínicos.

6.3.5 Tratamiento

El tratamiento para flujo o descenso vaginal debe incluir un medicamento activo para Vaginosis Bacteriana y para Tricomoniasis que son las causas más frecuentes de vaginitis. Es por ello que se recomienda el tratamiento con Metronidazol. Cuando hay picazón es posible que haya Cándida por lo que se sugiere adicionar Clotrimazol. El tratamiento debe darse EN LA PRIMERA CONSULTA.

El tratamiento recomendado y entregado por el Ministerio de Salud para vaginitis y que cubre las etiologías más frecuentes que son vaginosis bacteriana y tricomoniasis es: Metrodinazol 2 g vía oral en dosis única. En caso de prurito genital dar además Clotrimazol 500 mg vía vaginal en dosis única o algún otro antimicótico idealmente en dosis única.

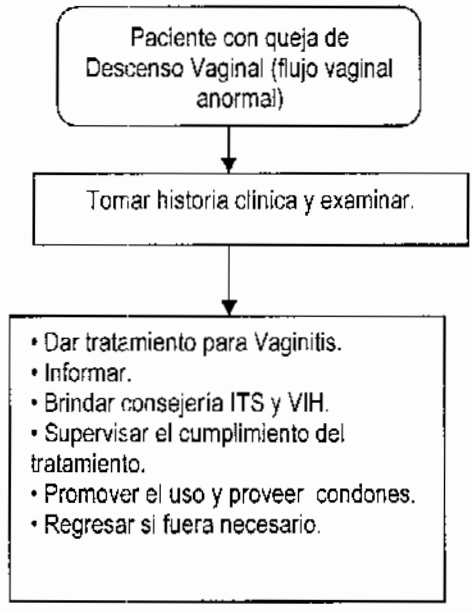
Este esquema tiene una tasa de cura de 90-95% y es muy adecuado porque es en dosis única y su costo es bajo comparado con otros tratamientos. Muchas pacientes tienen dificultades para tomar las 4 tabletas juntas.

Se recomienda hacerlo con un vaso grande de agua e ir tomando una a una las tabletas con un intervalo corto entre tomas. Al final puede recomendarle chupar un caramelo de limón para evitar el sabor metálico que puede dejar en la boca. Es importante explicar a la paciente que no debe ingerir alcohol 24 horas antes de la toma del Metronidazol ni hasta 24 horas después de la última toma. Un medicamento alternativo, en el caso de presentarse también prurito genital, es el Fluconazol 150 mg vía oral en dosis única.

Los tratamientos tópicos con Metronidazol gel u otras formas de Metronidazol tópico (óvulos, cremas) **son poco eficaces** (menos del 50% de cura) para el tratamiento de Tricomoniasis debido a que no alcanzan niveles terapéuticos en la uretra y glándulas perivaginales donde residen las tricomonas. Por ello se recomienda el uso de metronidazol oral.

E. CRUZ S.

Fluxograma de Manejo del Síndrome de Flujo Vaginal



6.3.6 Manejo de los contactos

- Si se diagnostica vaginitis, salvo que sea una vaginitis recurrente, no se requiere tratar contactos.

- En casos de diagnóstico por laboratorio de tricomoniasis, se procederá al tratamiento de la(s) pareja(s) sexuales bajo el mismo esquema recibido por el caso índice (Metronidazol).

6.3.7 Seguimiento

- Sólo se recomienda volver a la consulta si se observa persistencia de los síntomas después de 7 días. En tal caso se debe considerar la posibilidad de reinfección, en especial si la pareja sexual no fue tratada, o se debe considerar abandono del tratamiento indicado. De ser así debe reiniciarse el esquema inicial con Metronidazol 2 g asegurando la evaluación y tratamiento de la pareja sexual y educando a la paciente sobre el cumplimiento de su tratamiento.
- Si no existiera ninguna de las condiciones anteriores, se puede considerar tratar a la paciente con un curso largo de Metronidazol y tratar a la pareja con 2 g de Metronidazol. La vaginosis bacteriana puede responder mejor a un tratamiento de Metronidazol por 7días, además ciertas cepas de tricomonas pueden ser menos susceptibles al metronidazol pero responden bien a dosis más altas por 7 días. La dosis recomendada es:

  Metronidazol 500 mg cada 12 horas por 7 días.

  Tinidazol 2 g vía oral en dosis única.

  El problema con este esquema es usualmente el cumplimiento del tratamiento, dado que es un curso de 7 días. Refuerce en la paciente la importancia de tomar el tratamiento completo. Para pacientes que fallan a cualquiera de estos regímenes se debería considerar tratamiento con Tinidazol o Metronidazol 2 g vía oral por 5 días.
- Si no evidencia mejoría, se considerará fracaso terapéutico, lo que amerita el envío de la paciente hacia un centro de referencia (CERITS o UAMP) en la jurisdicción.
- Debe advertirse a la paciente que ciertas entidades como la Candidiasis o Vaginosis bacteriana pueden recurrir debido a la existencia de factores predisponentes que deben ser identificados. El uso de antibióticos, la diabetes, uso de anticonceptivos, o la infección por VIH pueden ser la causa de la recurrencia de Candidiasis.

6.3.8 Consideraciones especiales

a. Paciente infectada con VIH:

Recibirá los mismos esquemas terapéuticos que una paciente no infectada en la primera consulta: Metronidazol 2 g en dosis única.

b. Gestante o Mujer que da de lactar:

La Vaginosis bacteriana se ha asociado a problemas en el embarazo (ruptura prematura de membranas y parto prematuro), además de problemas en el puerperio (endometritis post-parto y post-cesárea).

En gestantes con queja de flujo vaginal anormal se recomienda el mismo tratamiento que para cualquier mujer con flujo vaginal anormal. Se han hecho múltiples estudios respecto al uso del metronidazol y el embarazo y no se ha demostrado asociación con efectos adversos (ni teratogenia, ni mutaciones). El tratamiento sería de: Metronidazol 2 g vía oral en dosis única (4 tabletas de 500 mg juntas en una sola toma). En caso de prurito genital además dar Clotrimazol 500 mg vía vaginal dosis única o algún otro antimicótico.

Alternativas para el manejo de Vaginosis Bacteriana: a partir del segundo trimestre se recomienda usar Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas (o

250 mg vía oral cada 8 horas) por 7 días; o Clindamicina 300 mg vía oral cada 12 horas por 7 días.

6.4 SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL BAJO (DAB)

6.4.1 Definición

El dolor abdominal bajo en mujeres puede guardar relación con diferentes entidades, entre ellas: emergencias quirúrgicas como embarazo ectópico, apendicitis, aborto séptico y absceso pélvico, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) etc.

Cuando se descartan el grupo de emergencias quirúrgicas como causa del dolor, y este se asocia a flujo vaginal y/o fiebre y/o dolor a la movilización del cérvix se constituye en el Síndrome de Dolor Abdominal Bajo y representa la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). La EPI es una infección de los órganos reproductivos internos que afecta a mujeres sexualmente activas y que es ocasionada por microorganismos que ascienden desde la vagina o el cérvix hacia el endometrio, trompas de Falopio y/o estructuras contiguas. La EPI es un término usado para describir la infección del tracto reproductivo superior que frecuentemente involucra el endometrio (endometritis), trompas de Falopio (salpingitis) y peritoneo pélvico (peritonitis).La clásica visión de la EPI es la de un síndrome agudo con dolor abdominal bajo y anexos dolorosos.

La severidad de la EPI radica en que puede evolucionar en peritonitis pélvica, abscesos tubáricos y peritonitis generalizada, los cuales son potencialmente de resolución quirúrgica, pudiendo ser fatales. Adicionalmente, la salpingitis, que ocurre en el curso de la enfermedad, puede producir bloqueo tubárico, que en el caso de ser bilateral y completo lleva a la infertilidad, y de ser parcial puede producir embarazos ectópicos, que eventualmente pueden romperse y causar hemorragia intrabdominal masiva y la muerte.

E. CRUZ S.

6.4.2 Etiología

Los agentes patógenos que causan la EPI son Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, y microorganismos de la flora vaginal (bacterias anaeróbicas, Gardenella vaginalis, Haemophilus influenzae, bacilos Gram negativos, y Streptococcus agalactiae). Además Mycoplasmahominis y Ureoplasma urealyticum probablemente también se asocian a EPI.

Muchos casos de EPI son polimicrobianos en etiología, con dos o más organismos involucrados. Es imposible diferenciarlos clínicamente y un diagnóstico preciso microbiológico es difícil, por tanto los regímenes de tratamiento deben ser efectivos contra una gran variedad de patógenos.

6.4.3. Factores de riesgo para desarrollar EPI

a. Conductas sexuales que condicionan la adquisición de infecciones cervicales y vaginales, como tener varias parejas sexuales, o tener una pareja sexual que tiene varias parejas sexuales y tener relaciones sexuales sin uso de condón.

b. Factores que favorecen el ascenso de infecciones desde el cérvix o la vagina hacia el endometrio o el endosálpinx, como, las duchas vaginales, las infecciones intraparto, el uso del dispositivo intrauterino (DIU) y dilataciones cervicales, curetajes, insuflación tubárica histerosalpingografía y abortos inducidos.

   El uso de anticonceptivos orales, la ligadura tubárica y el uso de métodos de barrera han sido asociados con un menor riesgo de EPI.

6.4.4. Tratamiento

Toda paciente que acude con DAB requiere tener una buena historia clínica y examen físico que incluye examen bimanual de cérvix.

Si la paciente es gestante o tiene su periodo menstrual atrasado; si es puérpera o ha tenido recientemente un aborto, o sangrado vaginal (no menstrual); masa anexial o si

presenta rebote o abdomen en tabla al examen físico, debe ser referida para evaluación y posible hospitalización. En ausencia de alguna de las condiciones previas, si una paciente con dolor abdominal bajo presenta temperatura mayor o igual de 38°C ó dolor al examen a la movilización del cuello del útero o descenso vaginal, requiere tratamiento para EPI. La paciente debe ser reevaluada en 48 a 72 horas para decidir si se continúa con el tratamiento ambulatorio o se refiere al hospital más cercano.

El Ministerio de Salud provee el siguiente esquema de tratamiento de manera gratuita:

Ciprofloxacina 500 mg vía oral en dosis única + **Doxiciclina** 100 mg vía oral cada 12 horas por 14 días + **Metronidazol** 500 mg vía oral cada 12 horas por 14 días

Como esquema alternativo para manejo ambulatorio tenemos:

Ceftriaxone 250 mg vía intramuscular en dosis única + **Eritromicina** 500 mg vía oral cada 6 horas por 14 días. ** + **Clindamicina** 450 mg vía oral cada 6 horas por 14 días

**: La OMS presenta como alternativa: TETRACICLINA 500 mg vía oral cada 6 horas por 14 días

Para tratamiento hospitalario se recomiendan los siguientes esquemas:

Esquema 1:

Cefoxitin 2 g vía endovenosa cada 6 horas o Cefotetan 2g vía endovenosa cada 6 horas + **Doxiciclina** 100 mg oral cada 12 horas

Reevaluar a la paciente, si muestra mejoría clínica esperar 48 horas más y cambiar a terapia oral con Doxiciclina 100 mg cada 12 horas y Metronidazol 500 mg. vía oral cada 12 horas hasta completar 14 días en total.

Esquema 2: Opcional (hospitalario):

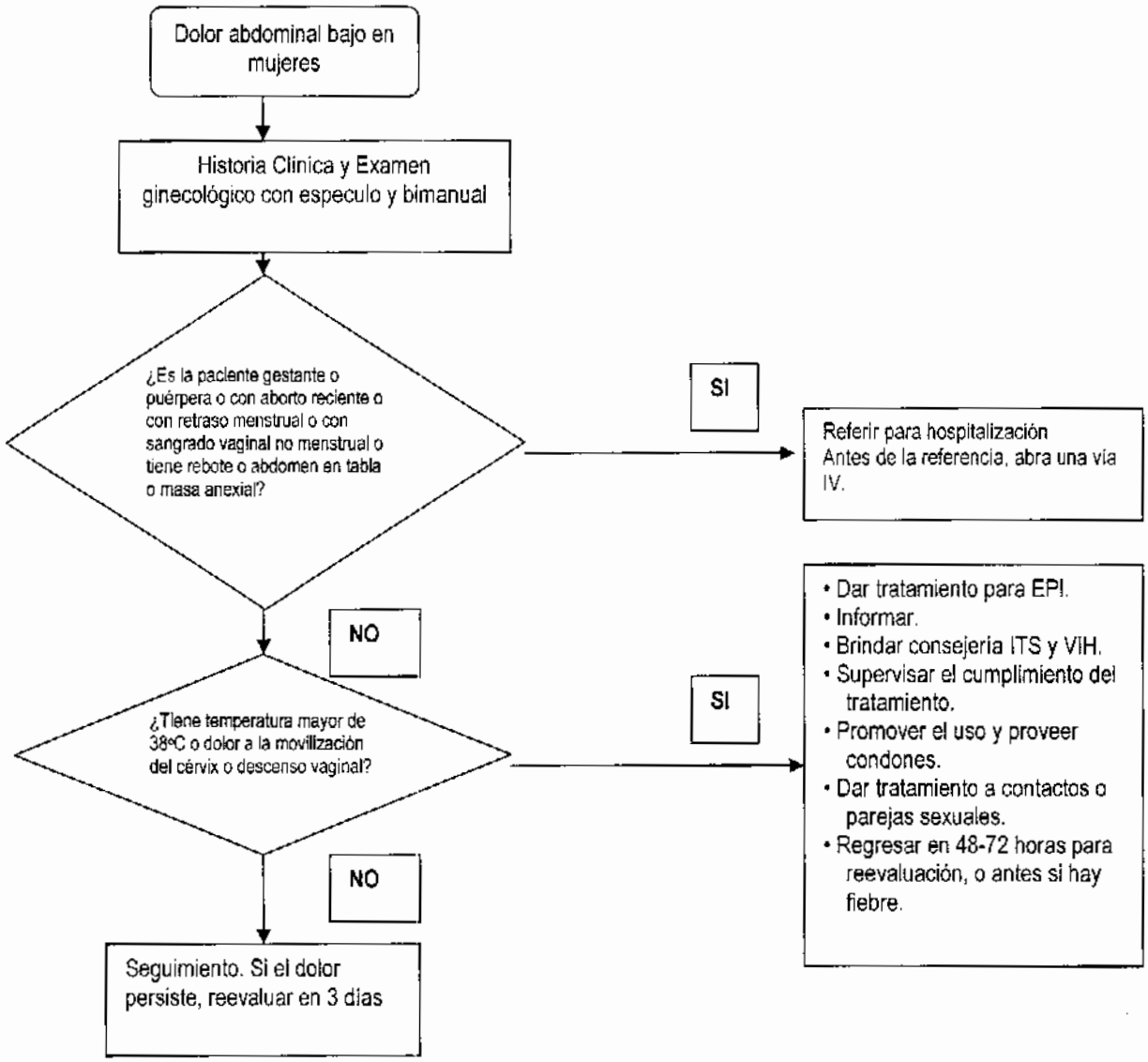
Clindamicina 900 mg vía endovenosa cada 8 horas + **Gentamicina** 2 mg/kg de peso como dosis de carga y luego 1.5 mg/kg cada 8 horas

Reevaluar a la paciente, si muestra mejoría clínica esperar 48 horas más y cambiar a terapia oral con Doxiciclina 100 mg cada 12 horas y Clindamicina 450 mg vía oral cada 6 horas (o Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas) hasta completar 14 días en total.

Además se debe brindar al paciente información y las 4 C, iniciándose el tratamiento durante la primera consulta.

MINISTERIO DE SALUD V° B° E. CRUZ S.

Fluxograma para el Manejo del Síndrome de Dolor Abdominal Bajo



E. CRUZ S.

6.4.5 Manejo de los contactos

- Se considerará como contacto a todo varón que hubiese tenido relaciones sexuales con la paciente en los últimos 60 días procediéndose al tratamiento recomendado para el síndrome de descarga uretral
- Debe brindarse información y las 4 C e iniciar el tratamiento indicado durante la primera consulta.

6.4.6 Seguimiento

Las mujeres que reciban tratamiento ambulatorio deben ser reevaluadas dentro de las 72 horas de iniciado el tratamiento. Si no hubiera mejoría deberán ser referidas para su hospitalización, a fin de confirmar el diagnóstico y recibir tratamiento endovenoso.

6.4.7 Consideraciones especiales

a) ***Paciente infectada con VIH***. Debido a que las mujeres con infección por VIH y EPI evolucionan tórpidamente, ellas deben recibir tratamiento endovenoso.

b) ***Gestante o mujer que da de lactar***. La Ciprofloxacina y Doxiciclina están contraindicadas en el embarazo y lactancia. La Ciprofloxacina está contraindicada en menores de 16 años. En el caso de mujer que da de lactar y en menores de 16 años, se recomienda el uso de un régimen alternativo que no incluya las drogas contraindicadas. En el caso de la mujer gestante se recomienda manejo hospitalario con terapia parenteral.

c) ***Tratamiento de la EPI en gestantes (hospitalario).*** Se tendrá en cuenta:

Clindamicina 900 mg vía endovenosa cada 8 horas o **Cefoxitina** 2 g vía endovenosa cada 6 horas por 14 días **+ Gentamicina** 2mg/kg de peso como dosis de carga y luego 1.5 mg/kg cada 8 horas por 14 días

6.5 SÍNDROME DE BUBÓN INGUINAL (BI)

6.5.1. Definición

Es el crecimiento doloroso y fluctuante de los ganglios linfáticos a nivel inguinal acompañado de cambios inflamatorios de la piel suprayacente.

6.5.2. Etiología

El síndrome de bubón inguinal es ocasionado, principalmente, por linfogranuloma venéreo y chancroide. Otras causas de bubón inguinal son tuberculosis y peste. Es importante recordar que el evento de linfadenopatía inguinal (solo crecimiento ganglionar inguinal) es más frecuente que el de bubón inguinal y que su correcta diferenciación es crucial para la adecuada indicación terapéutica, por lo que siempre se debe determinar si el aumento en el tamaño de los ganglios linfáticos inguinales corresponde realmente a un bubón.

La linfadenopatía inguinal puede ser ocasionada por infecciones localizadas en la región genital y de los miembros inferiores, puede acompañar al síndrome de úlcera genital, o ser manifestación de infección por el VIH.

E. CRUZ S.

6.5.3. Tratamiento

Después de haber determinado que un paciente es portador del síndrome de bubón inguinal, debemos descartar la presencia de úlcera genital. En ausencia de úlcera genital, deberá emplearse el fluxograma de bubón inguinal y tratar según lo indicado. Si durante el examen físico se demuestra la existencia de úlcera genital, deberá emplearse el fluxograma de úlcera genital.

Ante un síndrome de bubón inguinal, el paciente deberá recibir tratamiento para linfogranuloma venéreo

El Ministerio de Salud provee el siguiente esquema de tratamiento de manera gratuita:

Doxiciclina 100 mg por vía oral cada 12 horas por 21 días

Como alternativa a la Doxiciclina se recomienda:

Eritromicina base 500 mg por vía oral cada 6 horas por 21 días.

Tan importante como tratamiento antibiótico es la aspiración de pus, tantas veces y en la frecuencia como sean necesarias, para prevenir la formación de úlceras que evolucionarán tórpidamente. La aspiración debe realizarse a través de piel sana. No debe intentarse la incisión y drenaje o extirpación de los ganglios ya que puede causar el retrazo de la curación.

6.5.4 Manejo de los contactos

- Se considerará como contacto a toda persona que hubiese tenido relaciones sexuales con el caso índice en los últimos 90 días.

- El contacto asintomático recibirá como tratamiento Azitromicina 1g vía oral dosis única. Si se trata de una gestante se recomienda Eritromicina base 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días.
- Si además se evidenciara otro síndrome, se usará el fluxograma correspondiente.
- Debe brindársele información y las 4 C.
- El tratamiento debe ser proporcionado durante la primera consulta.

6.5.5 Seguimiento

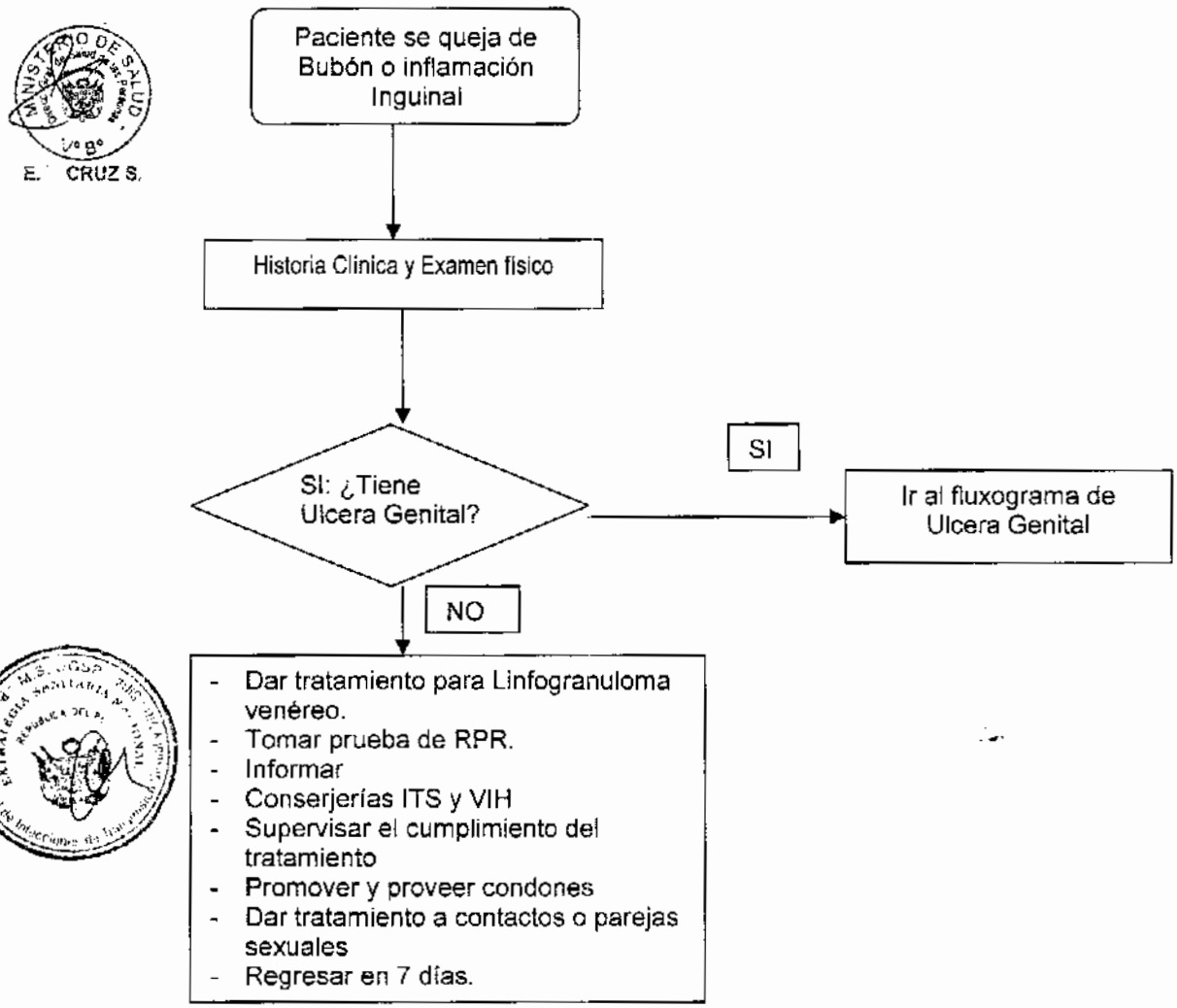
Durante el tratamiento de un paciente con síndrome de bubón inguinal, se deberán programar los controles necesarios para aspirar la pus y evitar el drenaje espontáneo del bubón. El seguimiento debe realizarse hasta que los signos inflamatorios hayan resuelto.

6.5.6 Consideraciones especiales

a. ***Manejo del paciente con VIH.*** Deberá recibir el mismo tratamiento que los no infectados por VIH.

b. ***Gestante o mujer que da de lactar.*** Se recomienda el uso de Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 21 días.

Fluxograma de manejo del Bubón Inguinal



E. CRUZ S.

6.6 RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE ALGUNOS FÁRMACOS USADOS EN EL MANEJO DE LAS ITS

a. Azitromicina

- Puede ingerirse con o sin alimentos.
- Las reacciones alérgicas son raras.

b. Ciprofloxacina

- Está contraindicada cuando existe historia de alergia a quinolonas, en el embarazo, durante la lactancia y en menores de 16 años. Sin embargo, en las últimas revisiones bibliográficas se recomienda su uso en menores siempre y cuando el peso del paciente sea mayor de 45 Kg.
- Generalmente es bien tolerada, no obstante puede ocasionar náuseas, diarreas, vómitos, dispepsia, dolor abdominal; y rara vez, tremor, confusión, alucinaciones, exantema y prurito.

c. Doxiciclina

- Las cápsulas o tabletas deben ingerirse con agua, evitando hacerlo con leche o con preparados que contengan magnesio o aluminio porque pueden interferir en su absorción.
- Está contraindicada durante el embarazo, la lactancia y en niños menores de ocho años.
- La irritación gástrica es común y se han reportado reacciones fototóxicas.

E. CRUZ S.

d. Clotrimazol

- En dosis única no tiene contraindicaciones, excepto cuando exista antecedentes de alergia.
- Puede provocar irritación, ardor vaginal leve y polaquiuria.
- No debe administrarse durante la menstruación.

e. Metronidazol

- Se recomienda evitar su uso durante el primer trimestre del embarazo y cuando existan antecedentes de alergia.
- Como se excreta en la leche materna, se recomienda no dar de lactar hasta 48 horas después de administrada la última dosis.
- No administrar a personas con alcoholismo crónico.
- Debe evitarse el consumo de alcohol durante su administración y hasta 72 horas después de su última dosis.
- En general es bien tolerado, pero puede ocasionar cefalea, irritación gastrointestinal, sabor metálico y halitosis.
- Menos frecuentes son la somnolencia, exantema y orina oscurecida.

6.7 MANEJO DE OTRAS ITS NO INCLUIDAS EN EL MANEJO SINDRÓMICO

6.7.1 SÍFILIS ADQUIRIDA NO PRIMARIA

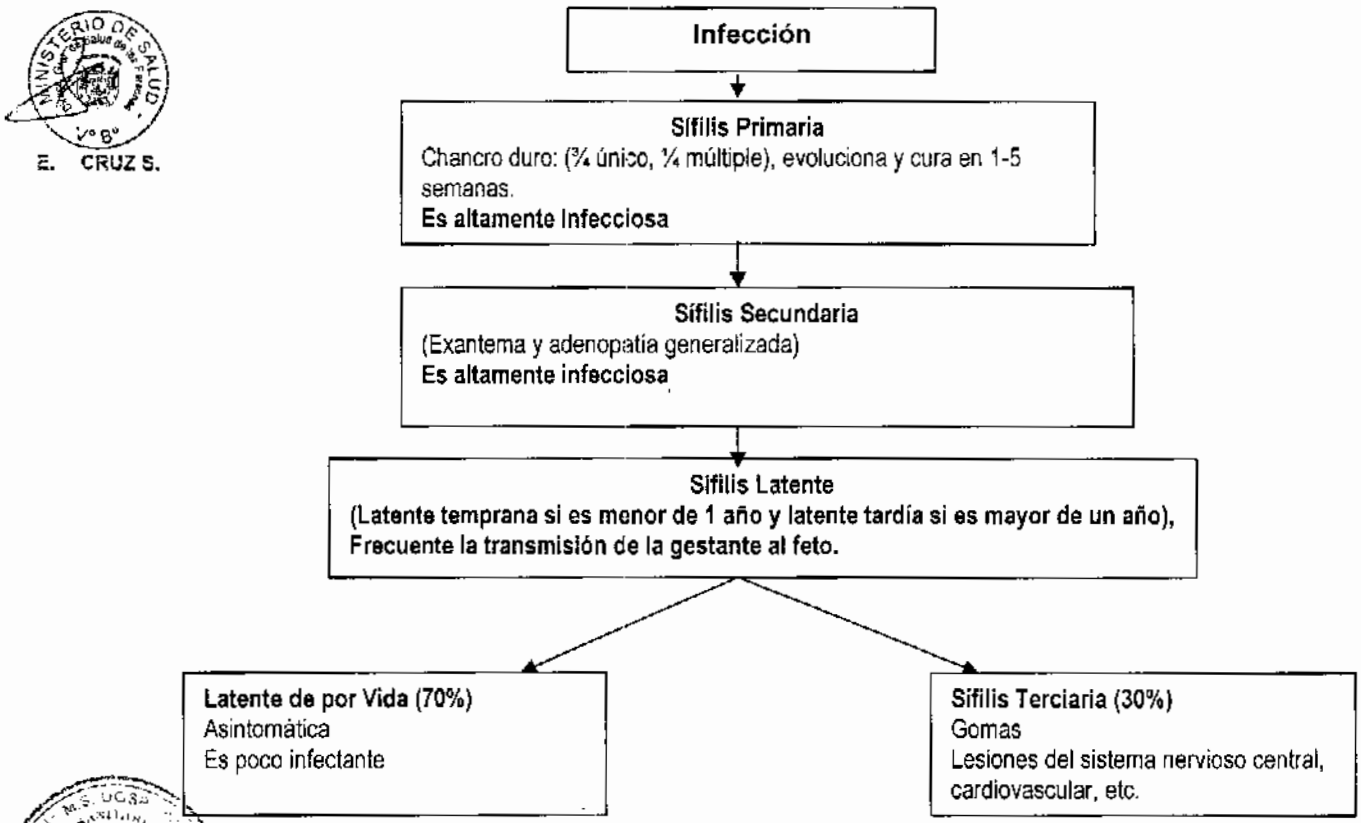
6.7.1.1 Consideraciones generales

La Sífilis es una enfermedad sistémica ocasionada por el *Treponema pallidum*, tiene una historia natural muy compleja que comprende diferentes estadios clínicos

Tabla N° 3 Estadios clínicos de Sífilis

Sífilis temprana (hasta 1 año de producida la infección)	• Primaria • Secundaria • Latente temprana • Neurosífilis asintomática temprana • Meningitis sifilítica aguda
Sífilis tardía (más de 1 año de producida la infección)	• Latente tardía • Neurosífilis asintomática tardía • Neurosífilis meningovascular • Neurosífilis parenquimatosa • Sífilis cardiovascular • Sífilis tardía benigna (goma)

Historia natural de la Sífilis



Con o sin tratamiento las manifestaciones clínicas de la sífilis primaria y secundaria se resuelven y la infección sólo puede diagnosticarse mediante pruebas serológicas. Esto constituye la **Sífilis Latente**.

La **Sífilis latente temprana** se extiende hasta un año luego de la infección luego de lo cual se le denominará **Sífilis latente tardía**. Sin tratamiento efectivo la enfermedad no curada puede progresar hacia estadios tardíos de manejo más difícil.

Los pacientes con Sífilis pueden buscar tratamiento por síntomas o signos asociados a infección primaria (Ej.: úlcera o chancro en el sitio de infección); infección secundaria (Ej.: con manifestaciones que incluyen lesiones cutáneas como exantema, lesiones mucocutáneas y adenopatías); o infección terciaria (Ej.: lesiones cardiacas, neurológicas, oftalmológicas, auditivas o goma sifilítica). Las infecciones también pueden detectarse en su fase latente (asintomática) a través de pruebas serológicas (RPR o VDRL).

Una persona con Sífilis transmite la enfermedad con mayor frecuencia durante los dos primeros años luego de la infección. Sin embargo, se han descrito casos de Sífilis Congénita en niños nacidos de madres con más de 2 años de estar infectadas.

6.7.1.2 Pruebas serológicas

Las pruebas serológicas para el diagnóstico de Sífilis se pueden clasificar en:

- Pruebas no treponémicas.
- Prueba treponémicas.

a. Pruebas no treponémicas

Se usan para **tamizaje, diagnóstico de Sífilis y seguimiento de su actividad**. Estas pruebas miden los anticuerpos antilipídicos IgG e IgM formados por el huésped. En nuestro medio se utilizan el RPR (Rapid Plasma Reagent) y el VDRL (Venereal Disease Laboratory). Ambas pruebas son similares en cuanto a su capacidad para identificar casos de Sífilis y poseen la misma especificidad, con la ventaja que la prueba RPR es técnicamente más sencilla.

Los resultados falsos positivos ocurren en la población general en un rango de 1 a 2%. En general, el 90% de los resultados falsos positivos tienen títulos menores a 1:8 que, sin embargo, pueden verse en Sífilis latente y formas tardías.

Luego de un tratamiento efectivo se espera la caída de los títulos por lo menos en 4 veces (Ej.: de 1:16 a 1:4) en los tres meses siguientes, pudiendo persistir la positividad por más de 1 año, dependiendo del valor inicial o de si el paciente es VIH (+).

b. Pruebas treponémicas

Se usan para **confirmar una infección treponémica pasada o presente**. Las pruebas más utilizadas incluyen el FTA-ABS (Fluorescent treponemal antibody absorved) y el MHA-TP (microhemagglutination assay for antibody to T. Pallidum). Todas las pruebas treponémicas usan T. pallidum como antígeno, se basan en la detección de anticuerpos contra componentes celulares del treponema y son usadas como pruebas confirmatorias. Por regla general, se mantienen positivas toda la vida, aunque el paciente haya recibido tratamiento efectivo, por lo que **no son útiles para efectuar el seguimiento de los casos.**

c. Pruebas rápidas para el diagnóstico de sífilis.

Relativamente reciente es la introducción del uso de pruebas rápidas para el diagnóstico de sífilis. Estas también son conocidas como "tiras reactivas" para sífilis y se basan en inmunocromatografía. Estas pruebas usan sangre venosa o sangre tomada del pulpejo de dedo, no requieren un laboratorio para su procesamiento y demoran entre 10-15 minutos en promedio para tener resultados. Cualquier profesional de salud puede interpretar fácilmente los resultados.

Todas las pruebas rápidas disponibles hoy en día usan antígenos recombinantes de T. pallidum por lo que la prueba se comporta mas como una prueba confirmatoria que como una prueba de despistaje. Esto implica que un resultado positivo puede significar que el paciente tuvo sífilis en el pasado y ya no la tiene (queda la prueba positiva de por vida) o podría significar que el paciente tiene ahora sífilis. Es decir esta prueba no se puede manejar como se manejan las pruebas no treponémicas de RPR o VDRL que claramente nos indican infección actual. Esto representa una desventaja cuando se usa en poblaciones con alta prevalencia de ITS, como por ejemplo en pacientes que acuden a centros de atención de ITS, en poblaciones de trabajadoras sexuales, en hombres que tienen sexo con otros hombres etc.

En estos casos se requiere "confirmar" cualquier resultado positivo con una prueba de despistaje como el RPR y decidir el tratamiento acorde al resultado del RPR. Sin embargo, las pruebas rápidas representan una alternativa interesante para trabajar en áreas rurales, con pocos recursos o en poblaciones con baja prevalencia de ITS como mujeres en planificación familiar o gestantes. Los costos aun son elevados comparados con el costo de la prueba de RPR.

E. CRUZ S.

6.7.1.3 Diagnóstico y tratamiento

Los criterios diagnósticos y de tratamiento varían de acuerdo al estadio y localización de la enfermedad, tal y como se muestran en la Tabla N° 4.

Los pacientes con diagnóstico de Sífilis u otra ITS deben recibir información y las 4C (consejería, cumplimiento del tratamiento, tratamiento de contactos y uso de condón).

Tabla N° 4. Criterios diagnósticos y tratamiento de la Sífilis en pacientes VIH negativo.

Estadio Clínico	Manifestaciones Clinicas	Criterios Diagnósticos	Hombres y mujeres no gestantes		Mujeres gestantes	
			Elección	Alternativa	Elección	Alternativas (si alergia a Penicilina)
Sífilis secundaria	3 a 6 semanas después de la aparición del chancro primario: linfadenopatia, ulceraciones mucosas, exantema máculo papular incluyendo palmas y plantas, lesiones foliculares, condiloma lata, etc.	Serologia (+), exantema papular en palmas y plantas, condiloma lata, linfadenopatía y ulceraciones mucosas.	Penicilina G Benzatínica 2.4 millones UI IM, dosis única.	Doxiciclina 100 mg vo, 2 veces al día por 14 días, O Tetraciclina 500 mg vo, 4 veces al día por 14 días.	Penicilina G Benzatínica 2.4 millones UI IM, dosis única.	Proceder a desensibilización para penicilina o se administrará Eritromicina 500 mg Vía oral, cada 6 hrs. por 21 días
Sífilis Latente temprana	Periodo asintomático hasta 1 año después de producida la infección	Serología (+)				
Sífilis Latente tardía	Periodo asintomático hasta después de un año de producida la infección.	Serología (+)	Penicilina G Benzatínica 2.4 millones UI IM, en tres dosis, una por semana	Doxiciclina 100 mg vo, 2 veces al día por 4 semanas, O Tetraciclina 500 mg vo, 4 veces al día por 4 semanas	Penicilina G Benzatínica 2.4 millones UI IM, en tres dosis, una por semana	Proceder a desensibilización para penicilina o se administrará Eritromicina 500 mg Vía oral, cada 6hrs. por 21 días
Sífilis Latente de duración desconocida	Se desconoce tiempo de infección	Serología (+)				
Sífilis Cardiovascular	15 a 20 años después, infección aneurisma toráxico, incompetencia de válvula aórtica y estenosis de ostium coronario.	Serología (+) mas evidencia de afección cardiovascular compatible				
Sífilis tardía benigna (goma)	Lesiones proliferativas o destructivas en piel, mucosas, vísceras, músculos y estructuras oculares (gomas)	Serología (+) mas presencia de gomas				

E. CRUZ S.

Neurosífilis asintomático temprana	Ausencia de síntomas, pero evidencia de laboratorio de invasión treponémica al SNC, en periodo no mayor de 1 año después de producida la infección. Más común en pacientes con infección por VIH.	Serología (+) y anormalidades en LCR: pleocitosis y proteína normal o elevada, VDRL o RPR (+)	Penicilina G Benzatínica 12 a 24 millones UI por día (2 a 4 millones cada 4 horas EV) por 10 a 14 días.	Penicilina Procaína 2.4 millones UI IM por día Mas Probenecid 500 mg vo 4 veces al día por 10 a 14 días. En caso de alergia, proceder a desensibilización	Penicilina G Benzatínica 12 a 24 millones UI por día (2 a 4 millones cada 4 horas EV) por 10 a 14 días. O Penicilina Procaína 2.4 millones UI IM por día Mas Probenecid 500 mg vo 4 veces al día por 10 a 14 días.	Proceder a desensibilización para penicilina
Neurosífilis asintomático tardía	Ausencia de síntomas, pero evidencia de laboratorio de invasión treponémica al SNC, después de 1 año de producida la infección.					
Meningitis sifilítica aguda	En la mayoría de casos se presenta antes del año de producida la infección: cefalea, fiebre, fotofobia, signos meníngeos, hipertensión endocraneana y anormalidades en el LCR.	Signos de meningitis y/o hipertensión endocraneana mas anormalidades en LCR (pleocitosis o proteinorraquia o hipoglicorraquia o VDRL reactivo)				
Sífilis meningo-vascular	5 a 12 años después de la infección: endoarteritis sifilítica y/o trombosis, con hemiparesia o hemiplejia, afasia, etc.	Signos de endarteritis sifilítica y/o trombosis mas anormalidades en LCR (pleocitosis o proteinorraquia o hipoglicorraquia o VDRL reactivo)				
Sífilis Parenquimatosa	Paresia General: una combinación de desordenes psiquiátricos y neurológicos. Tabes Dorsal (ataxia, pleocitosis, parestesias, hiporreflexia, pupilas de Rally Robertson, signo de Romberg, etc.)	Signos de paresia general o tabes dorsal mas anormalidades en LCR (pleocitosis o proteinorraquia o hipoglicorraquia o VDRL reactivo)				

SNC: Sistema Nervioso Central
LCR: Líquido Céfalo Raquídeo
IM= vía intramuscular, vo= vía oral
UI: Unidades Internacionales

E. CRUZ S.

6.7.1.4 Desensibilización en alergia a Penicilina

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

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

El esquema oral se considera más seguro y sencillo. La desensibilización se completa en aproximadamente 4 horas, luego de lo cual debe darse la primera dosis de Penicilina. Luego de la desensibilización los pacientes deben mantenerse en observación continuamente por la duración del curso de terapia.

Intervalo entre dosis, 15 minutos; tiempo total, 3 horas y 45 minutos; dosis acumulativa, 1.3 millones unidades.

Tabla N° 5. Protocolo de desensibilización oral

Penicilina V dosis suspensión	Concentración de Penicilina (unidades/ml)*	ml	Unidades	Dosis acumulada (unidades)
1	1,000	0,1	100	100
2	1,000	0,2	200	300
3	1,000	0,4	400	700
4	1,000	0,8	800	1,500
5	1,000	1,6	1,600	3,100
6	1,000	3,2	3,200	6,300
7	1,000	6,4	6,400	12,700
8	10,000	1,2	12,000	24,700
9	10,000	2,4	24,000	48,700
10	10,000	4,8	48,000	96,700
11	80,000	1,0	80,000	176,700
12	80,000	2,0	160,000	336,700
13	80,000	4,0	320,000	656,700
14	80,000	8,0	640,000	1,296,700

Fuente: Wendel GD Jr, Stark BJ, Jamison RB, Molina RD, Sullivan TJ. Penicillin allergy and desensitization in serious infections during pregnancy. N Engl J Med. 1985 May 9;312 (19):1229-32.

*La cantidad específica de la droga debe ser diluida en 30 ml. de agua y luego administrarla oralmente.

6.7.1.5 Manejo del paciente VIH (+)

Los pacientes VIH positivos han mostrado con frecuencia una progresión acelerada hacia la neurosífilis, a pesar de haber recibido terapia convencional para sífilis temprana. No se ha probado que algún régimen sea superior a otro para prevenir esta progresión. Recientes reportes sugieren la posibilidad de recaídas de sífilis en pacientes con VIH positivo:

En todo paciente VIH (+) con RPR (o VDRL) en sangre reactivo, se debe realizar una punción lumbar para efectuar VDRL o RPR en LCR, sin importar el estadio clínico del paciente. Si la prueba resulta positiva se manejará como neurosífilis.

Para tratar al paciente VIH positivo con RPR (o VDRL) en sangre reactivo y LCR normal se utilizará Penicilina G Benzatínica 2.4 millones UI vía intramuscular semanal x 3 dosis. Si el paciente es alérgico a la penicilina debe realizarse desensibilización.

Todo Paciente infectado con VIH y con sífilis debe tener serología con pruebas no treponémicas a los 3, 6, 9, 12 y 24 meses después de finalizado el tratamiento.

Se decidirá el retratamiento si no se evidencia una caída de por lo menos 4 títulos en las pruebas serológicas luego de 6 meses de cumplido el tratamiento para sífilis primaria o secundaria y luego de 12 meses para sífilis latente. El retratamiento seguirá los mismos criterios iniciales, indicándose una nueva punción lumbar y procediéndose de acuerdo a los resultados.

6.7.1.6 Manejo de los contactos

Se considerará como contacto, excluyendo el caso de sífilis primaria (ver úlcera genital), a toda persona que tuvo relaciones sexuales en los últimos 12 meses con el caso índice con diagnóstico de formas clínicas de evolución menor de 2 años. Se procederá con el mismo esquema que para Sífilis latente tardía, iniciándose el tratamiento en la primera consulta.

En las formas clínicas de evolución igual o mayor de 2 años, se recomienda efectuar diagnóstico serológico a las parejas sexuales estables del caso índice, procediéndose al tratamiento si el resultado fuese reactivo.

6.7.1.7 Seguimiento

En las formas clínicas de evolución menor de 2 años, el tratamiento resulta altamente efectivo. En las formas más tardías, es probable la permanencia de secuelas no resueltas que limiten la recuperación total del paciente. En ambos casos, se recomienda serología con pruebas no treponémicas a los 6 y 12 meses después de finalizado el tratamiento.

Las pruebas no treponémicas deben negativizarse un año después de tratamiento adecuado para sífilis primaria y 2 años después de tratamiento adecuado para sífilis secundaria.

E. CRUZ S.

6.7.2 SÍFILIS EN GESTANTES

6.7.2.1 Del manejo de la gestante con Sífilis y del Recién Nacido con Sífilis congénita

6.7.2.1.1 Aspectos generales

- El manejo integral de la gestante con Sífilis, será responsabilidad del profesional de salud que atiende directamente a la gestante y capacitado para tal fin, según niveles de atención.
- El tratamiento para Sífilis será brindado de manera **gratuita** por los establecimientos de salud del Ministerio de Salud a las gestantes, parejas sexuales, niños, puérperas y mujeres con diagnóstico de aborto.
- El seguimiento de la gestante con Sífilis y del niño con Sífilis Congénita es obligatorio, cada establecimiento de salud debe establecer los mecanismos necesarios para el cumplimiento del mismo.

6.7.2.1.2 Del diagnóstico de infección por Sífilis en la gestante y puérpera

- La prueba de RPR para Sífilis debe solicitarse a toda gestante durante la atención prenatal, el puerperio y a la mujer con diagnóstico de aborto.
- Las pruebas confirmatorias para Sífilis (ELISA total, FTA-ABS, TPHA), se realizará a toda gestante o puérpera con prueba de RPR para Sífilis reactivo. De encontrarse recibiendo tratamiento al llegar el resultado confirmatorio negativo, se suspenderá el mismo.

- El personal de salud realizará la búsqueda activa de las parejas sexuales, reportados por la paciente.

6.7.2.1.3 Del tratamiento de la gestante con Sífilis

- El tratamiento para Sífilis en la gestante es con Penicilina Benzatínica, debiendo tenerse en cuenta los eventuales riesgos de reacciones alérgicas al medicamento.
- El tratamiento para Sífilis es:
    - **Penicilina Benzatínica** 2.4 millones UI vía intramuscular, por dosis semanal durante 3 semanas.
    - Para ser considerado tratamiento adecuado para prevenir Sífilis Congénita la última dosis de **Penicillna Benzatínica** debe haber sido aplicada a la gestante hasta **4** semanas previas al parto; así como a la pareja sexual.
- El manejo de las parejas sexuales, puérperas y mujeres con diagnostico de aborto se hará con el mismo esquema de tratamiento de la gestante.
- **Uso de penicilina en alérgicas:** de obtenerse la información o historia clínica que la gestante tiene alergia a la penicilina, en lo posible se recurrirá a la desensibilización siempre y cuando el establecimiento de salud cuente con Unidad de Cuidados Intensivos.
- Si no se cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos para la desensibilización se utilizará **Eritromicina** 500 mg vía oral cada 6 horas. El tratamiento se iniciará durante la primera consulta después de realizado el diagnóstico. Este esquema no será considerado como protector de Sífilis Congénita.
- Toda gestante o puérpera con diagnóstico de Sífilis debe recibir información en ITS, que incluya las **4C** (**C**onsejería, búsqueda de **C**ontactos, entrega de **C**ondones y **C**umplimiento de tratamiento).

6.7.2.1.4 Del diagnóstico del neonato

- Se considerará neonato con Sífilis Congénita, a todo niño cuya madre tuvo diagnóstico de Sífilis y **no recibió tratamiento** con penicilina durante el embarazo **o recibió tratamiento incompleto** (menos de tres dosis o última dosis dentro de las cuatro semanas previas al parto o si la pareja sexual no recibió tratamiento).
- En todo recién nacido en el que se desconozca o no se disponga del estado serológico para Sífilis de la madre, se realizará una prueba de RPR para Sífilis. Si el resultado es reactivo se considerará neonato con Sífilis Congénita hasta obtener el resultado de la madre y la historia de tratamiento durante la gestación.

6.7.2.1.5 Del tratamiento del neonato con Sífilis Congénita

- Todo niño nacido de madre con Sífilis NO TRATADA o con TRATAMIENTO INCOMPLETO, será referido a un establecimiento de mayor capacidad resolutiva para su atención.
- Si no puede realizarse la transferencia deberá iniciarse de inmediato el tratamiento con penicilina según el escenario 1.
- El tratamiento del niño con diagnóstico de Sífilis Congénita se realizará teniendo en cuenta los siguientes escenarios:

ESCENARIO 1 (SIF-E1):

<u>Lactantes con diagnóstico de Sífilis comprobado o muy probable y:</u>

a. Examen físico anormal compatible con Sífilis Congénita.

E. CRUZ S.

b. Titulo serológico cuantitativo no treponémico que es 4 veces mayor que el de la madre; o

c. Test de anticuerpos IgM o examen de campo oscuro de fluidos corporales positivo.

d. Se debe descartar neurosífilis, de ser positivo pasar al escenario 2.

Evaluación recomendada:

- Análisis de líquido cefalorraquídeo para citobioquímico y VDRL.
- Hemograma y recuento de plaquetas.
- Radiografía de huesos largos,
- Radiografía de tórax si hay sintomatología respiratoria.

Tratamiento recomendado:

- La duración de tratamiento es de 10 días
- **Penicilina G Sódica** 50,000 UI/kg/dosis vía endovenosa cada 12 horas para recién nacidos menores de 7 días de vida, se modificará la dosis diaria a **Penicilina G Sódica** 50,000 UI/kg/dosis vía endovenosa cada 8 horas para recién nacidos mayores de 7 días de vida hasta completar su tratamiento.

Tratamiento alternativo:

- En caso de no tener acceso endovenoso puede usarse **Penicilina G Procaínica** 50,000 UI/Kg vía intramuscular cada 24 horas por 10 días.

Seguimiento:

a. Evaluaciones mensuales durante el primer año de vida.

b. Realizar pruebas de VDRL / RPR para Sífilis al 3er, 6to y 12 meses de edad, o hasta lograr la negativización.

c. Ante la elevación de los títulos serológicos reinvestigar el caso.

d. Se recomienda evaluación oftalmológica, neurológica y auditiva semestral.

E. CRUZ S.

ESCENARIO 2 (SIF-E2):

<u>Recién nacido o lactante con diagnóstico de neurosífilis comprobado o muy probable y:</u>

a. Examen físico anormal y evaluaciones de laboratorio realizadas en el Escenario 1 (SIF-E1) compatibles con Sífilis Congénita.

b. Título serológico cuantitativo no treponémico que es 4 veces mayor que el de la madre.

c. Estudio de Líquido cefalorraquídeo que presenta:

   a. Recuento de células mayor de 25 leucocitos/mm^3.
   b. Proteínas mayores a 100 mg/dL.
   c. VDRL reactivo.

Tratamiento recomendado:

- La duración del tratamiento es de 14 días.
- **Penicilina G Sódica** 150,000 UI/kg vía endovenosa cada 12 horas para recién nacidos menores de 7 días de vida, se modificará la dosis diaria de **Penicilina G Sódica** a 150,000 UI/kg vía endovenosa cada 8 horas para recién nacidos mayores de 7 días de vida, hasta completar su tratamiento.

Tratamiento alternativo:

- No se recomienda ningún tratamiento alternativo

Seguimiento:

- Estudio de LCR cada 6 meses hasta obtener valores normales para la edad.

ESCENARIO 3 (SIF-E3):

Recién nacido o lactante con examen físico normal y título serológico cuantitativo no treponémico igual o menor a 4 veces el título de la madre y:

a. Madre no tratada o inadecuadamente tratada.

b. Madre fue tratada con **eritromicina** u otro régimen diferente a la penicilina.

c. Madre recibió tratamiento en el último mes antes del parto.

d. La madre tuvo Sífilis temprana y tiene un título no treponémico que no decrece o aumenta.

e. Test de anticuerpos IgM o examen de campo oscuro de fluidos corporales positivo en el recién nacido.

Evaluación recomendada:

1. Análisis de líquido cefalorraquídeo para citobioquímica y VDRL.
2. Hemograma y recuento de plaquetas.
3. Radiografía de huesos largos.

Tratamiento recomendado:

- Si el examen físico y/o los estudios de laboratorio muestran anormalidades o por razones técnicas no es posible realizar el estudio de laboratorio, considerar el diagnóstico de Sífilis Congénita y dar tratamiento como en el escenario 1 (SIF-E1).
- Si el examen físico y los estudios de laboratorio son normales y se puede asegurar seguimiento, entonces el lactante no tiene Sífilis Congénita pero se considera potencialmente expuesto a *Treponema pallidum* y debe recibir: **Penicilina Benzatínica** 50,000 UI/kg en dosis única intramuscular.

Seguimiento:

a. Evaluaciones mensuales durante el primer año de vida.

b. Realizar VDRL/RPR al 3er, 6to y 12 meses de edad, o hasta lograr la negativización.

c. Ante la elevación de los títulos serológicos reinvestigar el caso.

ESCENARIO 4 (SIF-E4):

Recién nacido o lactante con madre adecuadamente tratada y título serológico cuantitativo no treponémico igual o menor a 4 veces el título de la madre y:

a. Madre con tratamiento completo y adecuado durante la gestación.

b. Madre recibió tratamiento antes del último mes previo al parto.

c. Madre cuyos títulos serológicos disminuyen adecuadamente después del tratamiento.

d. Madre con títulos que desde un inicio fueron y permanecieron bajos durante todo el embarazo (1/2 ó 1/4).

E. CRUZ S.

e. Madre no tiene evidencias de reinfección.

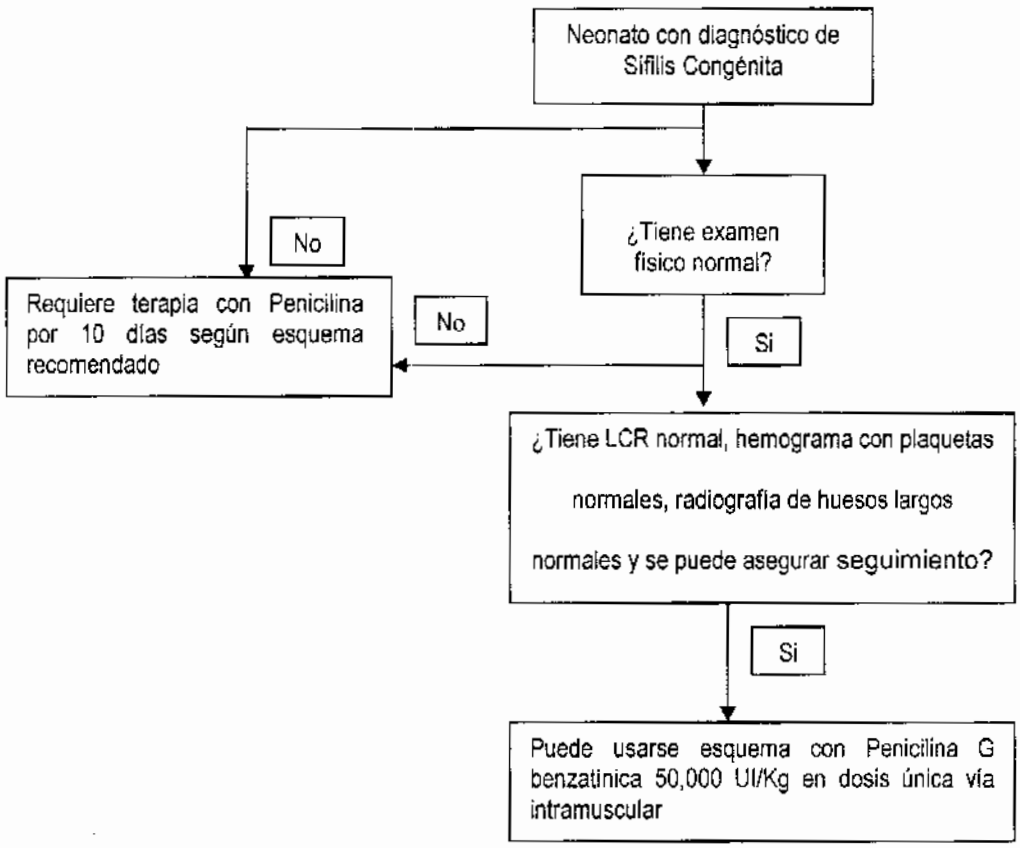
Evaluación recomendada:

- No es necesario referir al niño a otro establecimiento de mayor capacidad resolutiva.
- Seguimiento periódico al niño.

Tratamiento recomendado:

- Ninguno.
- Si no es posible hacer seguimiento al niño, aplicar **Penicilina Benzatínica** 50,000 UI/kg. vía intramuscular como dosis única.

Fluxograma para el manejo de Sífilis Congénita



E. CRUZ S.

6.7.4 INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

6.7.4.1 Etiología

El VPH es un virus ADN con más de 70 genotipos identificados, más de 20 de los cuales pueden infectar el tracto genital. Las verrugas genitales son causadas por el VPH tipo 6 u 11. Otros tipos (16, 18, 31, 33 y 35) han sido asociados a displasia cervical.

6.7.4.2 Manifestación clínica

El espectro clínico de la infección genital por el VPH es amplio y sus rangos van desde la completa ausencia de anormalidades epiteliales, pasando por una variedad de microlesiones visibles sólo por amplificación y después de aplicar ácido acético (Ej. en la colposcopía), hasta las verrugas observadas a simple vista.

En los varones:

- Las verrugas genitales son pleomórficas. El condiloma acuminado es la lesión más común. Por lo general las verrugas son pápulas exofíticas, hiperqueratósicas, sésiles o con un pedúnculo corto y ancho. Pueden variar desde pápulas perladas y lisas hasta proliferaciones acuminadas.
- Las lesiones aparecen con más frecuencia en el frenillo, surco balanoprepucial, glande y prepucio. En el caso de HSH, las lesiones aparecen frecuentemente en la zona perianal.

En las mujeres:

- Suelen aparecer en la vulva y los labios mayores, pudiendo invadir áreas adyacentes; en el 20% de los casos invaden el periné y el área perianal e inclusive parte de la vagina.
- Las verrugas perianales usualmente constituyen condilomas acuminados. Más del 50% de pacientes con verrugas anales externas presentan condilomas "internos" afectando el epitelio escamoso, sin alterar la función ano rectal.

Las verrugas genitales son generalmente benignas, con escasos síntomas, siendo su apariencia desagradable la mayor preocupación para los pacientes.

Tabla N° 6. Manifestaciones clínicas más frecuentes de los tipos más comunes de VPH

Tipo de VPH	Lesiones Genitales
6, 11	Condiloma anogenital
16, 18, 31, 42	Enfermedad de Bowen, Neoplasia vulvar intraepitelial
6, 11, 16, 18, 31,33, 35	Neoplasia cervical intraepitelial, displasia de mucosa genital
16, 18, 31, 33, 35	Cáncer invasivo

E. CRUZ S.

6.7.4.3 El VPH y la neoplasia genital

Diversos estudios han evidenciado que tipos específicos del VPH cumplen un rol importante en la patogénesis de la neoplasia epitelial genital:

a. Las mujeres que tuvieron infección con VPH tipo 16 ó 18, desarrollaron displasia moderada a grave después de 2 años.
b. El carcinoma de cérvix está asociado a múltiples parejas sexuales y a una temprana edad de inicio sexual, evidencias que sugieren la existencia de un agente etiológico que es transmitido sexualmente.
c. Se ha reportado el hallazgo del genoma del VPH en células cancerosas.

Hoy en día es claro que el VPH es la causa del cáncer cervical y de otras neoplasias ano-genitales.

6.7.4.4 El VPH y su relación con el VIH

Se ha demostrado que el VIH incrementa la reactivación y expresión de la infección latente del VPH y que este efecto se incrementa con el avance de la inmunosupresión relacionada al VIH. Los pacientes reinfectados evolucionan con mayor rapidez, a carcinoma invasivo cervical o anal.

Por tales razones se recomienda la realización del PAP como parte de la evaluación inicial de la mujer infectada por VIH y luego cada 6 meses.

6.7.4.5 Tratamiento

• Consideraciones generales

- La meta del tratamiento está dirigida a la remoción de las verrugas exofíticas y a la mejoría de los signos y síntomas, pero no a la erradicación del VPH, porque ésta no es posible con los tratamientos existentes que, por otra parte, no influenciarán sobre el desarrollo posterior de cáncer cervical, desconociéndose, asimismo, los efectos que éstos pueden ejercer sobre la historia natural del VPH.

- Sin tratamiento, las lesiones pueden desaparecer espontáneamente, permanecer sin cambios, o crecer.

- En todo régimen terapéutico debe considerarse la ubicación, tamaño y número de las lesiones, como también el costo, eficacia y efectos adversos del mismo. Las verrugas extensas o refractarias y las formas internas o intracavitarias (intrauretral, cervical, vaginal y rectal), deben ser derivadas al centro de referencia para la atención de ITS (CERITS) de cada jurisdicción.

- En mujeres con lesiones cervicales sugestivas de VPH, debe descartarse la presencia de displasia antes de iniciar el tratamiento.

• Esquemas de tratamiento

a. Crioterapia con nitrógeno líquido que se usará en lesiones de pequeñas dimensiones (verrugas genitales externas, perianales, cervicales, uretrales, anales y orales), debiendo utilizarse aplicadores que permitan dosificar la cantidad necesaria y a delimitar el área de tratamiento. Esto debe ser realizado por personal calificado considerando el riesgo de criocoagulación en las zonas contiguas. Repetir las aplicaciones cada una a dos semanas.

b. Podofilina en tintura de benzocaína al 25% (en verrugas genitales externas, perianales, cervicales y uretrales). Para evitar la posibilidad de una absorción sistémica que pueda provocar toxicidad, se recomienda que la aplicación se limite a 0.5 ml de la solución o que el área total tratada no exceda de 10 cm² por sesión. Debe lavarse prolijamente la zona tratada después de 1 a 4 horas. Se repetirá semanalmente la aplicación si fuese necesario. Considerando su poder irritativo se recomienda su uso sólo por personal entrenado. Si las lesiones persisten después de 6 aplicaciones, se optará por otros tratamientos.

   El uso de este fármaco está contraindicado durante la gestación.

   En lesiones cervicales, luego de la aplicación, se esperará que el área seque para retirar el espéculo; se tratará 2 cm² por sesión, el resto de las indicaciones serán similares a lo señalado para lesiones en otra ubicación. Debe considerarse el mayor riesgo de absorción sistémica en el tratamiento de lesiones cervicales.

c. Electrocauterización, que se utiliza en verrugas genitales externas. Estará contraindicada en pacientes portadores de un marcapaso o en lesiones próximas al orificio anal.

d. Remoción quirúrgica, especialmente en verrugas orales, o de grandes dimensiones

6.7.4.6 Manejo de la gestante

Durante la gestación las lesiones genitales tienen tendencia a proliferar y a ser friables (se rompen o desmenuzan fácilmente).

Los VPH tipo 6 y 11 pueden causar papilomatosis laríngea en infantes y niños. La ruta de transmisión (transplacentaria, perinatal o postnatal) no está clara. El valor preventivo de la cesárea se desconoce. La cesárea estará indicada solo cuando las verrugas genitales obstruyen el conducto vaginal, pudiendo provocar el riesgo de un sangrado excesivo.

El uso de la podofilina está contraindicado durante todo este periodo.

6.7.4.7 Manejo del infectado por VIH

En toda persona infectada con el VIH se debe tener en cuenta la posibilidad de fracaso terapéutico independientemente del fármaco utilizado. En tales situaciones el paciente debe ser derivado a servicios especializados para su adecuada atención.

6.7.4.8 Manejo de los contactos

No es necesaria la búsqueda de contactos ya que la reinfección no es relevante en estos casos. Si la pareja sexual tiene lesiones debe recibir tratamiento.

Los contactos mujeres de pacientes varones con ITS deberán tener PAP anuales debido a que se ha demostrado un incremento de riesgo de cáncer cervical en pacientes que tienen ITS.

Es probable que los pacientes varones con ITS sean también portadores de una infección subclínica por VPH, infección que no es tributaria de tratamiento específico, infecciones que pueden transmitir a sus parejas sexuales.

6.7.4.9 Seguimiento

Una vez que las verrugas remitan con la terapia, no existe necesidad de controles posteriores, salvo si las lesiones son múltiples por existir una mayor tendencia a las recidivas. No obstante, se puede desarrollar un despistaje anual en mujeres con o sin verrugas genitales. Debe explicarse al paciente que la tasa de recidiva es alta (hasta un 30%). La presencia de verrugas no es una indicación para colposcopía.

E. CRUZ S.

6.7.5 HERPES GENITAL

6.7.5.1 Etiología y Epidemiología

El herpes genital es una de las enfermedades de transmisión sexual más extendidas en el mundo occidental. Se estima que entre el 25 y el 35% de los adultos sexualmente activos del mundo pueden estar infectados por el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2), que es el virus más frecuentemente causante del herpes genital, y alrededor del 20% presentan síntomas reconocibles. Su incidencia ha ido aumentando a lo largo de los últimos 20 años, y no existe tratamiento curativo, aunque los fármacos antivirales pueden limitar la duración y la gravedad de los síntomas si se inicia el tratamiento tempranamente.

El herpes genital es causado principalmente por el VHS-2, aunque en algunos casos el responsable es el VHS-1. Este último es el responsable de entre el 10 y el 30 % de los primeros episodios de herpes genital y de sólo el 2-5 % de las recurrencias.

6.7.5.2 Manifestaciones clínicas

Estas dependen de la fase de la enfermedad:

a. Infección inicial: que puede ser:
   i. Sintomática
   ii. Asintomática

b. Infección recurrente que puede ser:
   i. Asintomática sin excreción de virus

ii. Asintomática con excreción de virus

iii. Infecciones subclínicas

iv. Sintomática

Algunas personas pueden estar asintomáticas durante la infección inicial. Al igual que en otras enfermedades causadas por herpes virus, el herpes genital recidiva por reactivación del virus que se halla latente en los ganglios de la raíz dorsal, y el 50-80 % de las personas infectadas sufren recurrencias sintomáticas, generalmente de 1 a 4 veces al año, aunque pueden aparecer hasta una vez al mes. La reactivación del virus puede no producir síntomas en todos los casos, a pesar de que estén liberándose virus y, por consiguiente, puede diseminarse la infección.

6.7.5.3 Infección primaria

En el primer episodio de infección primaria suele producirse un pródromo que dura varios días, con malestar general, fiebre, cefalea, mialgias y quemazón o prurito cutáneos en la zona donde se desarrollarán posteriormente las lesiones. Mientras persisten las lesiones se mantienen los síntomas locales de dolor (especialmente durante la micción) y prurito. Los síntomas suelen ser más intensos en las mujeres que en los hombres. Los síntomas son más intensos cuando se trata de una infección por VHS-2 o cuando el o la paciente tiene serología positiva para VHS-1 (herpes simple tipo 1 usualmente causante de una infección viral pediátrica) y adquieren VHS-2.

El primer episodio del herpes genital suele presentarse con úlceras múltiples dolorosas, generalmente precedidas de un pródromo que dura varios días. Los síntomas dependen del número de las lesiones y de su localización. No obstante, todas evolucionan del mismo modo, comenzando con eritema y progresando a la formación de vesículas, que evolucionan a úlceras y terminan cubriéndose de costras. La diseminación del virus dura alrededor de 12 días. El proceso de curación tarda aproximadamente 12-20 días, y la duración completa de la enfermedad es de unas 3 semanas. No obstante, son frecuentes las presentaciones atípicas.

En los varones, las lesiones pueden producirse en el glande, en el propio pene o en la región perianal. En las mujeres pueden producirse en los labios, el clítoris, el periné, la vagina, vulva o la región perianal.

6.7.5.4 Infección recurrente

En los episodios recurrentes, los síntomas son similares pero tienden a ser menos intensos, de duración más corta y con menos lesiones. Los síntomas prodrómicos duran 24-48 horas y pueden acompañarse de dolores esporádicos en la distribución del nervio sacro, que pueden ser un indicador útil para comenzar el tratamiento. El dolor es frecuente; se presenta en el 67 % de los varones y en el 88 % de las mujeres. La disuria puede ser un problema especialmente en las mujeres, afectando en algunos estudios hasta al 27 % de ellas.

Las lesiones herpética (vesículas) en las infecciones recurrentes son más leves y más cortas.

Las recurrencias consisten en una lesión única o un grupo pequeño de lesiones localizadas en los genitales externos. Aunque la mayoría de los pacientes sufren entre 1 y 4 recurrencias al año, cuanto más grave sea el primer episodio, más frecuentes serán las recurrencias (sintomáticas). La frecuencia de éstas suele ser mayor en el primer año que sigue al primer episodio, que en los años posteriores. El herpes genital producido por el VHS-1 no parece recidivar con tanta frecuencia como el causado por el VHS-2, con un promedio de 5 episodios al año en la infección por el VHS-2 y de sólo uno con el VHS-1. Se han identificado diversos factores

E. CRUZ S.

precipitantes del desarrollo de recurrencias, incluidos los traumatismos locales (como, relaciones sexuales, masturbación), la menstruación o factores psicológicos (p. Ej., estrés, falta de sueño, problemas laborales).

También se pueden presentar lesiones extragenitales, como en los muslos o los dedos de las manos.

6.7.5.5 Infecciones subclínicas

También pueden producirse episodios asintomáticos cuando el virus se disemina desde la piel de la región genital sin que el paciente note síntomas. Muchos individuos seropositivos no han padecido nunca herpes clínico pero mantienen una proliferación asintomática del virus, y muchos más de ellos no reconocen sus síntomas a lo que se denomina infecciones subclínicas. Se ha estimado que solo el 20 % de las mujeres infectadas sufren herpes genital sintomático reconocido, mientras que el 60 % padecen herpes genital sintomático no reconocido (infección subclínica), y otro 20 % presentan herpes genital asintomático. Este fenómeno constituye un claro desafío para el control de la transmisión. La educación del paciente es una parte importante del manejo de esta enfermedad.

6.7.5.6 Complicaciones

Las complicaciones graves del herpes genital son infrecuentes, excepto en los pacientes inmunodeprimidos y neonatos. El herpes neonatal es la complicación mas grave de la infección genital materna por el VHS. Las lesiones herpéticas se desarrollan 4-7 días después del nacimiento, por lo general en zonas que sufren traumatismo, pero puede aparecer enfermedad visceral y de SNC sin lesiones cutáneas que hace que el proceso ponga en peligro la vida y sea difícil de diagnosticar. Por fortuna la transmisión del herpes genital de la madre al neonato causando herpes neonatal es un evento infrecuente que se asocia básicamente a infecciones primarias por herpes genital en el ultimo trimestre del embarazo.

E. CRUZ S.

6.7.5.7 Diagnóstico

Si bien es cierto que el diagnóstico que se hace más frecuentemente es el diagnóstico clínico al reconocer lesiones vesiculares agrupadas, es importante saber que es poco sensible y específico dada la alta frecuencia de pacientes que tienen la infección, excretan el virus pero son asintomáticos o subclínicos. En nuestro medio no se cuenta con pruebas adecuadas para el diagnóstico como instrumentos para el manejo clínico

En otros países se pueden realizar cultivos virales, serología específica para el tipo de herpes, pruebas virológicas en muestras de lesiones como estudios de reacción de polimerasa de cadena (PCR). La detección citológica de los cambios celulares que ocasiona la infección del virus del herpes (preparación de Tzanck) y el diagnóstico por PAP son poco sensibles y poco específicos por lo que no se deben usar como forma de diagnóstico.

6.7.5.8 Tratamiento

El tratamiento es para aliviar los síntomas y acortar su duración, reducir el tiempo hasta la curación completa de las lesiones, disminuir la duración de la diseminación viral desde las lesiones, la concentración viral y la proliferación asintomática y, por consiguiente, disminuir los riesgos de transmisión, reducir la frecuencia y la gravedad de las recurrencias, o prevenirlas o eliminarlas por completo. Pero debe quedar claro que el tratamiento NO CURA LA INFECCIÓN POR VHS.

En lugares donde exista escasez de medicamentos, es mejor reservar el tratamiento para pacientes con manifestaciones graves o herpes zoster, asociado frecuentemente a infección por VIH.

Esquemas de tratamiento

a. Primer episodio

Muchos pacientes con un primer episodio de herpes genital presentan manifestaciones clínicas muy marcadas. Se recomienda en estos casos de primer episodio dar tratamiento antiviral con: **Aciclovir** 400 mg oral cada 8 horas por 7 a 10 días o **Aciclovir** 200 mg oral 5 veces al día por 7 a 10 días o **Famciclovir** 250 mg oral 3 veces al día por 7 a 10 días o **Valaciclovir** 1 g oral dos veces al día por 7 a 10 días

(El tratamiento puede prolongarse por encima de 10 días si no se han curado todas las lesiones)

b. Episodios recurrentes

La mayoría de los pacientes que tuvieron un primer episodio sintomático desarrollaran en el futuro episodios recurrentes. La terapia antiviral debe ser administrada en cada episodio para disminuir las molestias y disminuir el tiempo de las lesiones. Para que el tratamiento episódico sea efectivo debe iniciarse dentro de las 24 horas de la aparición de las primeras lesiones, y el tratamiento recomendado sería: Aciclovir 400 mg oral cada 8 horas por 5 días o Aciclovir 200 mg oral 5 veces al día por 5 días o Aciclovir 800 mg oral dos veces al día por 5 días o Famciclovir 125 mg oral dos veces al día por 5 días o Valaciclovir 500 mg oral dos veces al día por 5 días o Valaciclovir 1 g oral una vez al día por 5 días.

c. Terapia supresiva para herpes genital recurrente

Esta terapia reduce la frecuencia de recurrencia de herpes genital en un 70-80% en aquellos individuos con más de 6 recurrencias por año. Probablemente el tratamiento también es efectivo para personas que tengan menos episodios por año pero no se tienen datos al respecto y el problema resulta ser el costo del tratamiento.

La frecuencia de recurrencias disminuye aun sin tratamiento normalmente a través del tiempo. Es importante explicar al paciente que luego de un año de tratamiento se podría probar parar la terapia y ver si disminuyeron las recurrencias, sino fuese así se puede continuar un año más y así sucesivamente. El tratamiento recomendado es: Aciclovir 400 mg vía oral por dos veces al día o Famciclovir 250 mg oral dos veces al día o Valaciclovir 500 mg oral dos veces al día por 5 días o Valaciclovir 1 g oral una vez al día

E. CRUZ S.

6.7.5.9 Consejería

El mayor desafío que puede tener que afrontar el profesional de salud en el manejo del paciente al que se diagnostica un herpes genital es la necesidad de proporcionarle apoyo emocional.

Ante el diagnóstico de herpes genital, la mayoría de los pacientes experimentan problemas emocionales como el miedo al rechazo, disminución de la autoestima, enfado, sentimiento de culpa, depresión y sensación de aislamiento. El miedo al rechazo puede hacer que la persona no informe a su pareja, familia o amigos, lo que a su vez ocasiona el aislamiento de las fuentes de apoyo. Con el paso del tiempo los problemas emocionales pueden desaparecer, pero gran parte de los pacientes siguen sintiéndose deprimidos y temen el rechazo incluso después de años conviviendo con la enfermedad.

- **Algunos puntos importantes para los pacientes**

Es necesario tranquilizar a los pacientes explicándoles que contraer una enfermedad de transmisión sexual no significa que sean "sucios" y no los marca como

promiscuos. Deben conocer que esta es una ITS y que se deben tomar las medidas para evitar al máximo complicaciones y molestias futuras. Se les debe explicar que el VHS (tipos 1 y 2) es extremadamente frecuente y se debe introducir el concepto de la transmisión asintomática. Cuando los pacientes comprendan estos puntos deben utilizarlos para explicar la situación a su pareja.

- **Necesidades de asesoramiento de los pacientes**

Es importante dejar claro a los pacientes que un diagnóstico de herpes genital no significa que su vida sexual ha terminado. Deben explicarse los riesgos de transmisión asociados con la actividad sexual durante un episodio de herpes genital y la práctica de un "sexo más seguro" para reducir esos riesgos (uso de condón).

Hay que orientar a los pacientes sobre el modo de informar esta enfermedad a su pareja actual o futura. Al informar a la pareja pueden surgir acusaciones de infidelidad, ayude explicar al paciente que pueden transcurrir muchos años desde la infección inicial hasta el primer episodio clínico. Una persona que haya pasado la infección puede incluso no saber que es portador de ella. Hay personas que no dicen a su pareja que padecen herpes genital, pero la confianza en la pareja es muy importante para una convivencia óptima con la enfermedad.

- **Malentendidos por parte de los pacientes**

Con frecuencia, los pacientes depositan grandes expectativas en el tratamiento (es decir, en la curación). Los pacientes a menudo piensan que no son contagiosos a menos que presenten síntomas, opinión a la que puede haber contribuido el médico. El concepto de transmisión asintomática exige una explicación y re-explicación cuidadosa. Algunos creen que siguen contagiándose de herpes genital de su pareja, por lo que es preciso aclarar la transmisión vírica. Debe advertirse a los pacientes con infección primaria que el virus puede extenderse a otras partes del cuerpo. Los pacientes pueden pensar que por sufrir infección por el VHS serán más propensos a contraer otras infecciones debido a un debilitamiento del sistema inmunitario. Deben comprender que esto no es cierto, pero que la existencia de herpes genital puede aumentar el riesgo de adquirir la infección por el VIH.

- **Consejos de autoayuda para los pacientes**

Existen algunas medidas que el paciente con herpes genital puede realizar para sobrellevar mejor los síntomas de la enfermedad. Algunos medidas sencillas, como aplicar hielo en las erosiones o sumergirlas en agua tibia con sal, pueden proporcionar cierto alivio, añadidos al tratamiento antiviral adecuado.

E. CRUZ S.

6.7.6 DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DE LA OFTALMIA EN EL RECIÉN NACIDO

6.7.6.1 Oftalmia por Nesisseria gonorrhoeae

Manifestaciones clínicas

En los recién nacidos la infección por Neisseria gonorrhoeae puede producir:

- Conjuntivitis purulenta aguda, 2 a 5 días después del nacimiento. Algunas veces el cuadro inicial suele pasar inadvertido o puede ocurrir después de 5 días, debido a la supresión parcial de la infección por acción de la profilaxis oftálmica, por un inóculo mínimo o por la poca virulencia de algunas cepas. Un periodo muy prolongado de incubación puede dejar en evidencia la adquisición post-natal de la infección.

- Edema bipalpebral y exudado conjuntival progresivamente purulento y profuso, presentándose hemorragias ocasionales. Sin tratamiento puede extenderse a otras capas de la superficie epitelial como el tejido conectivo subconjuntival de la conjuntiva palpebral y, lo que es más preocupante, a la córnea.

- Lesiones de la cornea, incluyendo ulceraciones que pueden provocar visión borrosa permanente, perforación de la cornea, pudiendo llegar a la panoftalmitis y a la pérdida del ojo comprometido.

Diagnóstico

- Examen directo de exudados por tinción de Gram para buscar Diplococos Gram negativos intracelulares.

- Cultivo de muestras obtenidas de la oro faringe, conjuntivas, conducto anal, y otros.

Tratamiento

- Esquema recomendado:

Ceftriaxona 25-50 mg/kg vía endovenosa o intramuscular dosis única (no más de 125 mg)

- Alternativas:

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

- Otras consideraciones para el manejo:

La infección simultánea con Chlamydia trachomatis ha sido reportada y debe considerarse en los pacientes que no respondieron adecuadamente al tratamiento.

Profilaxis

La instilación de un agente profiláctico en los ojos de todos los recién nacidos es recomendada para la prevención de la oftalmia por *N. gonorrhoeae* y debe efectuarse en todos los establecimientos de salud, especialmente en algunas poblaciones donde se evidencia que el 10% de las gestantes no han recibido tratamiento apropiado.

* Esquemas de Profilaxis

Nitrato de Plata al 1% en solución acuosa una sola aplicación, o

Eritromicina al 0.5% en ungüento oftálmico una sola aplicación, o

Tetraciclina al 1% en ungüento oftálmico una sola aplicación.

E. CRUZ S.

6.7.6.2 Oftalmia por Chlamydia trachomatis

Manifestaciones clínicas

- Las manifestaciones clínicas varían desde la infección asintomática hasta la conjuntivitis purulenta severa.

- La conjuntivitis en los recién nacidos ocasionada por la *C. trachomatis* suele evidenciarse entre los 5 y 20 días posteriores al nacimiento.

- Sin tratamiento la enfermedad puede persistir de 3 a 12 meses.

- Puede complicarse con vascularización corneal superficial persistente.

Diagnóstico

La coloración de Giemsa para la búsqueda de inclusiones citoplasmáticas en células infectadas no tiene adecuada sensibilidad. Se puede recurrir a métodos de captura de antigeno por LCR u otros similares.

Tratamiento

Esquema recomendado es Eritromicina 30 a 50 mg/kg vía oral cada 6 horas por 14 días.

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

Profilaxis

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

6.8 BÚSQUEDA Y MANEJO DE ITS EN POBLACIONES DE BAJA PREVALENCIA DE ITS

6.8.1 RAZONES PARA LA INTEGRACIÓN DE SERVICIOS DE ITS A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

• La mayor parte de los casos de ITS ocurren en mujeres sexualmente activas entre los 15 y 45 años de edad, muchas de las cuales son consultantes frecuentes o potenciales de estos servicios.

• Las mujeres acostumbran a formular sus dudas y preocupaciones sobre las ITS en estos servicios.

• Con frecuencia son los únicos lugares de encuentro que tienen con el sistema de salud.

Las medidas de prevención y control de las ITS desarrolladas en la atención materno perinatal y en los servicios de planificación familiar llegarán a muchas mujeres que de otro modo no se beneficiarían de las campañas de educación sobre tales patologías.

6.8.2 ACTIVIDADES PARA EL CONTROL DE LAS ITS EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

6.8.2.1 Búsqueda, diagnóstico y tratamiento de ITS

E. CRUZ S.

• Evaluar presencia de síntomas y/o signos sospechosos de ITS en toda consultante. Es importante la historia clínica dirigida hacia síntomas o historia de ITS, fundamentalmente flujo vaginal anormal, úlcera genital y dolor abdominal bajo.

• Realizar examen físico incluyendo examen ginecológico con espéculo y bimanual buscando:

- Flujo vaginal anormal.
- Mucopus por Cérvix.
- Úlceras genitales.
- Dolorabilidad a la movilización del cérvix.

• Si se evidencia un síndrome de ITS, se procederá al manejo del caso. Si se diagnostica una ITS no enmarcada en el manejo sindrómico, se procederá de acuerdo a lo señalado en la presente norma técnica.

• Dar tratamiento, información y 4C (consejería, cumplimiento del tratamiento, contactos y uso de condón) en la primera consulta, en coordinación con la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA del establecimiento.

• En las gestantes y puérperas se impulsará la búsqueda activa de Sífilis a través de pruebas de RPR gratuito en la primera consulta.

• A toda usuaria de servicios de planificación familiar portadora de algún síndrome de ITS, deberá solicitársele RPR en esa consulta.

6.8.2.2 Información y 4 C

Las pacientes de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva con diagnóstico de ITS deben recibir información y 4C. En la información se enfatizarán consecuencias

y secuelas de las ITS, la mayor susceptibilidad a contraer el VIH y el riesgo de transmisión vertical.

Debe enfatizarse también que el condón es el único MÉTODO ANTICONCEPTIVO que proporciona protección contra las ITS. Es decir, es un método con DOBLE PROTECCIÓN.

6.9 BÚSQUEDA Y MANEJO DE ITS EN GRUPOS DE ELEVADA PREVALENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

6.9.1 ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA A TRABAJADORES(AS) SEXUALES

La Atención Médica Periódica (AMP), se define como el control sistemático y periódico en busca de ITS que se realiza a los/las trabajadores(as) sexuales (TS).

La Atención Médica Periódica debe realizarse en los Centros de Referencia de ITS y SIDA (CERITS) y UAMPS.

Procedimientos para la atención

La Atención Médica Periódica a trabajadoras sexuales mujeres incluye:

• Evaluación clínica cada 30 días, priorizando en el examen físico la inspección de piel, boca, región perianal, anal y presencia de adenopatías. Además deberá incluirse examen vaginal con espéculo y examen bimanual.

• Evaluación laboratorial cada 30 días, para lo cual se deberá realizar el examen con espéculo con toma de muestras de secreción vaginal (pH, directos y tinción de Gram) y estudio de secreción endocervical (tinción de Gram, Elisa para Clamidia y cultivo para N. gonorrhoeae). Además se realizara el hisopado de recto (cultivo de N. gonorrhoeae).

• Evaluación serológica para Sífilis con RPR cada 3 meses.

• Prueba de ELISA para VIH cada 6 meses.

• PAP anual, ya que la infección por algunos serotipos de VPH (16, 18, 3, etc.) aumentan el riesgo de cáncer cervical.

• Información, consejería, promoción del uso y provisión de condones.

E. CRUZ S.

La Atención Médica Periódica a trabajadores sexuales hombres incluye:

• Evaluación clínica cada 30 días, priorizando en el examen físico la inspección de piel, boca, región perianal, anal y presencia de adenopatías.

• Evaluación laboratorial cada 30 días que incluye examen de sedimento de orina y cultivo para N. Gonorroheae.

• Prueba de ELISA para VIH cada 6 meses.

• Evaluación serológica para Sífilis con RPR cada 3 meses.

• Información, consejería, promoción del uso y provisión de condones.

La lectura e informe de resultados del examen de orina, la tinción de Gram y el RPR deben entregarse en un tiempo máximo de 45 minutos; mientras que el cultivo para N. gonorrhoeae y ELISA para clamidia serán entregado en un tiempo máximo de 7 días.

Si el cultivo para N. gonorrhoeae resultara positivo o el ELISA para Clamidia resultara reactivo, se informará inmediatamente al personal responsable de la AMP y se reportará en la historia clínica. Si el paciente no recibió tratamiento adecuado durante su atención médica periódica, deberá ser invitado a una nueva consulta de

manera confidencial. En ningún caso deberá esperarse hasta su próximo control para brindarle tratamiento.

Los exámenes de laboratorio y los tratamientos para las ITS curables diagnosticadas en TS se proveerán gratuitamente.

6.9.2 PROCTITIS.

Es la inflamación de la mucosa rectal, suele producirse en hombres que tienen sexo con otros hombres. En las personas con infección por el VIH se presentan las enfermedades anorrectales entre un 6 y un 34% de los casos; dentro de ellas las más frecuentes son las úlceras, los condilomas acuminados y las fístulas; la etiología suele ser infecciosa, traumática o tumoral. Las proctitis, incluida la inespecífica, es una entidad asociada a pacientes infectados por VIH, cuyo diagnóstico se basa tanto en estudios clínicos, serológicos, inclusive histológicos. Las causas más frecuentes asociadas a la proctitis, especialmente en Personas viviendo con el VIH, suelen ser infecciosas, las causas mas frecuentes están asociadas a ***Citomegalovirus, Virus Herpes Simple, Neisseria gonorrhoeae, C. trachomatis, T. pallidum, Mycobacterium tuberculosis, Campylobacter spp., Shigella spp., Salmonella spp., Entamoeba histolytica y Giardia lamblia.*** Un porcentaje menor están asociadas a causas traumáticas o tumorales, como el linfoma y sarcoma de Kaposi. Clínicamente cursa con diarrea crónica, sangrado rectal, secreciones hemático-purulentas, dolor abdominal y anorrectal, tenesmo rectal, en ocasiones fiebre y pérdida de peso superior al 10%. No se ha encontrado relación entre el estado inmunológica del paciente y el desarrollo de proctitis en Personas con infección por el VIH.

El diagnóstico diferencial es con las formas inespecíficas de proctitis y con la enfermedad inflamatoria intestinal.

El tratamiento de la proctitis como ITS es el de la causa infecciosa asociada.

6.10. ATENCIÓN DE PERSONAS SOMETIDAS A VIOLENCIA SEXUAL

E. CRUZ S.

6.10.1 CONSIDERACIONES GENERALES

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

El programa nacional contra la violencia Familiar y Sexual del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social desarrollo durante el 2004 una evaluación de la violencia sexual en mujeres y hombres entre 15 y 59 años. Se encontró una prevalencia de violencia sexual de 9.4% en mujeres y 5.4% en varones, asimismo 1 de cada diez de los agredidos, reporto haber recibido violencia sexual antes de los 15 años.

La violencia sexual es ejercida en mayor proporción por personas del entorno familiar: 4 de cada 10 reportes señalaron al esposo o conviviente como el principal agresor sexual. Sin embargo, fuera del entorno familiar, 2 de cada 10 menciones señalaron a un desconocido como el principal agresor sexual.

Tabla N° 7. Prevalencia de la violencia sexual en las y los entrevistados, por distrito, según sexo, 2004

PORCENTAJE DEL TOTAL DE ENTREVISTADOS POR SEXO Y EN CADA DISTRITO					
Sexo	Distrito			Total	Número de entrevistas
	San Juan de Lurigancho	Puno	Tarapoto		
Mujer	11.2	10.6	6.4	9.4	877
Varón	10.2	2.5	3.6	5.4	858

Fuente: Encuesta sobre Relaciones Familiares en Mujeres y Hombres de 15 a 59 años – 2004.

La experiencia mundial ha mostrado que las patologías que más frecuentemente se diagnostican en mujeres que han sufrido una violación sexual son:

- Tricomoniasis
- Infección por clamidia
- Gonorrea
- Vaginosis bacteriana

6.10.2 PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS SOMETIDAS A VIOLENCIA SEXUAL

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

• La atención clínica incluirá:

6.10.2.1 Primera Consulta

a. *Independiente del tiempo transcurrido*, se procederá a un examen ginecológico y rectal con toma de muestras de acuerdo a facilidades del establecimiento. Si se evidencia algún síndrome de ITS se procederá al manejo del síndrome. Si no hubiese hallazgos se indicará el siguiente tratamiento profiláctico, que incluya tratamiento para Gonorrea, Clamidia, Vaginosis bacteriana y Tricomoniasis:

- **Tratamiento profiláctico ITS para menores de 16 años, mujeres gestantes o que dan de lactar:**

Ceftriaxona 250 mg vía intramuscular en dosis única **+ Azitromicina** 1 g vía oral en dosis única **+ Metronidazol** 2 g vía oral en dosis única

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

Ciprofloxacina 500 mg vía oral en dosis única **+ Azitromicina** 1 g vía oral en dosis única (o Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días) **+ Metronidazol** 2 g vía oral en dosis única

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

b. *Se recomienda la inmunización* pasiva y activa contra la Hepatitis B, si no hubiera sido vacunada previamente. De evidenciarse vacunación previa, se recomienda una dosis de refuerzo.

c. *Se efectuará la prueba de RPR.*

d. *Se recomendará* que, durante el periodo de observación, evite las relaciones sexuales o, en su defecto, utilice condones.

E. CRUZ S.

e. *Se recomendará la prueba de ELISA* para VIH, que se efectuará con el consentimiento escrito de el/la paciente o tutor legal; luego de una adecuada consejería. Este proceso incluye la información sobre los riesgos de la infección y los efectos secundarios de la profilaxis. Se procederá al Tratamiento Profiláctico para infección por VIH dentro de las primeras 72 horas de ocurrida la violencia sexual y debe mantenerse por 4 semanas. La recomendación mundial es que si se conoce que el agresor es seropositivo, se debe iniciar profilaxis y si se desconoce el serostatus del agresor se debe evaluar la situación caso por caso. El tratamiento debe mantenerse por 4 semanas.

El tratamiento Profiláctico (TRIPLE) para infección por VIH post Agresión sexual, en **NO GESTANTE: Zidovudina 300 mg** cada 12 horas por 30 días **+ Lamivudina 150 mg** cada 12 horas por 30 días **+ Indinavir 400 mg** cada 8 horas por 30 días.

El Tratamiento Profiláctico (TRIPLE) para infección por VIH post Agresión sexual, en **GESTANTE: Zidovudina 300 mg** cada 12 horas por 30 días **+ Lamivudina 150 mg** cada 12 horas por 30 días **+ Nelfinavir 750 mg** cada 8 horas por 30 días.

f. *Se debe considerar el riesgo de posible embarazo.* Es importante referir a ginecología o al servicio de Salud Sexual y Reproductiva y evaluar la utilización de un esquema de anticoncepción de emergencia.

g. *Si el agresor fuese capturado*, se debe descartar Sífilis e infección por VIH; asimismo deberá ser examinado en búsqueda de otras ITS que pudieran haber sido transmitidas a la víctima.

h. *Se debe registrar la emergencia* y se debe llenar y enviar la **"Ficha de Notificación de exposición a infección por VIH"** (Anexo N° 3) a la oficina de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control ITS/VIH y SIDA. Además se debe llenar y enviar, según sea el caso, la **"Hoja de Consentimiento informado para el inicio de profilaxis antirretroviral post exposición al VIH"** (Anexo N° 4) o la **"Hoja de Consentimiento informado para el inicio de profilaxis antirretroviral post exposición al VIH en la mujer gestante"** (Anexo N° 5)

MINISTERIO DE SALUD V° B° E. CRUZ S.

6.10.2.2 Seguimiento

1° Control (a las 2 semanas). Preguntar por:

a. Aparición de nueva sintomatología asociada a ITS (descensos, úlceras, verrugas genitales, etc.). Manejar de acuerdo a hallazgos.

b. Nuevo control de RPR.

c. Refuerzo de soporte emocional y consejería.

2° Control (a las 6 semanas). 2do. control de ELISA para VIH.

3° Control (a los 3 meses). 3er. control de ELISA para VIH.

4° Control (a los 6 meses). 4to. control de ELISA para VIH.

En el caso de estar recibiendo profilaxis VIH:

1. Se informará al paciente sobre los riesgos de la seroconversión y las implicancias de la no adherencia a la profilaxis.

2. Se explicará acerca de los efectos adversos de los Antirretrovirales y se monitorizará la toxicidad del esquema de profilaxis antirretroviral, considerando: Hemograma completo, pruebas de función hepática y renal a las dos semanas y al final de la profilaxis.

6.10.2.3 Riesgo de infección por VIH

Aunque se ha reportado la seroconversión para anticuerpos anti-VIH entre las personas cuyo único factor de riesgo conocido fue una violación o abuso sexual, el

riesgo para adquirir el VIH a través de la violación sexual es bajo. La probabilidad de transmisión del VIH a partir de una persona infectada por VIH durante un único acto sexual depende de muchos factores. Estos factores pueden incluir al tipo de penetración sexual (oral, vaginal o anal); presencia de trauma oral, vaginal o anal; lugar de exposición al semen; carga viral en el semen y presencia de una ITS.

La posibilidad de transmisión del VIH también puede ser afectada por la terapia post-exposición contra el VIH con medicamentos antiretrovirales. La terapia post-exposición con Zidovudina ha sido asociada con una reducción del riesgo de adquirir la infección por VIH en estudios con trabajadores de salud que sufrieron una exposición percutánea a sangre infectada con VIH. Basados en estos resultados y en la posibilidad biológica de la eficacia de los agentes antiretrovirales para prevenir la infección, se ha recomendado, hace ya varios años, la profilaxis post-exposición para los trabajadores de salud que se han expuesto al VIH por vía percutánea.

El Ministerio de Salud, en base a la información clínica y la experiencia internacional acumulada, también recomienda la profilaxis post-exposición a violación o abuso sexual. Es necesario recordar que esta profilaxis sólo debe iniciarse dentro de las primeras 72 horas de ocurrida la violencia sexual y debe mantenerse por 4 semanas.

6.11. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y NOTIFICACIÓN DE CASOS DE ITS

6.11.1 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ITS

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

E. CRUZ S.

La vigilancia epidemiológica nos permite:

a. Identificar a los grupos de la población con mayores tasas de ITS, en los que se focalizarán las intervenciones de prevención y manejo.

b. Evaluar los efectos globales de las actividades preventivo-promocionales y de manejo de las ITS.

6.11.2 SISTEMAS DE VIGILANCIA

Pueden ser:

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

6.11.2.1 Notificación de casos

La notificación de los casos de ITS es obligatoria, bajo responsabilidad del personal de salud que los atiende.

a) La notificación es confidencial para proteger el honor, dignidad y privacidad de las personas.

b) La notificación deberá ser dirigida al responsable de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA del establecimiento, quien elevará la información al nivel de la Dirección de Salud correspondiente, y este a su vez al nivel central.

c) La notificación de los casos de ITS se hará mensualmente utilizando el formulario de monitorización de atenciones vigente y aprobado por la Directiva respectiva.

d) Los casos de Sífilis Congénita serán motivo de reporte complementario, utilizando la ficha de notificación de casos de Sífilis Congénita.

e) Los establecimientos de salud de EsSALUD, los servicios de sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, así como las del sector privado, notificarán a la Dirección de Salud del Ministerio correspondiente a su ubicación geográfica y utilizando las fichas correspondientes.

Son condiciones sujetas de notificación obligatoria:

• Todos los casos de síndrome de descarga uretral, úlcera genital, flujo vaginal, dolor abdominal bajo y bubón inguinal.

• Todos los casos de ITS diagnosticadas etiológicamente.

• Todos los casos de serología reactiva para Sífilis en gestantes, puérperas y sus contactos.

• Todos los casos de serología reactiva para Sífilis sin presencia de úlcera genital.

• Todos los casos de Sífilis congénita.

6.11.2.2 Vigilancia centinela

La vigilancia centinela es un sistema que permite recolectar sistemática y periódicamente datos sobre prevalencias, que en el caso de las ITS serán de utilidad en entidades como la sífilis. La vigilancia centinela se aplicará a subgrupos de la población previamente elegidos, ejecutándose a través de pruebas anónimas no ligadas.

Para ello, se priorizarán los escenarios de acción, de acuerdo a su importancia epidemiológica, en donde se instalarán puestos centinelas constituidos por establecimientos escogidos en función de los siguientes criterios:

a. Que brinden atención de salud a un número relativamente grande de miembros de la población a vigilar.

b. Que en ellos se extraiga sangre a los pacientes como parte de la atención o servicio usualmente ofrecido.

c. Que tengan capacidad de separar el suero y almacenarlo adecuadamente.

El grupo poblacional a vigilar será seleccionado de acuerdo a criterios epidemiológicos y operativos, y deberá ser de fácil acceso e identificación. Los grupos poblacionales a vigilar incluyen mujeres gestantes entre los 15 y 24 años, pacientes con tuberculosis, pacientes con ITS, trabajadores sexuales y otros de acuerdo a la situación nacional.

La vigilancia centinela se efectuará periódicamente y será conducida por el nivel central para efectuarse en las subregiones donde se ubiquen los puestos centinelas.

VII. RESPONSABLES

Las disposiciones contenidas en la presente Norma Técnica de Salud son de aplicación obligatoria y bajo responsabilidad de todo el sector salud. La implementación por niveles de jerarquía se adaptará a la estructura organizacional de cada subsector.

Para el caso de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud en todo el país, la responsabilidad por niveles será la siguiente:

- En el nivel nacional corresponde la función de rectoría, los aspectos de normatividad y de gestionar el financiamiento de la implementación y aplicación de la presente Norma Técnica. Es competencia del Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas.

- Es de responsabilidad del nivel regional la implementación, difusión, supervisión y seguimiento de su cumplimiento en el ámbito de su jurisdicción.
- A nivel local, al prestador de servicio le compete bajo responsabilidad la aplicación de la presente Norma Técnica de Salud según corresponda.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

La Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud se encargará de la difusión de lo establecido en la presente Norma Técnica de Salud a las diferentes entidades del Sector Salud a nivel nacional.

Los Directores Generales de las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud o la que haga sus veces en el ámbito regional y los Directores de los Hospitales e Institutos a nivel nacional, son responsables de la difusión, capacitación y cumplimiento y sostenibilidad de la presente Norma Técnica de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

IX. ANEXOS

ANEXO Nº 1 LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

ANEXO Nº 2 MODELO DE TARJETA DE REFERENCIA DE CONTACTOS

ANEXO Nº 3 FICHA DE NOTIFICACIÓN DE EXPOSICIÓN A INFECCIÓN POR VIH

ANEXO Nº 4 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DE PROFILAXIS ANTIRRETROVIRAL POST-EXPOSICIÓN AL VIH

ANEXO Nº 5 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DE PROFILAXIS ANTIRRETROVIRAL POST-EXPOSICIÓN AL VIH EN LA MUJER GESTANTE

E. CRUZ S.

ANEXO Nº 1

LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

1. LAS ITS SON MUY FRECUENTES

Las ITS son muy frecuentes, más de lo que se reconocen dado que muchas veces son asintomáticas. Se estima que 70% de las mujeres y 30% de los varones infectados con clamidia no tienen síntomas, y que 80% de las mujeres y 10% de los varones con gonorrea son asintomáticos.

2. LAS ITS AUMENTAN EL RIESGO DE TRANSMISIÓN DEL VIH

Muchos estudios han demostrado que la epidemia de VIH está estrechamente relacionada a las epidemias de ITS.

Es por esta relación que los servicios de salud dedicados a la atención de las personas con ITS tienen un rol fundamental en el manejo integral del las poblaciones en riesgo de adquirir el VIH.

Las ITS y el VIH comparten varias características en común:

- Vías de Transmisión.
- Estrategias de promoción y prevención.
- Seguimiento por parte de los programas de control.

Son los mismos comportamientos y la falta de información las que ponen en riesgo a las personas de adquirir ITS o VIH. Se ha demostrado además que pacientes con VIH excretan mayor cantidad de virus en secreciones genitales cuando tienen una ITS. El riesgo de transmitir VIH entre una persona que es VIH + y la otra no teniendo cualquiera de ellas una ITS se eleva en promedio de 2 a 5 veces comparado con la situación en la que no hubiera una ITS. En el caso de la úlcera genital por ejemplo el riesgo de transmisión del VIH aumenta entre 50-300 veces. Esto explica por que en las regiones en las que las ITS tenían un control deficiente la epidemia del VIH y SIDA rápidamente se ha expandido.

Se ha demostrado que el tratamiento de las ITS disminuye rápidamente la cantidad de VIH en las secreciones genitales y ayuda a prevenir la transmisión de VIH.

Tabla N° 8. Riesgo de transmisión del VIH en presencia de una ITS

Síndrome	Riesgo estimado	
	Promedio	Rango
Úlceras Genitales	4.7	3.3-18.2
Infección por Clamidia	4.5	3.2-5.7
Gonorrea	4.7	3.5-8.9
Tricomoniasis	2.7	No calculado
Condiloma acuminado	3.7	No calculado

Fuente: Wasserheit J., Holmes K. en Germain et al: Reproductive Tract Infections.

Las ITS facilitan la transmisión del VIH por:

a. Ruptura de las barreras protectoras:
   - ruptura del epitelio en úlceras genitales.
   - erosiones microscópicas en el cérvix de mujeres con Gonorrea y/o infección por Clamidia.

b. Mayor concentración de células como los linfocitos y monocitos en los procesos inflamatorios de los genitales:

- aumentando la susceptibilidad de las personas no infectadas debido a la mayor presencia de células blanco para el VIH en las zonas donde están instalados los procesos inflamatorios.
- aumentando la infecciosidad de las personas infectadas debido al incremento de células infectadas por el VIH en las zonas donde están instalados los procesos inflamatorios.

En el caso de la vaginosis bacteriana se postula un mecanismo adicional de facilitación. Normalmente el pH vaginal bajo (< 4.5) inhibe la activación de los linfocitos CD4 lo que puede reducir el número de células blanco para el VIH en la vagina. Además se ha demostrado que el peróxido de hidrógeno (H2O2) producido por los lactobacilos tiene efecto viricida contra el VIH.

En la vaginosis bacteriana se produce la disminución de los lactobacilos (productores de peróxido de hidrógeno) y la alteración del pH vaginal (incremento) que podría condicionar un aumento en el riesgo de infección por VIH en mujeres con vaginosis bacteriana.

Por otro lado, existe suficiente información que sugiere que en personas infectadas con el VIH existe un incremento en la severidad de las manifestaciones clínicas y en la infectividad de diversas ITS, así como una respuesta reducida a los regímenes terapéuticos convencionales.

3. LAS ITS CAUSAN COMPLICACIONES EN EL HOMBRE Y LA MUJER

Las complicaciones derivadas de las ITS suelen ser graves o muy severas e incluso mortales.

a) En hombres: puede producirse infertilidad como resultado de una uretritis o de una epididimitis, como suele ocurrir en las infecciones por gonococo o clamidia.

Del 10% al 30% de los hombres con uretritis gonocócica que no han recibido tratamiento alguno desarrollarán epididimitis, y de éstos, el 20% al 40% pueden presentar infertilidad.

b) En mujeres: las complicaciones producto de las ITS y otras infecciones del tracto reproductivo son más severas y frecuentes. Debido a que un alto porcentaje de infecciones son asintomáticas las pacientes no buscan servicios de salud a tiempo para prevenir complicaciones. Entre las complicaciones tenemos:

- Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)
- Embarazo ectópico.
- Infertilidad.
- Complicaciones durante el embarazo, parto y/o puerperio.
- Cáncer de cuello uterino causado por el virus del papiloma humano.

Una de las complicaciones más importantes es la infertilidad, que resulta de cicatrices producidas en las trompas de Falopio después de una infección por Gonorrea, Clamidia y probablemente Vaginosis bacteriana que inicialmente produjeron una Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI). Se estima que el riesgo de infertilidad luego de un episodio de EPI sin tratamiento es de 15-25% y se eleva a 60% luego del tercer episodio. Además una EPI aumenta 7 a 10 veces más la posibilidad de un embarazo ectópico. El riesgo de embarazo ectópico para una mujer que ha tenido EPI es 6 a 10 veces mayor que el de una mujer sin historia de EPI. La fertilización podría ocurrir con una obstrucción tubárica parcial, pero el riesgo de implantación en las trompas de Falopio u otro lugar fuera del útero (embarazo ectópico) es alto en estos casos. La ruptura del embarazo ectópico, junto a las complicaciones de aborto e infección postparto, son causas prevenibles de muerte materna, que son problemas comunes en lugares con alta prevalencia de ITS y EPI

Tabla N° 9. Distribución de la infertilidad debido a ITS según regiones

Región	Proporción
África	50 - 80%
Asia	15 - 40%
América Latina	>35%
Países industrializados	10 - 35%

Fuente: Wasserheit J., Holmes K. en Germain et al.: Reproductive Tract Infections

Las ITS son causa importante de complicaciones durante el embarazo. Los abortos tardíos y natimuertos se pueden asociar a la infección de la placenta o el saco amniótico (corioamnionitis) debido a enfermedades de transmisión sexual y al sobre crecimiento bacteriano asociado a vaginosis bacteriana. Las ITS también puede conllevar a la ruptura prematura de membranas y/o parto prematuro contribuyendo a los nacimientos pretérmino, complicaciones en el recién nacido y recién nacidos de bajo peso.

Las ITS se pueden asociar a infecciones congénitas como en el caso de sífilis, gonorrea, clamidia, VHS-2, hepatitis B y VIH que pueden causar ceguera, invalidez y muerte neonatal.

Tabla N° 10. Algunas de las complicaciones asociadas a ITS

ITS	Síntomas y signos		Complicaciones
	Mujeres	Hombres	
Clamidia/ Gonorrea	Mucopus cervical Dolor abdominal bajo Usualmente asintomático	Descarga uretral Ardor al orinar Frecuentemente Asintomático	-EPI -Infertilidad en hombres y mujeres -Dolor pélvico crónico -Estrecheces uretrales en el varón -Infección y muerte materna. -Embarazo ectópico, parto prematuro. -Infección perinatal y muerte del recién nacido prematuro, infección congénita. -Incrementa el riesgo de infección por VIH
Sífilis	Ulcera genital, rash, otros signos. Frecuentemente asintomático (fase latente prolongada)		-Abortos y mortinatos -Infección congénita -Incrementa el riesgo de infección por VIH.
Chancroide	Ulcera genital		-Incrementa el riesgo de infección por VIH
Tricomoniasis	Descenso vaginal o flujo vaginal anormal en la mujer	Descarga uretral en el hombre (posiblemente con tricomonas)	-Endometritis postparto. -Parto pretérmino por ruptura prematura de membranas. -Incrementa el riesgo de infección por VIH.
Vaginosis bacteriana	Descenso vaginal o flujo vaginal anormal		-EPI. -Endometritis postparto. -Parto pretérmino por ruptura prematura de membranas. -Niños con bajo peso al nacer. -Infección de herida operatoria. (post cesárea) -Incrementa el riesgo de infección por VIH.

Fuente: "Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual y Prevención de Embarazo no Deseado: Manual Autoinstructivo", Proyecto PREVEN 2003.

c) **En el neonato:** Por transmisión de la madre gestante durante el embarazo o durante el momento del parto.

Entre las infecciones neonatales más frecuentes están las infecciones oculares producidas por Neisseria gonorrhoeae o Chlamydia trachomatis, que pueden culminar en ceguera. Del 30% al 50% de los niños expuestos a Gonorrea durante el parto y sin

tratamiento preventivo desarrollarán Oftalmía Neonatorum. De los niños afectados que no reciben tratamiento adecuado, el 1% al 6% desarrollarán daños irreparables en la visión.

La Sífilis, ocasiona un amplio espectro de manifestaciones en el recién nacido, con alteraciones morfológicas o fisiológicas que condicionan un elevado índice de morbimortalidad.

d) Otras consecuencias

El virus del papiloma humano (VPH), que es una ITS, incrementa el riesgo del cáncer cervical, siendo una de las causas de muerte por cáncer más frecuente en mujeres.

El VIH es transmitido mas fácilmente cuando otras ITS están presentes. En regiones donde tienen alta prevalencia de VIH también tienen altas tasas de ITS curables.

Las ITS tienen un impacto no sólo individual sino en la comunidad, la Región y el país en sí:

Por el impacto social de las ITS y de sus complicaciones como la infertilidad
Por el efecto de transmisión de madre a niño, condicionando pérdidas neonatales, discapacidades y orfandad.
Por el impacto socioeconómico del VIH y SIDA
Por la pérdida de días de trabajo y productividad que representan para el país
Por la disminución de la expectativa de vida
Por el incremento de costos de los sistemas de salud

4. FACTORES QUE INFLUENCIAN LA TRANSMISIÓN DE LAS ITS Y EL VIH

Las ITS y el VIH son enfermedades infecciosas cuya transmisión depende principalmente del comportamiento de los individuos y su entorno. Las epidemias de ITS se desarrollan a través de fases predecibles, moldeadas por la interrelación de los agentes patógenos, el comportamiento de los grupos poblacionales en los que se desarrolla, y los esfuerzos para prevenirla. Las redes sociales y sexuales que condicionan la epidemia se ubican en grupos de población caracterizados por un alto intercambio de parejas sexuales (grupo núcleo) y un pobre contacto con el sistema de salud.

Para que se produzca la transmisión de una ITS, una serie de factores sociales, de comportamiento y biológicos tienen que concurrir.

a. Factores sociales que influencian la transmisión:

- **Fracaso en el cumplimiento en la adopción de medidas de "sexo seguro" (que disminuyen la transmisión de las ITS, VIH y SIDA),** como el tener una sola pareja sexual y ser mutuamente fieles, o el uso de condón. Hay muchas razones por las que la gente no tiene sexo seguro entre ellas:
  - Se desconoce que es "sexo seguro"
  - Presiones sociales que empujan a los/las adolescentes a iniciar tempranamente las relaciones sexuales.
  - Roles sociales que fomentan los patrones de infidelidad (especialmente en varones).
  - No se tiene acceso a condones
  - No les gusta usar condones
  - Razones culturales o religiosas impiden que las personas sexualmente activas usen condones

- **Retraso en la búsqueda de servicios de salud cuando se tiene una ITS:** algunas razones por las que no se realizan diagnósticos ni se dan tratamientos tempranos se mencionan a continuación:
  - Muchas personas no saben cuales son los síntomas de las ITS
  - Muchas ITS no tienen síntomas (especialmente en mujeres) y los pacientes pueden tenerlas sin saberlo.
  - Los servicios de salud no son adecuados o no están al alcance del paciente.
  - Los servicios de salud no tienen los medicamentos adecuados.
  - Muchas personas prefieren acudir a proveedores alternativos (curanderos, etc.).
  - Hay un estigma asociado a tener una ITS lo que hace que la persona retrace al máximo el acudir a un servicio de salud o al médico.
- **La costumbre de no completar el tratamiento:** un tratamiento es efectivo solo si se toma la dosis completa. Sin embargo mucha gente recibe tratamientos parciales por costos o creencias (basta sentirse mejor para parar el tratamiento).
- **No se brinda la oportunidad de tratamiento a la(s) pareja(s) sexual(es),** por temor a informarles de lo que se trata, o por desconocimiento de la necesidad e importancia del tratamiento de la pareja. Al inicio de la sesión, es común que el (la) consultante no sepa por dónde empezar. El (la) consejero(a) puede referirse a este hecho diciendo, por ejemplo: *"Sé que es difícil hablar sobre el tema..."*, *"esto sucede frecuentemente..."*. *(Guarde silencio)*.

  Se sugiere mirar a los ojos y tener una postura que muestre interés y empatía.

  Si el silencio se produce en el desarrollo de la sesión, generalmente es por que el (la) consultante requiere de un tiempo para reflexionar, decidir o expresar sus sentimientos. El (la) consejero(a) debe guardar silencio y utilizar la técnica del reflejo, que es repetir la última frase que dijo el (la) consultante. Esta acción propiciará nuevamente el diálogo.

CRUZ S.

b. Factores de comportamiento de los individuos o factores de "riesgo":

Debido a que la principal forma de transmisión de las ITS son las relaciones sexuales hay una serie de factores que incrementan el riesgo de infección:

- Tener una nueva pareja sexual.
- Tener más de una pareja sexual.
- Tener una pareja que tiene otras parejas sexuales.
- Tener relaciones sexuales con parejas "casuales" (amigos/as, "vacilones etc.).
- Tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales o con clientes de trabajadoras sexuales.
- El uso de drogas o alcohol. Estos interfieren con la capacidad de las personas de tomar decisiones al respecto de con quien y como tener relaciones sexuales.
- Continuar teniendo relaciones sexuales estando con síntomas de una ITS
- No usar condón en aquellas situaciones de riesgo (como las mencionadas) exponiendo a la(s) pareja(s) a un riesgo alto de infección.
- Si se tiene una ITS, no informar a la pareja(s) sexual(es) que necesita(n) tratamiento.

c. Factores Biológicos que influencian la transmisión:

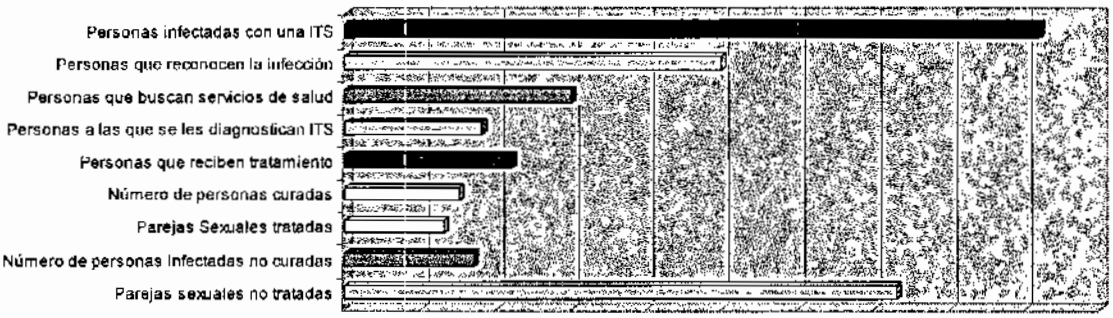
- La edad: las mujeres jóvenes son especialmente susceptibles de adquirir ITS por características de la vagina y cérvix que aún no han desarrollado completamente

los mecanismos de defensa como el ph ácido, moco cervical espeso o menor grado de ectopia y exposición del epitelio.

- Muchas Infecciones de Transmisión Sexual pueden ser asintomáticas. Las personas con ITS que no presentan síntomas pueden diseminar la enfermedad sin incluso saber que ellos(as) lo tienen. Esto complica los programas de control y tratamiento puesto que no es sencillo localizar a los pacientes asintomáticos.
- Características de los agentes biológicos: Existe resistencia de algunas bacterias (como las que causan gonorrea y chancroide) a los antibióticos. Este problema requiere cambios en las opciones y uso de drogas cada vez más caras para lograr el control de las enfermedades. Para las ITS virales como el VIH, el VPH y el herpes no hay tratamiento efectivo, esto condiciona que las personas infectadas con estos virus puedan seguir contagiando durante toda su vida si tienen relaciones sexuales sin protección, manteniendo alta la prevalencia de estas infecciones.
- Diferencias por sexo: En general el riesgo de infección de un varón con ITS a una mujer sana es mayor que el de una mujer con ITS a un varón sano durante las relaciones sexuales penetrativas. Las mujeres tienen una mayor superficie de exposición (toda la pared de la vagina) con respecto a los varones (uretra). En el caso de la Gonorrea, el 80% de las mujeres se contagiarán después del contacto sexual con un hombre infectado, mientras que el 30% de los varones contraerá la infección luego de tener contacto con una mujer infectada. Otros factores que influencian son la circuncisión masculina y el uso de anticonceptivos.

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

Pérdida de individuos con ITS a diferentes niveles entre la infección y la cura.



5. SITUACIÓN DE LAS ITS EN EL PERÚ

En el Perú, el sistema de vigilancia epidemiológica tiene limitaciones que no permiten estimar la magnitud real de las ITS. La información proveniente de estudios transversales evidencia que existe una elevada frecuencia de estas enfermedades que contrasta con la escasa demanda de servicios de salud. Esta situación es explicada por la inadecuada percepción de riesgo, la falta de reconocimiento de los síntomas, el carácter asintomático de muchas ITS, y la carencia de servicios de ITS accesibles. La integración de los servicios de ITS en el primer nivel de atención y la creación de centros modelo de atención de ITS ayudarán a revertir esta situación.

Un estudio realizado entre 600 hombres y mujeres del Cono Norte de Lima (Sánchez, 1992), relacionó la seroprevalencia de siete ITS con una encuesta de conocimientos, actitudes,

creencias y prácticas sexuales, y demostró que existen diferencias de género en las prácticas sexuales, la prevalencia de diferentes ITS y los factores de riesgo relacionados. Asimismo este estudio encontró que:

- El número promedio de parejas sexuales durante toda la vida entre hombres (10.6 parejas) excedió el de mujeres (1.2), aún cuando la prevalencia de anticuerpos contra patógenos causantes de ITS fue 2.8 veces más frecuente entre mujeres que entre hombres.
- El 37% de los hombres con experiencia sexual participantes en el estudio reconocieron haber tenido relaciones sexuales con una trabajadora sexual (TS) durante el año previo, la mitad de las veces sin usar condón.
- Entre varones, tener sexo con una TS usando condón menos de la mitad de las veces fue el único factor independiente asociado a tener evidencia serológica de ITS.
- Entre mujeres, luego de ajustar por el efecto de la edad, los anticuerpos contra ITS estuvieron asociados con el número de parejas sexuales y con la edad de inicio de relaciones sexuales.
- El 23% de 64 mujeres con inicio sexual antes de los 18 años tenían anticuerpos contra Chlamydia trachomatis, en contraste con el 9% de 140 mujeres cuya edad de inicio sexual fue luego de los 18 años de edad. Esta asociación persistió luego de ajustar el efecto de edad y número de parejas sexuales.
- Por el contrario, el número de parejas sexuales, pero no la edad de inicio sexual, estuvo asociado a anticuerpos contra el virus del Herpes tipo 2 entre mujeres.

Otro, reciente estudio de base poblacional desarrollado en mas de 15,000 adultos jóvenes en 24 ciudades del Perú (PREVEN 2002) muestra la alta frecuencia de ITS en varones y mujeres, la alta frecuencia de conductas de riesgo y el bajo uso de condón.

Estas evidencias, así como los estudios descritos en las Tablas 4 y 5 demuestran que la mayoría de las ITS tienen una prevalencia mayor en determinados grupos poblacionales, y que las estrategias de prevención de ITS deben dirigirse a estos grupos si queremos ser eficaces en el control de las mismas.

Dr. CRUZ S.

Con respecto a sífilis y sífilis congénita, se cuenta con información proveniente de la vigilancia centinela y de diversos estudios transversales que muestran prevalencias (RPR) de 1.4% en gestantes durante el primer control prenatal y 3.1% en puérperas a nivel nacional. Lo cual muestra que existe un terreno fértil para el desarrollo de diversas epidemias de ITS y en particular del VIH. Además se ha evidenciado un incremento de los casos de Sífilis Congénita. En el Instituto Materno Perinatal de Lima, que atiende aproximadamente al 30% de los nacimientos institucionalizados de Lima, reporta tasas de 2 por 1,000 nacidos vivos en 1992, a 3 por 1,000 nacidos vivos en 1994, 3.5 por 1,000 nacidos vivos en 1995 y 3.8 por 1,000 nacidos vivos en 1996 y de 3.4 por 1000 nacidos vivos en 2004.

Tabla N° 11. Prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en Trabajadoras Sexuales

Ciudad	Tamaño de la muestra	Agente Patógeno	Prueba Diagnóstica	Prevalencia (%)	Autor; año de estudio; referencia.
Callao	636	*N. gonorrhoeae*	Cultivo	2.7	Alarcón y col; 1990; no publicado.
		C. trachomatis	Serología	80.8	
		C. albicans	Directo	8	
		HIV	Western Blot	0.3	
Lima	400	*N. gonorrhoeae*	Cultivo	7.6	Sánchez y col, 1992; Sexa. Transe. Dis 1998.
		C. trachomatis	Cultivo	13.8	
		C. trachomatis	Serología	57	
		T. pallidum	VDRL>1:4 y FTA-ABS (+)	3.3	
		T. pallidum	FTA-ABS (+)	19	
		HSV –2	Serología	82.2	
		H. ducreyi	Serología	27.3	
		Hepatitis B	Serología	26.3	
		HTLV –1	Serología	7	
		VIH	Western Blot	0.6	
Lima	917	*N. gonorrhoeae*	Cultivo	3.6	Holmes; 1994; no publicado.
		T. vaginalis	Directo	4.1	
		C. trachomatis	Elisa en secreción cervical	12.8	
		Vaginosis bacteriana	Score de Nugent	34.6	
Lima	317		PCR de orina	1.2	Getaneh y col; 1996; no publicado.
		N. gonorrhoeae	PCR de orina	10.4	
		C. trachomatis	Examen directo	2.5	
		T. vaginalis	Store de Nugent	25.2	
		Vaginosis Bacteriana	Examen directo	4.3	
		C. albicans	Western Blot	0.8	
		VIH			
Perú	5,150	VIH	Western Blot	0.7	PROCETSS, 2000
Lima	226		TPHA	8.9	Ghee y col; 2003
		T. pallidum	Elisa	79.7	
		HSV –2	Cultivo vaginal	2.3	
		T. vaginalis	Score de Nugent	44.2	
		Vaginosis bacteriana	Western Blot	2.2	
		VIH			

CRUZ S.

Tabla N° 12. Prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en Población General

Población	Ciudad	Tamaño de la muestra	Agente Patógeno	Prueba Diagnóstica	Prevalencia (%)	Autor; año de estudio; referencia.
Certificados de Salud en Mujeres	Lima	205	*T. pallidum*	FTA-ABS (+)	1.5	Sánchez y col, 1992; AJPH 1996.
			C. trachomatis	Serología	14.1	
			HSV –2	Serología	21.5	
			HIV	Western Blot	0	
			HTLV – 1	Western Blot	0.4	
Certificados de Salud en varones	Lima	285	*T. pallidum*	FTA-ABS (+)	1.8	Sánchez y col, 1992; AJPH 1996.
			C. trachomatis	Serología	2.8	
			HSV –2	Serología	7.7	
			HIV	Western Blot	0.3	
			HTLV – 1	Western Blot	0	
Gestantes (Instituto materno Perinatal)	Lima	12,437	*T. pallidum*	RPR	1.6	Alarcón y col; 1996; Tesis UW 1997
			HIV	Western Blot	0.5	
Vigilancia Centinela en Gestantes	Lima	3,566	*T. pallidum*	RPR	1.2	PROCETSS 1996
			HIV	Western Blot	0.3	
Vigilancia Centinela en Gestantes	Lima	3,450	*T. pallidum*	RPR	1.7	PROCETSS 1997
			HIV	Western Blot	0.6	
Vigilancia Centinela en Gestantes	Otras ciudades	2,969	*T. pallidum*	RPR	1.9	PROCETSS 1996
			HIV	Western Blot	0.03	
Vigilancia Centinela en Gestantes	Otras ciudades	4,343	*T. pallidum*	RPR	1.9	PROCETSS 1997
			HIV	Western Blot	0.2	
Clientes de Planificación familiar	Lima	1,252	*T. pallidum*	RPR en suero	1.6	PROCETSS 1998
			N. gonorrhoeae	PCR cervical	3.9	
			C. trachomatis	PCR cervical	8.4	
			T. vaginalis	Examen Directo	3.2	
			C. albicans	Examen Directo	4.8	
			Vaginosis bacteriana	Score de Nugent	20	
Vigilancia Centinela en Gestantes	Perú	3,622	HIV	Western Blot	0.3	MINSA 1999
Vigilancia Centinela en Gestantes	Perú	9,429	HIV	Western Blot	0.26	MINSA 2000
Vigilancia Centinela en Gestantes	Perú	10,202	HIV	Western Blot	0.21	MINSA 2002

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
CRUZ S.

ANEXO N° 2

MODELO DE TARJETA DE REFERENCIA DE CONTACTOS

N° _____ Establecimiento _____

Fecha _____ Diagnóstico

DU	UG	Cx	DAB	BI	SL	TR	GC	CL

"Usted se ha expuesto a una Infección de Transmisión Sexual o Venérea. Le recomendamos ir a uno de los siguientes establecimientos, en el horario indicado, donde se le proporcionará tratamiento confidencial y gratuito".

Establecimiento: _____

Dirección: _____

Horario: _____

Establecimiento: _____

Dirección: _____

Horario: _____

- **Descarga Uretral (DU), Cervicitis (Cx), Dolor Abdominal Bajo (DAB), Tricomoniasis (TR), Gonorrea (GC), infección por Clamidia (CL), Úlcera Genital (UG), Bubón Inguinal (BI) y Sífilis Latente (SL).**

ANEXO Nº 3

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE EXPOSICIÓN A INFECCIÓN POR VIH

Nombre
(Opcional) _____

Código de
Identificación _____

Código del Establecimiento de Salud
(Opcional) _____

Sexo: Hombre _____ Mujer _____

Fecha de la exposición: día _____ mes _____ año _____

Hora de la exposición: horas _____ minutos _____

Tipo de establecimiento _____

Distrito _____

Provincia _____

Ciudad _____

Referido por _____

Tipo de exposición (Marcar con una X)

ACCIDENTE LABORAL				EXPOSICIÓN SEXUAL			
Fluidos o sangre en mucosas	( )	Fluidos o sangre en Heridas	( )	Violación Sexual	( )	Relación Sexual con pareja discordante	( )
Heridas Superficial ..... Describir: _____	( )	Heridas perforante o penetrante	( )	Observaciones: _____		Anotar desde hace cuanto tiempo en Días y Horas. La persona expuesta mantiene relaciones sexuales con la pareja discordante VIH+	( )
		Describir: _____					
Punción con aguja sólida	( )	Punción con Aguja hueca	( )				

Especificar fuente infecciosa (de ser posible) _____

Condición ELISA – VIH de la fuente: ( ) Positivo ( ) Negativo ( ) Desconocido

Calificación de riesgo según tabla:
( ) Riesgo alto ( ) Riesgo moderado ( ) Riesgo bajo

¿Se indicó Profilaxis para VIH? SI ( ) NO ( )
¿Con qué medicación?

1. _____	Dosis _____	Tiempo indicado _____
2. _____	Dosis _____	Tiempo indicado _____
3. _____	Dosis _____	Tiempo indicado _____
4. _____	Dosis _____	Tiempo indicado _____

Tiempo transcurrido entre la exposición y el inicio de la Profilaxis antirretroviral:

días _____ horas _____ minutos _____

¿Recibió el paciente consejería luego de la exposición? SI ( ) NO ( )

Otra información disponible: _____

Diligenciado por _____

MINISTERIO DE SALUD
V° B°
CRUZ S.

ANEXO Nº 4

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DE PROFILAXIS ANTIRRETROVIRAL POST- EXPOSICIÓN AL VIH

Usted ha sido expuesta al Virus e la Inmunodeficiencia Humana. Se sabe que el uso de la profilaxis antirretroviral disminuye el riesgo de infección de usted, al disminuir la cantidad de virus en su sangre.

Sin embargo, el uso de esta profilaxis antirretroviral puede ocasionar varios efectos adversos sobre su salud, y no se puede afirmar que su uso es completamente seguro para su hijo, aunque los estudios realizados hasta el momento parecen indicarlo.

El Ministerio de Salud ofrece la profilaxis antirretroviral a los expuestos al VIH para reducir el riesgo de infección. Su médico le explicará con todo detalle sobre este programa, y usted es totalmente libre de formular todas las preguntas que desee.

Una vez que se hayan resuelto todas sus dudas, si acepta iniciar la profilaxis antirretroviral por 4 semanas, de acuerdo a la norma de la directiva, debe usted firmar este Consentimiento Informado.

Si usted decide voluntariamente iniciar la profilaxis antirretroviral deberá cumplir con los controles y recomendaciones que su médico le indicará.

.....

MINISTERIO DE SALUD
V° B°
CRUZ S.

Dejo constancia que se me ha explicado del contenido de este CONSENTIMIENTO INFORMADO, que he tenido la oportunidad de recibir respuesta a mis preguntas, que he decidido voluntariamente recibir la profilaxis antirretroviral y colaborar para mi adecuado control.

.....	.....
Nombre y apellido del expuesto	Fecha y firma
.....	.....
Nombre y apellido del expuesto	Fecha y firma

ANEXO N° 5

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DE PROFILAXIS ANTIRRETROVIRAL POST- EXPOSICIÓN AL VIH EN LA MUJER GESTANTE

Usted ha sido expuesta al Virus e la Inmunodeficiencia Humana y se encuentra gestando. Se sabe que su hijo tiene riesgo de infectarse por este virus durante el embarazo, en el momento del parto o durante la lactancia materna.

Se sabe también que el uso de la profilaxis antirretroviral disminuye el riesgo de infección de usted y la de su hijo, al disminuir la cantidad de virus en su sangre.

Sin embargo, el uso de esta profilaxis antirretroviral puede ocasionar varios efectos adversos sobre su salud, y no se puede afirmar que su uso es completamente seguro para su hijo, aunque los estudios realizados hasta el momento parecen indicarlo.

El Ministerio de Salud ofrece la profilaxis antirretroviral a los expuestos al VIH para reducir el riesgo de infección además reduce el riesgo de infección en el recién nacido. Su médico le explicará con todo detalle sobre este programa, y usted es totalmente libre de formular todas las preguntas que desee.

Una vez que se hayan resuelto todas sus dudas, si acepta iniciar la profilaxis antirretroviral por 4 semanas, de acuerdo a la norma de la directiva, debe usted firmar este Consentimiento Informado.

Si decide no hacerlo, puede usted recibir profilaxis antirretroviral limitado a un solo medicamento.

Si usted decide voluntariamente iniciar la profilaxis antirretroviral deberá cumplir con los controles y recomendaciones que su médico le indicará.

.....

MINISTERIO DE SALUD
V° B°
E. CRUZ S.

Dejo constancia que se me ha explicado del contenido de este CONSENTIMIENTO INFORMADO, que he tenido la oportunidad de recibir respuesta a mis preguntas, que he decidido voluntariamente recibir la profilaxis antirretroviral y colaborar para mi adecuado control.

.....	.....
Nombre y apellido de la gestante	Fecha y firma
.....	.....
Nombre y apellido del médico	Fecha y firma

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Adimora AA, Hamilton H, Holmes KK, Sparling PF. Sexually Transmitted Diseases. Companion Handbook, 2da. Edición, 1994.
2. Aral SO, Holmes KK, Padian NS, Cates W Jr. Overview: individual and population approaches to the epidemiology and prevention of sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus infection. J Infect Dis. 1996 Oct;174 Suppl 2:S127-33.
3. Centers for Disease Control and Prevention; Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR Recomm Rep. 2006 Aug 4;55(RR-11):1-94. Erratum in: MMWR Recomm Rep. 2006 Sep 15;55(36):997.
4. Dallabetta G, Laga M, Lamptey P. Control of Sexually Transmitted Diseases. A Handbook for the design and management of Programs. AIDSCAP/FHI, 1995.
5. 1998 guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep. 1998 Jan 23;47(RR-1):1-111.
6. Garnett GP, Anderson RM. Sexually Transmitted Diseases and Sexual Behavior, insights from mathematical models. JID 174 (Suppl 2): 150-161, 1996
7. Holmes KK, Sparling PF, Per-Anders Mardh, Lemon SM, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN. Sexually Transmitted Diseases. Third edition, Ed Mc Graw-Hill. 1998. 26.
8. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2004.
9. Instituto Tecnológico de Santo Domingo/Instituto Dermatológico Dominicano. Entrenamiento en el Manejo Sindrómico de las Enfermedades de Transmisión Sexual. 1995
10. Ministerio de Salud - República del Perú: Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de las ETS y el SIDA en el Perú. 1996.
11. Mother Care Matters. Las Enfermedades de Transmisión Sexual. Curso de Planificación para Programas Nacionales de SIDA, 1995
12. Organización Mundial de la Salud. STD Case Management Workbook. 1995
13. Organización Mundial de la Salud. Drugs Used in Sexually Transmitted Diseases and HIV Infection. WHO model prescribing information. 1995
14. Organización Mundial de la Salud: Atención a los pacientes con Enfermedades de Transmisión Sexual. Serie de Informes Técnicos (810). 1991
15. Organización Mundial de la Salud. Prevention of HIV Infection, methods package. Evaluation of National AIDS Programe, Section 5. 1995
16. Over M., Piot P. Human Inmunodeficiency Virus Infection and other Sexually Transmitted Diseases en developing countries. Public Health importance and priorities for resource allocation. JID 174 (Suppl 2): 162-175, 1996
17. Proyecto PREVEN. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades de transmisión sexual y prevención de embarazos no deseados: Manual Autoinstructivo. Lima-Perú, 2003
18. Plummer F. y col.: Importancia de los grupos nodales en la epidemiología y control de la infección por VIH. AIDS 5 (Suppl 1): 169-176, 1991
19. Rothenberg RB, Potterat JJ. Personal risk taking and the spread of disease. Beyond core Groups. JID 174 (Suppl 2): 144-149, 1996.
20. Shanti R. Prevención del SIDA y de las ETS. Prioridades de los programas de Planificación Familiar. Population Action International. 1995
21. Wasserheit JN, Aral SO. The dynamic topology of Sexually Transmitted Disease Epidemics. Implications for prevention strategies. JID 174 (Suppl 2): 201-213, 1996.

E. CRUZ S.

22. Wasserheit J. N., Holmes K. K., Reproductive tract infections: Challenges for international health policy, programs and research. In: Germain A., Holmes K. K., Piot P., Wasserheit J. N. (eds.). Reproductive tract infections, global impact and priorities for women's reproductive health. Nueva York, Plenum Press, 1992, pp. 7-33.

23. Wasserheit JN, Holmes KK. Sexually transmitted diseases in women. Approach to common syndromes in emergency medicine. Emerg Med Clin North Am. 1985 Feb;3(1):47-74.

24. World Bank. Confronting AIDS. Public Priorities in a global Epidemic. A World Bank Policy Research Report. 1997

25. World Health Organization. Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections: A guide to essential practice. Geneva, 2005.

26. Wendel GD Jr, Stark BJ, Jamison RB, Molina RD, Sullivan TJ. Penicillin allergy and desensitization in serious infections during pregnancy. N Engl J Med. 1985 May 9;312(19):1229-32.

MINISTERIO DE SALUD
V° B°
CRUZ S.