

COLECTIVO DE AUTORES

Dirección Nacional de Epidemiología

Dra. María Isela Lantero Abreu
Dr. Rigoberto Torres Peña
Dr. José Joanes Fiol
Dra. María Elena Alonso Gómez

Grupo Nacional de Dermatología

Dr. Alfredo Abreu Daniel
Dra. Zobeida Lobio Cárdenas
Dra. Nieves Atrio Mouriño

Dirección Nacional Materno Infantil

Dr. Evelio Cabezas Cruz

Grupo Nacional de Pediatría

Dr. Fernando Domínguez Dieppa

Dirección Nacional de Enfermería

Lic. Raysa Estrada Muñoz

Dirección Nacional de Servicios Ambulatorios

Dra. Ana Margarita Muñoz Roque

Grupo Nacional de Medicina Familiar

Dr. José Humberto Torres Díaz
Dra. Amarilis Castro Pérez
Dra. María Teresa Pinilla Vázquez

Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA

Dra. Rosaida Ochoa Soto
Lic. Isabel Duque Santana
Lic Ana Lidia Orman Reyes
Lic. Manuel Hernández Fernández

Instituto de Medicina Tropical

Dra. Alina Llop Hernández
Dr. Rafael Llanes Caballero
Dr. Jorge Sosa Puente

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Dirección Nacional de Hospitales

Dra. Emelina Díaz Luis

Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología

Dr. Niel Acosta Rodríguez-Pinar del Río

Lic. Raquel Alberte Sierra -La Habana

Dra. Olenia Hernández Gutierrez-Ciudad de la Habana

Lic Mayra Castro Alfonso- Ciudad de la Habana

Dra. Esperanza Zaldívar García-Cienfuegos

Dr. José Raúl de Armas Fernández-Camagüey

Dr. Fernando Gómez Alonso-Camagüey

Otros

Dr. Enrique Galbán García - Instituto de Gastroenterología

Lic. Migdalia Delgado Miranda- Instituto de Nefrología

COLABORADORES

Jefes de Programa Provinciales

Dr. Rodolfo Reyes Pairol- Ciudad Habana

Dr. Otto Pelaez Sánchez- Ciudad de la Habana

Dra. Mercedes Hernández Lima- Matanzas

Dra. Dayamí Núñez González- Matanzas

Dra. María Alicia Rodríguez Sotolongo- Villa Clara

Dra. Isabel Hernández Aquino- Sancti Spíritus

Dra. Laritza Escobar Rojas- Ciego de Avila

Dra. Mildred Pérez Ojeda- Las Tunas

Dr. Osmany Ricardo Puig - Holguín

Dr. Leonel Alejo Gutierrez- Granma

Dra. María Dolores Malfrán - Santiago de Cuba

Dra. Adriana Rodríguez Valdés- Santiago de Cuba

Dr. Alberto García Vidal- Guantánamo

Dra. María Isabel Naranjo Naranjo- Isla de la Juventud

Enfermeras Provinciales Especializadas en ITS

Lic. Sandra García Salgado- Pinar del Río

Enf. Migdalia Faure Valiente-Ciudad de la Habana

Enf. Mercedes Ruiz Depestre- Ciudad de la Habana

Lic. María Victoria García Salas- Ciudad de la Habana

Lic. Silvia Goicochea Martínez- Matanzas

Lic. Odalis Isabel García Cruz- Villa Clara

Enf. Magna Marcheco Tamayo- Cienfuegos

Lic. Ela Pentón Cejas- Sancti Spíritus

Lic. Silvia Alfonso González- Ciego de Avila

Lic. Iris Silvana Vidal Carrero- Camagüey

Lic. Anaelvis Bárzaga García- Tunas

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Lic. Bárbara Terán Guerra- Holguín
Lic. Nersa Gómez Soto- Granma
Lic. Mirta Caballero Guerra-Santiago de Cuba
Enf. Gilma Iranzo Noa- Guantánamo

Jefes Provinciales de Dermatología

Dr. Guido López- Pinar del Río
Dra. Leydis Curbelo- La Habana
Dra. Fernanda Pastrana Fundora- Ciudad de la Habana
Dra. Elvira Alfonso Cruz- Matanzas
Dra. Blanca Gómez Ramos- Villa Clara
Dr. Roberto Seife Rangel- Cienfuegos
Dr. Magdaleno Failer Torres- Sancti Spíritus
Dr. José Benítez Álvarez- Ciego de Avila
Dra. María Eugenia Lahens Constalops- Las Tunas
Dr. Onelia Hernández Marrero- Holguín
Dra. Irene Ayala González- Granma
Dra. Cira Rimblas Casamayor- Santiago de Cuba
Dra. Nancy Mora Castillo- Guantánamo
Dr. Electo Romero González- Isla de la Juventud

Servicios Médicos del MININT

Dr. Luis Valdés Sarut

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

INTRODUCCION

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) representan, mundialmente, un serio problema, tanto en términos de salud como económicos y sociales. Su control es decisivo para mejorar la salud reproductiva y de toda la población y representa uno de los grandes desafíos de la salud pública contemporánea.

El impacto creciente que tienen las ITS en la salud de las mujeres y los niños, y la conexión que existe entre este grupo de enfermedades y la prevención de la infección por el VIH, son dos elementos de enorme importancia para que sean consideradas un problema prioritario de nuestros tiempos.

Las ITS son un conjunto de infecciones que se transmiten fundamentalmente a través de las relaciones sexuales. Algunas de ellas también pueden transmitirse a través del contacto con la sangre o de la madre infectada a su hijo. Son muy comunes en todo el mundo como causa de morbilidad, complicaciones y secuelas, como es el caso de la enfermedad pélvica inflamatoria en la mujer (EPI), estrechez uretral en el hombre, infertilidad en ambos sexos, cáncer cervical y cáncer del pene.

En mujeres en edad fértil las ITS constituyen un importante problema en la morbimortalidad maternoinfantil, debida entre otras causas a abortos espontáneos, muerte fetal y/o materna, partos prematuros, bajo peso al nacer, infección ocular y pulmonar de los neonatos y sífilis congénita.

La OMS ha estimado que las ITS, incluyendo el VIH/SIDA, constituyen a escala mundial la causa de enfermedad más importante entre hombres de 15-44 años y la segunda causa más importante (después de las causas maternas) en mujeres jóvenes de países en vías de desarrollo.

Cálculos recientes reportan que cada año se presentan en todo el mundo más de 340 millones de casos de ITS curables (que incluyen solo aquellas infecciones bacterianas, fúngicas y parasitarias susceptibles de tratamientos efectivos) y que por lo menos un millón de contagios ocurren cada día. Solamente para Latinoamérica y el Caribe se estimaron entre 35 y 40 millones de casos de este grupo de ITS con más de cien mil infecciones promedio por día.

Los síntomas más comunes de las ITS incluyen: secreción uretral, secreción vaginal, úlcera genital, dolor abdominal bajo, aumento de volumen del escroto, bubón inguinal e inflamación de los ojos en el recién nacido. Ellos son causados por una amplia variedad de patógenos virales: (Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus de la Hepatitis B (VHB), Virus del Herpes Simple o Herpes genital (VHS) y Virus del Papiloma Humano (VPH); bacterianos (*Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducreyi*, *Calymmatobacterium granulomatis* y *Gardnerella vaginalis*), Clamidas (*Chlamydia trachomatis*), hongos

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

(*Candida albicans*), protozoos (*Trichomona vaginalis*) y parásitos (*Pthirus pubis*, *Sarcoptes scabiei*).

JUSTIFICACION Y PROPOSITOS

A la luz de los conocimientos actuales, un abordaje efectivo de las ITS, además de ser un enfrentamiento racional y objetivo contra un grupo de agentes infecciosos específicos, representa una estrategia que permite:

- **IMPACTAR SOBRE LA TRANSMISION SEXUAL DEL VIH**
- **PREVENIR EL DETERIORO DE LA FERTILIDAD EN AMBOS SEXOS**
- **EVITAR RESULTADOS ADVERSOS DEL EMBARAZO Y EL PARTO**
- **PREVENIR NEOPLASIAS DEL APARATO REPRODUCTIVO, TANTO MASCULINO COMO FEMENINO ASI COMO OTRAS COMPLICACIONES DE LAS ITS**

Esta publicación es producto de una revisión actualizada de las recomendaciones internacionales para el manejo de ITS, adaptadas a nuestro contexto nacional por expertos del país.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

GENERALIDADES

¿Cómo se transmiten las ITS?

Como su nombre indica, la forma principal de transmisión es por medio de las relaciones sexuales con penetración vaginal, anal u oral, sin protección. Otros modos de transmisión incluyen:

- de la madre al niño: durante el embarazo (VIH, VHB y Sífilis), durante el parto (VIH, Gonorrea e infecciones por Clamidias), o después del parto (VIH, VHB);
- transfusiones u otro contacto con sangre y hemoderivados (Sífilis, VHB y VIH).

Comportamientos que influyen sobre la transmisión

Dado que la relación sexual es el modo más importante de transmisión de las ITS, los factores que a continuación se señalan aumentan el riesgo de infección:

- haber cambiado recientemente de pareja sexual
- tener más de una pareja sexual
- tener una pareja sexual que tiene otros compañeros sexuales
- tener relaciones sexuales ocasionales con otras parejas. En general, personas desconocidas y de las que no se sabe si tienen alguna ITS
- seguir teniendo relaciones sexuales a pesar de tener síntomas de ITS
- no informar a las parejas sexuales que uno tiene una ITS y que ambos necesitan tratamiento

El no usar condón en cualquiera de las situaciones anteriores expone a ambos miembros de la pareja a un alto riesgo de infección

Factores sociales que influyen sobre la transmisión

Negarse a adoptar hábitos de relaciones sexuales sin riesgo, como el uso de condones.

Hay muchas razones por las que los individuos no adoptan prácticas sexuales sin riesgo. Entre las más importantes se incluyen:

- ✓ desconocen las prácticas sexuales sin riesgo;
- ✓ no tienen acceso a condones;
- ✓ rechazan los condones;
- ✓ razones culturales y religiosas;
- ✓ ciertos comportamientos sexuales están muy arraigados en la vida cotidiana de las personas y las comunidades

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

No buscar atención médica para el tratamiento de ITS

Algunas de las razones por las que las personas no solicitan atención inmediata son:

- ✓ las mujeres con ITS frecuentemente no presentan síntomas,
- ✓ pueden existir otras alternativas para obtener el tratamiento,
- ✓ el estigma que puede ir asociado a las ITS puede hacer que las personas escondan su afección y soliciten atención sólo cuando los síntomas produzcan mucho malestar.

No completar el tratamiento indicado

Creer que la mejoría o desaparición de los síntomas es sinónimo de curación y no tener en cuenta que el tratamiento sólo es eficaz cuando se completan las dosis indicadas.

No declarar a todas las parejas sexuales para que reciban tratamiento

El estigma y otros factores, como sentir temor en revelar aspectos de la vida íntima también pueden afectar la disposición del paciente para informar a su pareja y la disposición que tiene la pareja misma para aceptar el tratamiento.

Factores biológicos que repercuten en la transmisión

Además de los factores sociales y de comportamiento, los biológicos, también influyen en el aumento de la transmisión de las ITS.

Edad

La constitución de la mucosa vaginal y del tejido cervical de la mujer joven la hacen muy susceptible a las ITS. El riesgo de las jóvenes aumenta cuando tienen actividad sexual en la pubertad temprana.

Sexo

Las mujeres se contagian de ITS principalmente por contacto vaginal. Es más fácil que un hombre transmita la infección a una mujer que lo contrario, porque las mujeres tienen una mayor superficie expuesta (la vagina) durante la relación sexual con penetración y además un relativo mayor tiempo de exposición a las secreciones de su pareja.

Circuncisión

Los hombres circuncidados se contagian menos de ITS que los no circuncidados.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Grupos vulnerables

En todas las comunidades hay grupos de personas más vulnerables a las ITS. Esta vulnerabilidad está relacionada con factores biológicos, sociales y conductuales.

Cada lugar tiene sus características particulares y el equipo de salud debe identificar los grupos vulnerables. De forma general los más comunes son:

- adolescentes sexualmente activos de ambos sexos
- mujeres y hombres que tienen varias parejas
- hombres que tienen sexo con otros hombres
- hombres y mujeres cuyo empleo los aleja por plazos prolongados de sus familias o compañeros sexuales regulares
- personas que practican la prostitución

Una vez identificados estos grupos vulnerables, el Equipo Básico de Salud debe evaluar el riesgo individual de cada una de estas personas y aquellos que tengan una conducta sexual de riesgo, deben ser dispensarizados y estudiados para descartar ITS. ***Los estudios deben indicarse con consentimiento informado y acompañados de técnicas educativas que promuevan comportamientos sexuales que minimicen el riesgo de enfermar.***

Las complicaciones de las ITS

Las ITS contribuyen a la propagación del VIH/SIDA. Las personas con alguna(s) de las ITS que se señalan a continuación, si se exponen al VIH, tienen más probabilidades de contagiarse con el virus, y una vez que se infectan, también tienen más probabilidades de transmitirlo:

- ✓ Gonorrea
- ✓ Infección por Clamidias
- ✓ Sífilis
- ✓ Chancro blando o chancroide
- ✓ Trichomoniasis
- ✓ Infección por herpes simple

Entre las complicaciones se incluyen:

- ✓ dolor abdominal crónico o infertilidad en mujeres;
- ✓ muerte por sepsis, embarazo ectópico y cáncer de cuello de útero;
- ✓ aborto espontáneo;
- ✓ EPI (enfermedad pélvica inflamatoria);
- ✓ infecciones que pueden producir ceguera o neumonía en recién nacidos;
- ✓ estenosis de la uretra en los hombres;

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

- ✓ infertilidad masculina;
- ✓ infecciones extragenitales generalizadas
- ✓ también hay consecuencias sociales. Cuando una persona se entera que su pareja sexual tiene una ITS, pueden generarse serios conflictos interpersonales.

Relación entre las ITS y el VIH

Las ITS facilitan la transmisión del VIH de una persona a otra. Tanto la Sífilis como la infección por Clamidia, la Gonorrea y la Trichomoniasis aumentan de dos a nueve veces el riesgo de transmisión del VIH. La relación entre la infección por VIH y otras ITS puede, en parte, explicar la rápida propagación del virus en unos países en comparación con otros, en dependencia, entre otros factores, de la prevalencia de las diferentes ITS y la existencia o no de programas de control para el manejo de estas entidades.

Las ITS, tanto aquellas que causan úlceras (Sífilis, Herpes genital, Chancro blando,...) como las que no las producen (Gonorrea, infecciones por Clamidias, Trichomonas,...) aumentan la transmisión del VIH.

El VIH se ha encontrado en los exudados de úlceras genitales de hombres y mujeres. Así mismo, la liberación del virus en las secreciones genitales aumenta con los exudados y las reacciones inflamatorias de lesiones asociadas con ITS, lo que hace que tanto hombres como mujeres con ITS y con VIH sean mucho más infecciosos, es decir, transmitan el virus más fácilmente.

También se ha demostrado que las ITS ulcerativas en personas no infectadas por VIH, aumentan la susceptibilidad de estas para adquirirlo, por ser dichas úlceras, una fácil puerta de entrada para el virus. Por otro lado, las mujeres que tienen Gonorrea o infección por Clamidias, presentan, en el cuello uterino, un aumento desproporcional de linfocitos CD4, blanco celular del VIH, lo que las hace más susceptibles a la infección por VIH.

Es por ello que el manejo y tratamiento adecuados de las ITS en una comunidad, reduce el riesgo de transmisión del VIH, a tal punto de considerar su control como una de las medidas más efectivas para la prevención primaria de la infección por el VIH

Las ITS imponen una tremenda presión sobre cada individuo, su familia, los servicios de salud y la sociedad misma:

- ✓ Los síntomas, complicaciones y secuelas de las ITS en las personas que no reciben tratamiento pueden ser devastadores. Un individuo infectado puede pasar la infección a sus parejas al tener relaciones sexuales sin protección.
- ✓ En la mayoría de los países existe un subregistro de ITS y el número de casos es mucho más alto del que se reporta.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

- ✓ Las ITS pueden causar complicaciones graves e incluso la muerte; también repercuten de manera importante en la sociedad. Pueden afectar la productividad y provocar grandes gastos tanto individuales como a los servicios de salud.
- ✓ Las ITS se propagan rápidamente entre los grupos que tienen relaciones sexuales sin protección con varias parejas.
- ✓ Las ITS repercuten negativamente sobre el embarazo y el parto. La infección por el VIH y la Sífilis pueden transmitirse al feto antes de que nazca y la Gonorrea puede infectarlo en su paso por el canal del parto; la infección por Clamidia y la Gonorrea pueden causar infertilidad en la mujer o provocar embarazos ectópicos. Además, la Clamidiasis puede causar infecciones en el recién nacido.
- ✓ Las ITS están relacionadas con la propagación del VIH. Existe una relación estrecha entre las ITS, especialmente las que presentan úlceras genitales y la transmisión del VIH. Esta última condición, a su vez, puede aumentar la susceptibilidad a otras ITS y promover la resistencia de algunas al tratamiento.

El control de las ITS

Los principios básicos para el control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son similares a los empleados para el control de cualquier otra enfermedad transmisible:

- ✓ **Interrumpir la cadena de transmisión:** identificación de casos, diagnóstico precoz, tratamiento inmediato, adecuado y completo de los casos y sus parejas sexuales
- ✓ **Prevención de nuevas infecciones:** por medio de programas de educación dirigidos a la promoción de conductas favorables hacia la búsqueda de atención médica, el cumplimiento del tratamiento indicado y que promueva la adopción de conductas que minimicen el riesgo de infección.

El control es difícil por una serie de razones, además de los factores biológicos y sociales:

- ***La dificultad de cambiar el comportamiento sexual***

Cualquier cambio de comportamiento es difícil, y el conocimiento por sí solo no siempre culmina en un cambio de conducta. La dificultad de controlar las ITS radica en que las prácticas sexuales están profundamente arraigadas en la vida diaria y la cultura de las comunidades.

Los comportamientos sexuales son parte de lo que somos y de cómo nos sentimos. Así, el comportamiento sexual, por ser muy personal y estar muy arraigado, es muy difícil de cambiar.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

- ***"Hablar de las relaciones sexuales da vergüenza"***

Como "da vergüenza hablar de las relaciones sexuales", las personas pueden no atreverse a pedir la información que necesitan, retrasen su visita al médico y no estén dispuestas a hablar con sus parejas. Hablar de las relaciones sexuales puede ser incómodo, o incluso tabú. Por lo general, la gente se avergüenza cuando tiene o sospecha que tiene una ITS.

- ***Muchos de los portadores de ITS no presentan o no reconocen síntomas***

Es frecuente, sobre todo en mujeres, que los portadores de ITS, no tengan síntomas y propaguen la infección de forma silente. Esto complica aún más los programas de atención, porque se necesitan intervenciones particulares para la detección de las personas asintomáticas.

- ***El tratamiento no es siempre simple ni efectivo***

Finalmente, cabe mencionar la resistencia de las bacterias a los antibióticos, como es el caso del gonococo. La resistencia a los medicamentos obliga a cambiar el tratamiento de preferencia y a usar otros más caros para controlar las ITS. Para las ITS virales, como el VIH, el VPH (Virus del Papiloma Humano) y el herpes, no hay tratamientos efectivos y aún no se vislumbra, en un futuro cercano, la posibilidad de vacunas.

¿Qué se puede hacer para controlar las ITS?

Para poder reducir la propagación de las ITS, es necesario establecer estrategias eficaces que puedan ponerse en práctica. En ellas se debe incluir:

- ✓ diagnóstico precoz y atención oportuna de las personas infectadas para reducir la transmisión a otros y reducir al mínimo las complicaciones;
- ✓ educar a los pacientes y a la población sobre los riesgos de las relaciones sexuales sin protección; persuadirlos de que usen condones correctamente y limiten el número de parejas sexuales;
- ✓ la atención y educación sexual de las parejas sexuales de las personas con ITS;
- ✓ intervenciones dirigidas a los grupos más vulnerables.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Tratamiento oportuno

Para cumplir con las metas de un tratamiento precoz, todas las personas con ITS deberán ser tratadas rápida y eficazmente en su primera visita al médico. Esto curará al paciente de sus infecciones, eliminará sus síntomas, y disminuirá el riesgo de transmisiones ulteriores. En la práctica esto significa que los servicios de salud deben contar con los medicamentos necesarios y su personal necesita estar capacitado en el diagnóstico (clínico, etiológico y /o sindrómico) y tratamiento de las ITS.

Educación y comunicación

La educación es esencial para promover la adopción de prácticas sexuales seguras, y para ayudar a aquellos que están expuestos al riesgo de infección por las conductas de otros. El objetivo de la educación es que los pacientes tratados se mantengan sin infección y eviten la transmisión de las ITS. Por tanto, se debe hacer hincapié en:

- ✓ el peligro de los comportamientos de alto riesgo, incluso el riesgo de contraer infección por VIH;
- ✓ la variedad de comportamientos de bajo riesgo, incluso las relaciones sexuales sin penetración y el uso de condones;
- ✓ la necesidad de que los pacientes de ITS cumplan estrictamente el tratamiento. A menudo las personas dejan de tomar el medicamento cuando los síntomas disminuyen o desaparecen. Es necesario recalcar la importancia de completar el tratamiento para que la infección desaparezca totalmente.

Técnicas de entrevista

Para eliminar la resistencia al cambio de comportamientos o para ayudar a los pacientes a encontrar formas de reducir el riesgo y la incomodidad relacionados con el tema de la actividad sexual y las ITS, el personal de salud debe ganarse la confianza de los pacientes. Con ese fin deben escuchar, preguntar y aconsejar a cada paciente, individualmente, según las circunstancias de éste.

Educación de pares

Para el trabajo educativo con grupos vulnerables la forma más efectiva es la educación entre "pares o iguales". Para ello, el equipo de salud deberá identificar y capacitar promotores de salud entre personas pertenecientes a grupos vulnerables, lo que complementará el trabajo educativo llevado a cabo por el médico y enfermera de la familia.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

La promoción de condones

Si se usan en forma apropiada, los condones pueden prevenir la propagación de las ITS y el VIH. Toda la población sexualmente activa debe saber cómo se usan los preservativos, y el personal de salud debe estar preparado para hablar de ellos, demostrar su uso correcto, entregar algunos gratuitamente e informar los lugares donde pueden adquirirse.

Adoptar una actitud positiva

Muchos piensan que las ITS son estigmatizantes, avergonzantes y las ven como algo deshonoroso; al mismo tiempo puede considerarse un tema prohibido. Para poder trabajar bien con los pacientes, el personal de salud debe tratarlos con respeto y tener una actitud abierta y positiva hacia las personas con ITS y VIH.

Tratamiento de las parejas sexuales

Se debe tratar a las parejas sexuales que se identifiquen, aunque no tengan síntomas; el personal de salud debe sensibilizar a los pacientes para que declaren sus compañeros sexuales. Como a veces esto es difícil, las personas necesitan sentir confianza en el personal.

La entrevista epidemiológica de los casos de Gonorrea, Sífilis, serología Reactiva sin conclusión diagnóstica y gestantes con serología Reactiva será realizada por la Enfermera especializada en ITS del Policlínico u Hospital.

La identificación de grupos vulnerables

Es indispensable que el equipo básico de salud identifique cuáles son las personas pertenecientes a grupos vulnerables para ejercer sobre ellos las acciones necesarias para la prevención y control de ITS.

EL DIAGNOSTICO DE ITS

El médico de asistencia puede usar una de dos metodologías para diagnosticar las ITS:

- diagnóstico etiológico: por medio de pruebas de laboratorio para determinar el agente causal;
- diagnóstico clínico: por medio de la experiencia clínica para identificar los síntomas típicos en una ITS específica.

En medicina, generalmente se considera que el mejor diagnóstico es el etiológico, ya que por medio de éste el personal de salud puede hacer diagnósticos exactos y atender a los pacientes con precisión.

El diagnóstico etiológico y el tratamiento clásico de las ITS presentan una serie de limitaciones.

El **diagnóstico etiológico** tiene varios problemas importantes:

1. Para identificar los 20 ó más agentes causales de las ITS se necesita contar tanto con personal especializado como con equipamiento de laboratorio sofisticado:
 - por medio del microscopio se puede realizar un adecuado diagnóstico de las infecciones gonocócicas en los hombres y las infecciones por trichomonas en las mujeres, pero sólo si se dispone de un microscopio con buenas condiciones técnicas y de un microscopista capacitado;
 - las infecciones por gonococos y clamidias en las mujeres requieren diagnosticarse por medio de pruebas de laboratorio sofisticadas. Las técnicas de cultivo (gold standard) son costosas y no es posible ponerlas en práctica en unidades de la atención primaria;
 - las pruebas de laboratorio para el diagnóstico de las infecciones por herpes y otras ITS son más complejas aún.
2. El diagnóstico etiológico es costoso y en ocasiones demorado. Los resultados de las pruebas toman algún tiempo, lo que repercute en demora en el inicio del tratamiento. Tales retrasos pueden provocar que la persona no regrese a la consulta para la atención subsiguiente.

Algunos médicos creen que después de examinar al paciente es fácil hacer un **diagnóstico clínico** de uretritis gonocócica o uretritis por clamidias, por ejemplo. A pesar de esto, hasta los especialistas de gran experiencia, con frecuencia diagnostican mal las ITS cuando se basan en su experiencia clínica. ¿Por qué? Pocas veces se puede distinguir clínicamente una infección de otra; por lo demás, pueden existir más de una infección simultáneamente. El paciente con infecciones múltiples debe recibir tratamiento para cada una de ellas, pues de lo contrario, puede desarrollar complicaciones graves.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Manejo Sindrómico de los casos

¿Cuál es la diferencia entre la atención sindrómica y los métodos de diagnóstico etiológico y clínico? ¿Cuáles son sus características principales y qué beneficios ofrece?

Las principales características del manejo sindrómico de casos son:

- clasifica los principales agentes causales según los *síndromes* clínicos a que dan lugar;
- utiliza flujogramas que facilitan el diagnóstico al personal de salud;
- da tratamiento al paciente para las causas más frecuentes del síndrome;
- incluye la atención a los contactos, la educación al paciente sobre la forma de reducir los riesgos de infectarse, y la distribución de condones.

La identificación de los síndromes

Aunque son muchos los microorganismos que causan ITS, es limitado el número de síndromes que generan.

Un síndrome no es más que un grupo de síntomas que refiere el paciente y los signos que se observan durante el examen.

Este cuadro explica los signos y los síntomas de los principales síndromes y su etiología.

Síndrome	Síntomas	Signos	Etiología más común
Flujo Vaginal	Secreción vaginal Prurito vaginal Dolor al orinar Dolor durante las relaciones sexuales	Secreción vaginal	VAGINITIS -Trichomoniasis -Candidiasis -Vaginosis bacteriana CERVICITIS -Gonorrea -Clamidiasis
Secreción uretral	Secreción uretral Dolor al orinar Necesidad de orinar frecuentemente	Secreción uretral	Gonorrea Clamidiasis
Dolor abdominal bajo	Dolor en el abdomen inferior y durante las relaciones sexuales	Secreción vaginal Dolor abdominal inferior a la palpación Temperatura de más de 38 grados	Gonorrea Clamidiasis Anarobios Mixtos
Úlcera genital	Úlcera genital	Úlcera genital Tumefacción de los ganglios inguinales	Sífilis Chancro blando Herpes genital
Inflamación del Escroto (orquitis)	Dolor del escroto	Inflamación del escroto	Gonorrea Clamidiasis
Bubón inguinal	Ganglios linfáticos inguinales inflamados y dolorosos	Tumefacción de los ganglios linfáticos Abscesos o fístulas	Chancro blando Linfogranuloma Venéreo
Conjuntivitis neonatal	Párpados inflamados Supuración, Dificultad para abrir los ojos	Edema de los párpados Supuración	Gonorrea Clamidiasis

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Expertos del país recomiendan realizar diagnóstico sintromico solamente para los síndromes de: secreción uretral (SU), flujo vaginal (FV) y dolor abdominal bajo (DAB). En el caso del síndrome de úlcera genital, causado en nuestro medio básicamente por la Sífilis, se seguirá realizando diagnóstico etiológico, teniendo en cuenta la cobertura existente para el mismo en toda la red del Sistema Nacional de Salud y los logros en el control de la Sífilis Congénita.

Uso de los flujogramas sintromicos

Como estos síndromes son fáciles de identificar, se ha podido diseñar un flujograma para cada uno de ellos. Cada flujograma conduce con precisión por las acciones y decisiones que hay que tomar, y sirve de guía para determinar la afección o las afecciones por las cuales se debe dar tratamiento al paciente.

Atención contra los agentes causales más frecuentes

Mientras el diagnóstico clínico o etiológico trata de determinar cual es el agente causal, el diagnóstico sintromico proporciona tratamiento inmediato contra *todos* los agentes causales más importantes.

Esto significa que el tratamiento sintromico curará al paciente de su(s) infección(es). La combinación de más de una infección es bastante frecuente, por lo que el costo del sobretratamiento se equipara con el costo de no tratar a los pacientes contra la combinación de enfermedades o de tratarlos cuando no tienen infección.

MANEJO SINDROMICO DE CASOS DE ITS

PAUTAS GENERALES PARA USAR LOS FLUJOGRAMAS

En cada uno de los flujogramas de atención sindrómica se proporciona la siguiente información:

- detalles básicos necesarios para el diagnóstico y tratamiento;
- pautas para confeccionar la historia clínica y examinar al paciente; técnicas necesarias para hacer un diagnóstico más específico;
- medicamentos recomendados para cada diagnóstico
- educación u orientación necesaria, correspondiente a cada diagnóstico específico.

El punto de entrada a cada diagrama de flujo

El punto de entrada a cada uno de los flujogramas es una caja como la que sigue, en la que se define el problema. Contiene un síntoma relacionado con alguna ITS.

La paciente se queja de flujo vaginal

Se deberá consultar el flujograma apropiado tan pronto se tenga una idea clara de los síntomas del paciente.

Las cajas de acción de cada flujograma

Las cajas de acción indican que debe tomarse alguna medida. Las que están al final del flujograma contienen una lista de los temas básicos sobre los que se debe educar y aconsejar al paciente. Algunos ejemplos de las acciones a tomar son:

- tratar contra la causa o las causas;
- educar;
- consejería;
- promover el uso de condones y proporcionarlos;
- atender a las parejas.

LAS 4 "C": CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO, CONSEJERÍA, CONDONES Y CONTACTOS

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Tratamiento con medicamentos

La caja de acción contiene instrucciones para el tratamiento del síndrome específico por medio de fármacos. Todos los medicamentos sugeridos en este manual corresponden a recomendaciones de la OMS.

Educación

- Habrá que orientar a los pacientes sobre la importancia de cumplir con el tratamiento, especialmente, de completarlo siguiendo las indicaciones.
- También se le deberá explicar el modo de transmisión de las ITS y las posibles complicaciones, además de persuadirlo para que suspenda sus relaciones sexuales hasta que esté completamente sano.
- Deberá educarse al paciente en cuanto a los comportamientos sexuales de menor riesgo, por ejemplo, relaciones monógamas, actos sexuales sin penetración o las relaciones sexuales con condón. Este es un punto muy importante, al cual debe dedicarse el tiempo necesario.
- Será necesario explicar al paciente por qué es importante que sus parejas sexuales también reciban tratamiento.

Consejería

Para ayudar a los pacientes a sobrellevar su ansiedad, se deberán utilizar técnicas para una comunicación eficaz, que de forma general pueden ser:

- técnicas verbales: la forma de dirigirse al paciente y de hacerle preguntas;
- técnicas no verbales: manejo de las manos, posturas, gestos, etc, es decir, cómo nos comportamos

Promoción y entrega de condones

El paciente debe recibir capacitación sobre el uso correcto del condón. Utilizando un modelo, se demostrará cómo se usa un preservativo; repartir condones a los pacientes e informarles dónde adquirirlos. En la orientación sobre el condón se debe enseñar cómo desecharlos en forma adecuada e higiénica después de su uso.

Atención a las parejas sexuales

- ✓ La atención de parejas va más allá de solicitar al paciente que señale quienes son sus compañeros sexuales.
- ✓ Es probable que haya que ayudar al paciente a decidir cómo comunicarle el problema a estas personas.
- ✓ El profesional de salud deberá desarrollar habilidades especiales para atender a las personas que solicitan atención como consecuencia de la infección de transmisión sexual que se diagnosticó a su pareja.
- ✓ Cuando atienda a estas personas deberá examinarlas en busca de ITS y ofrecer consejería, promoción del uso de condones y tratamiento.
- ✓ Las personas con ITS que refieran parejas sexuales residentes fuera del área de salud deben ser orientadas para comunicarle a sus contactos que soliciten evaluación y tratamiento en su consultorio médico de familia.

HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO

La confección de la historia clínica y el examen físico son dos técnicas sumamente importantes para el método sindrómico.

Para atender a un paciente, sea cual sea su enfermedad, es necesario conocer sus síntomas y signos. Los síntomas se obtienen al preparar la historia clínica y los signos se detectan al examinar al paciente. Estas dos acciones permiten decidir qué diagrama de flujo se debe usar para tratar al paciente en la forma apropiada.

Desde el comienzo, es imprescindible entender que, aunque se tenga mucha experiencia en el tema, entrevistar a las personas que tienen síntomas de ITS es diferente. Esto se debe a que los síntomas están en la zona genital y a las personas les hace sentirse incómodas; esto a su vez podría llevar al paciente a no dar toda la información por considerarla delicada, o a tener dificultad para responder con exactitud a las preguntas del personal de la salud.

Además de entrevistar al paciente en forma adecuada, es necesario ganarse su confianza rápidamente, de modo que se pueda tomar la historia con exactitud en muy poco tiempo.

Para usar cualquier flujograma en forma efectiva, primero deben adquirirse o perfeccionarse las técnicas de entrevista y examen

Principios de la Comunicación eficaz

La recopilación de la historia clínica y el examen físico son dos etapas de una consulta típica entre el personal de salud y un paciente con ITS. **El diagnóstico, el tratamiento, la educación y orientación de los pacientes, la promoción y entrega de condones y la atención de parejas, también forman parte de la atención.**

Como en cualquier entrevista médica, una de las metas es hacer un diagnóstico correcto basado en la historia clínica y el examen físico, dado lo limitado del tiempo que se dispone para llevar a cabo la tarea.

La atención de casos de ITS tiene otros dos propósitos:

- determinar los **riesgos** del paciente en cuanto a contagiarse o transmitir a otros la infección;
- investigar si existe alguna **pareja sexual** que pudiera haberse infectado.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Cómo establecer una buena relación con el paciente

Es aquí donde se necesitan las técnicas de comunicación:

- las técnicas verbales: la forma de dirigirse al paciente y de hacerle preguntas;
- las técnicas no verbales: manejo de las manos, posturas, gestos, etc. cómo nos comportamos con nuestros pacientes.

La clave de la comunicación no verbal eficaz es tratar al paciente con respeto y darle toda la atención:

- **Proporcionar privacidad al paciente.** No cabe ninguna duda de que la privacidad y la confidencialidad son esenciales, por lo que la entrevista debería darse sin interrupciones;
- **Si el paciente está sentado, siéntese,** y párese cuando el paciente se pare. Manténgase a una distancia adecuada del paciente, lo más cerca posible. Es mejor situarse al lado de una mesa o escritorio que detrás de ellos.
- **Establecer contacto visual con el paciente.** Se le debe mirar directamente a los ojos para captar emociones claves que le ayuden a reaccionar en forma apropiada.
- **Poner atención a lo que dice.** Al inclinarse un poco hacia adelante, se demuestra que se está escuchando; asienta con la cabeza o intercale algunos comentarios para estimular la conversación. No se muestre inquieto ni escriba ni interrumpa mientras el paciente habla;

Estos cuatro puntos son muy simples y pueden ser decisivos en la relación de confianza que se establezca con la persona.

Técnicas verbales para preparar la Historia Clínica

Después de haber visto las formas en que nos podemos comunicar eficazmente sin decir una palabra, nos dedicaremos a las formas de abordar al paciente y aliviar su ansiedad:

- usar preguntas «abiertas» y «cerradas» adecuadamente durante la entrevista;
- reconocer una variedad de técnicas verbales que ayudarán a reunir información en forma adecuada, y a reaccionar a las emociones del paciente;
- resumir las características de una buena entrevista.

Formulación de preguntas

Es necesario reunir bastante información de cada paciente de ITS, no sólo sobre sus síntomas e historia clínica, sino también sobre sus comportamientos sexuales. Habrá que obtener esta información en corto tiempo. ¿Cuál es la mejor forma de hacerlo?

Se proponen varias sugerencias generales para entrevistar a los pacientes:

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

- por más ocupado que esté, estructure sus preguntas en forma cortés y respetuosa;
- use el vocabulario del paciente; no utilice terminología médica que no pueda entender;
- pregúntele si no tiene inconveniente en hablar del tema antes de hacerle preguntas sobre sus ITS o comportamientos sexuales;
- haga preguntas específicas para que sepa exactamente cómo contestar;
- haga las preguntas una a una, consecutivamente; si pregunta más de una cosa a la vez, pueden confundirse;
- cuando haga las preguntas evite emitir juicios de valor;
- evite hacer preguntas de un modo que le sugiera la respuesta que espera, y déjelo que conteste con sus propias palabras;
- evite los detalles innecesarios o no pertinentes, respetando la intimidad de la persona.

Preguntas abiertas y cerradas

Los dos tipos generales de preguntas que se pueden hacer al dialogar con alguien son abiertas y cerradas.

Las **preguntas cerradas** son las que se contestan en una palabra o en una frase corta, generalmente «sí» o «no»:

- «¿Tiene dolor?»
- «¿Se retrasa su menstruación?»
- «¿Tiene una pareja sexual habitual?»
- «¿Qué edad tiene?»
- «¿Dónde vive?»

Las **preguntas abiertas** son las que el paciente puede contestar de manera más larga: «¿Qué molestias tiene?»

- «¿Qué tipo de medicamentos está tomando ahora?»

Por medio de las respuestas a preguntas abiertas el paciente puede explicar, con sus propias palabras, los problemas que tiene o cómo se siente, y decirle a usted lo que le parece importante. Las preguntas cerradas, por otra parte, le indican al paciente que debe contestar de forma precisa.

¿Cuál es la mejor forma de usar estos dos tipos de preguntas? Los pacientes casi siempre tienen problemas para revelar información sobre su propia sexualidad, por lo tanto, se sentirán más cómodos si al comienzo de la consulta las preguntas son abiertas. Además, el profesional de salud podrá obtener más información con una pregunta abierta que con una cerrada.

Cuando se usan preguntas cerradas al principio de una entrevista se presenta otra dificultad: el peligro de *perder información importante*. Compare las preguntas cerradas de este ejemplo con las del que sigue.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Ejemplo 1

Paciente: *Tengo un dolor en el vientre*
Profesional de salud: *¿Dónde le duele?*
Paciente: *Aquí*
Profesional de salud: *¿Es un dolor constante?*
Paciente: *No*
Profesional de salud: *¿Está sensible?*
Paciente: *Sí*
Profesional de salud: *¿Cuándo le comenzó el dolor?*
Paciente: *La semana pasada.*

Ejemplo 2

Paciente: *Tengo un dolor en el vientre.*
Profesional de salud: *Cuénteme sobre el dolor.*
Paciente: *Bueno, me empezó la semana pasada. Al principio sólo estaba sensible acá abajo, pero a veces me duele mucho. Me duele cuando me siento o me paro y no es como el dolor de la menstruación.*
Profesional de salud: *¿Qué otras molestias tiene?*
Paciente: *Bueno, hay otra cosa, me da pena decirlo pero me está saliendo algo que no tenía antes. No me duele, pero me da molestia.*

En el segundo ejemplo, el profesional de salud consiguió más información usando preguntas abiertas como, «Cuénteme sobre el dolor» y «¿Qué otras molestias tiene?». Los expertos en entrevistas a pacientes de ITS sugieren que se pregunte varias veces, «¿Algo más?». Esto se debe a que hay pacientes que se avergüenzan tanto de los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual que primero señalan otros síntomas no relacionados con las ellas, un dolor de cabeza, por ejemplo.

Cuando el profesional de salud ya está seguro de que entiende plenamente el problema desde el punto de vista del paciente, las preguntas cerradas pueden servir para completar detalles específicos.

Otras técnicas verbales

Además del comportamiento no verbal positivo y las preguntas apropiadas y respetuosas, hay otra variedad de técnicas que pueden ser muy útiles para entrevistar a los pacientes con ITS. Estas pueden ayudarlo a reaccionar apropiadamente frente a las emociones del paciente de manera positiva y obtener información en forma eficaz.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

He aquí seis técnicas adicionales:

- facilitación
- resumen y verificación
- apoyo emocional
- dirección
- comprensión
- asociación

Facilitación

Dos ejemplos de facilitación con gestos son asentir con la cabeza y levantar las cejas. A continuación véase un ejemplo de facilitación oral en la práctica:

Paciente:	<i>No estoy seguro ... me da vergüenza</i>
Profesional de salud:	<i>No se aflija, cuénteme</i>
Paciente:	<i>Bueno, es que ...</i>
Profesional de salud:	<i>¿Sí?</i>
Paciente:	<i>Es que tengo esta llaga ...</i>

El profesional de salud puede usar palabras, frases u otros sonidos para invitar al paciente a que continúe hablando.

Dirección

Esta es una técnica útil cuando un paciente está confundido y no sabe por dónde empezar, o cuando habla demasiado rápido y se mezcla más de un asunto:

Paciente:	<i>Yo no sé, la tengo hace ya tres semanas. ¿Qué le voy a decir a mi marido? ¿Quién más se va a dar cuenta? Es curable, ¿no?</i>
Profesional de salud:	<i>Primero vamos a ver cuál es el problema y a solucionarlo; después hablamos sobre su marido.</i>

La dirección elimina la frustración del profesional de salud y ayuda al paciente a compartir sus inquietudes y preocupaciones con mayor facilidad.

Resumen y verificación

El resumen y la verificación ayudan al profesional que da la atención a cerciorarse de que ha entendido al paciente en forma correcta. Simultáneamente da la oportunidad al paciente de corregir cualquier malentendido:

Profesional de salud:	<i>(Resume) Así que está preocupada de lo que puede decir su marido y siente vergüenza por esta afección. Quiere saber si tiene remedio. (Verifica) ¿Le entiendo bien?</i>
Paciente:	<i>Sí. ¿Qué es lo que me pasa?</i>

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Use esta técnica cuando la paciente ha mencionado varias cosas que usted, como profesional de salud, quiere confirmar.

Comprensión

Es la más importante de las técnicas cuando se debe reaccionar a las emociones de un paciente. Cuando ve, por ejemplo, que un paciente está tenso, usted puede expresar comprensión comentando lo que acaba de notar:

Profesional de salud: *Ya veo que esto le preocupa mucho*
Paciente: *Sí, me ha tenido preocupada por más de una semana. Me tiene preocupadísima*

Apoyo emocional

Utilizar expresiones como "No se preocupe, todo saldrá bien" pueden sonar vacías y paternalistas. Es preferible emplear expresiones que normalicen los sentimientos del paciente y contribuyan a reducir ansiedad y disminuir tensión. Por ejemplo, puede decirse algo como "muchas personas con este tipo de síntomas se sienten preocupados... vamos a ver de qué se trata y cómo podemos resolverlo..." El apoyo emocional es esencial para mantener un ambiente de comunicación y confianza. Por ello, es de fundamental importancia no retirar ese apoyo al expresar juicios de valor a través de gestos (de asombro, horror, etc.) expresiones como (cómo es posible, que barbaridad), o frases (no es posible que de nuevo esté aquí, por aquí de vuelta):

Profesional de salud: *Entiendo que esté preocupada por estos síntomas. En cuanto confirme qué es lo que tiene, vamos a comenzar un tratamiento para que se sienta mejor.*
Paciente: *Me parece muy bien, ¿qué más desea saber?*

Asociación

Esta técnica le permite comunicar su compromiso con el paciente, ya sea individual o de parte del equipo con que usted trabaja:

Profesional de salud: *Hizo bien al venir. Antes que se vaya me voy a cerciorar de que sepa todo lo necesario para evitar nuevas infecciones; además, vamos a encontrar la mejor manera de discutir esto con su pareja.*
Paciente: *Gracias. No quiero que esto me pase de nuevo.*

RECOPIACION DE INFORMACION SOBRE ITS

- Qué información se debe obtener y para qué?
- Cómo vincular la información que usted necesita con las técnicas de entrevista que ya conoce?
- ¿Para qué es necesario tomar la historia clínica de un paciente?
 1. Para hacer un diagnóstico eficaz utilizando el manejo sindrómico dentro del tiempo disponible
 2. Para determinar el riesgo que tuvo el paciente de contagiarse o infectar a otros.
 3. Para conseguir información sobre las parejas sexuales que se puedan haber infectado.

Recopilación de la información

Para cumplir con estos tres propósitos, es preciso obtener información de cuatro aspectos:

1. Datos generales del paciente
2. La enfermedad actual
3. Su historia clínica
4. Su historia sexual

Información para la historia clínica

1. Datos generales

- Edad
- Sexo
- Dirección
- Ocupación

2. Historia clínica - Antecedentes

- ¿Alguna ITS en el pasado? *¿De qué tipo? ¿Fechas? ¿Tratamiento y respuesta al mismo? ¿Resultado de exámenes?*
- Otras enfermedades *¿Tipo? ¿Fechas? ¿Tratamiento y respuesta al mismo? ¿Resultado de exámenes?*
- Alergias a medicamentos

3. Enfermedad actual

- Síntomas y duración

Hombres con:

- Secreción uretral *¿Le duele al orinar? ¿Frecuencia?*

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Mujeres con:

- Flujo vaginal *¿Le duele al orinar? ¿Frecuencia? ¿El resultado de la evaluación de riesgo es positivo?*
- Dolor abdominal bajo *¿Tiene secreción o hemorragia vaginal? ¿Embarazada? ¿Menstruación con dificultades, dolorosa o irregular? ¿Amenorrea?*

Hombres y mujeres con:

- Otros síntomas como prurito o molestias.

2. Historia sexual

- ¿Es sexualmente activo en la actualidad?
- ¿Pareja nueva en los tres últimos meses?
- Evaluación de riesgo

¿Cómo formular las preguntas para obtener información?

Debe considerarse la forma de hacer las preguntas para obtener esta información. Sería bastante fácil convertir la información de la página anterior en preguntas cerradas; pero, como se sabe, eso llevaría a hacer muchas preguntas. Por ejemplo, para obtener la información relacionada con los dolores abdominales femeninos con preguntas cerradas, necesitaría llevar a cabo el siguiente interrogatorio:

- ¿Le duele la parte baja del abdomen ?
- ¿Tiene dolor cuando tiene relaciones sexuales?
- ¿Tiene secreción vaginal diferente de lo habitual?
- ¿Cuándo tuvo su última menstruación?
- ¿Fue diferente de lo habitual?
- ¿Su menstruación es regular?
- ¿Tiene dolores menstruales?
- ¿Le ha faltado su menstruación?

Por otra parte, como se explicó, una o dos preguntas abiertas podrían estimular suficientemente a la paciente para que dé la mayor parte de la información necesaria:

El Examen Físico

El propósito del examen físico es reconocer la presencia de signos de infecciones de transmisión sexual, que nos ayuden al diagnóstico.

Al revisar las zonas más íntimas del cuerpo de una persona, el médico debe demostrar tacto, sensibilidad y respeto. Dado que las personas pueden sentirse avergonzadas o incómodas, se sugieren medidas para ayudar a entender la importancia del examen.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Es necesario asumir una actitud extremadamente profesional. Por lo tanto, se debe:

- proporcionar un espacio privado para el examen;
- explicar qué se va a hacer y por qué el examen es imprescindible;
- ser delicado, aunque tenga poco tiempo para examinarlo;
- actuar con seguridad y profesionalismo durante el examen;
- usar las técnicas de comunicación ya explicadas.

¿Qué se le puede decir a un paciente para que acepte sin dificultades el examen físico?

En hombres

- Pídale al paciente que se quite la ropa desde el pecho hasta las rodillas. Aunque a veces resulta más fácil examinar al paciente acostado, también se puede hacer el examen cuando está de pie.
- Palpe la región inguinal para detectar si tiene o no ganglios linfáticos inflamados.
- Palpe el escroto para sentir cada órgano individualmente: testículos-conducto deferente - epidídimo
- Examine el pene por si presenta erupción, verrugas o úlceras, pídale que se retraiga el prepucio y observe: el glande y el meato urinario
- Si no puede ver secreciones obvias en la uretra, pídale que se *exprima el pene para provocar secreción uretral*.
- Examine el ano en busca de secreción, verrugas, ulceración u otro signo.

En mujeres

- Pida a la paciente que se quite la ropa desde la cintura hacia abajo y que se acueste en la camilla. Cubra con una sábana la zona del cuerpo que no examinará.
- Pídale que doble las rodillas y separe las piernas para examinar la vulva, el ano y el periné en busca de úlceras o verrugas.
- Palpe la región inguinal para detectar si tiene o no ganglios linfáticos inflamados.
- Palpe con cuidado el abdomen en busca de tumoraciones pelvianas y dolor.
- Registre la presencia o ausencia de:
Verrugas -úlceras- secreción vaginal, su tipo, color y cantidad.
- Examine la vagina y el cérvix, que incluye el examen bimanual e instrumental en busca de signos de cervicitis.

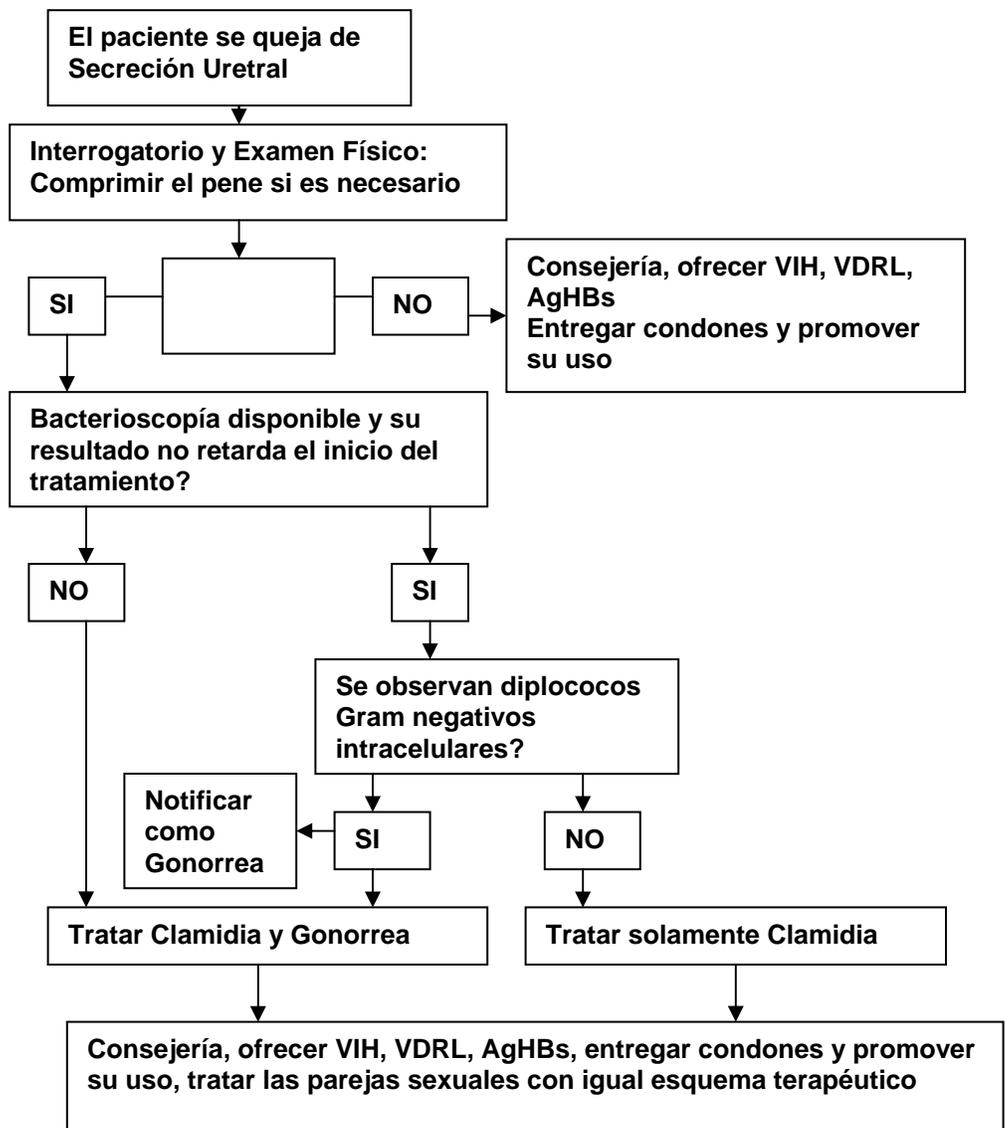
SINDROME DE SECRECION URETRAL

La uretritis es un síndrome caracterizado por secreción de la uretra de tipo purulenta o mucopurulenta acompañada de ardor y/o dolor al orinar. Son muy comunes las infecciones asintomáticas.

Los agentes etiológicos causantes de más del 95% de los casos de uretritis en hombres son *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. Las coinfecciones son frecuentes.

El diagnóstico de Clamidia no está disponible de forma rutinaria, pero el de Gonorrea puede realizarse en todas las unidades del SNS, siempre y cuando no retrase el cumplimiento del tratamiento de los casos en su primera consulta.

A continuación se muestra el flujograma para el manejo del Síndrome de Secreción Uretral



Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Definición de caso

Síndrome de Secreción Uretral (SU)

Presencia de secreción uretral en hombres, con o sin disuria, comprobada con el prepucio retraído o si es necesario por la compresión de la raíz del pene en dirección al glande.

Tratamiento del Síndrome de Secreción Uretral

El tratamiento correcto de la secreción uretral en el hombre debe incluir medicamentos para la gonorrea y para la clamidia

- **CIPROFLOXACINA 500 mg** dosis única V.O
-
- **CEFTRIAXONA 250 mg** dosis única IM,
-
- **CEFIXIME 400 mg** en dosis única por vía oral,
-
- **ESPECTINOMICINA 2 g** dosis única IM

Para Gonorrea

+

- **AZITROMICINA 1 g** en dosis única por vía oral.
-
- **DOXICICLINA 100 mg** vía oral, 2V/día, 7 días,
-
- **TETRACICLINA 500 mg**, vía oral, 4V/día, 7 días.
-
- **ERITROMICINA 500 mg**, vía oral, 4V/ día, 7 días,

Para Clamidia

En caso de persistencia de la secreción o recidiva tratar con:

- **METRONIDAZOL 2 g** en dosis única por vía oral

Si en el examen físico se detectan úlceras, deberá ofrecerse educación, test de VIH, VDRL y AgHBs e interconsultar con el Dermatólogo.

Todos los casos deben ser citados a reconsulta al concluir el tratamiento pero no serán notificados como Síndromes nuevamente.

Las parejas sexuales deben ser tratados con iguales esquemas de tratamiento aunque no tengan síntomas.

SINDROME DE FLUJO VAGINAL

La vagina es una cavidad fisiológicamente húmeda. Este fenómeno que se conoce como secreción fisiológica puede ser más pronunciado durante ciertas fases del ciclo menstrual, durante y después del coito, durante el embarazo y la lactancia. Las mujeres generalmente se quejan de secreción vaginal sólo cuando se modifican sus características en cuanto a cantidad, color y olor o cuando sienten prurito o molestias.

El síntoma de secreción vaginal se presenta en las mujeres cuando tienen vaginitis (infección en la vagina), cervicitis (infección del cuello del útero) o ambas. Cabe diferenciar estas dos afecciones porque la cervicitis provoca complicaciones graves y plantea la necesidad de tratar a las parejas sexuales.

Las tres infecciones más frecuentemente asociadas al Síndrome de Flujo Vaginal son: la Trichomoniasis, la Vaginosis Bacteriana y la Candidiasis y con menor frecuencia la infección por *N. gonorrhoeae* y *C. Trachomatis*.

El cuadro que sigue resume las diferencias entre la vaginitis y la cervicitis.

VAGINITIS	CERVICITIS
Es causada por Tricomoniasis, Candidiasis y Vaginosis bacteriana	Causada por Gonorrea y Clamidia
Es la causa más común de flujo vaginal	Es una causa menos frecuente de flujo vaginal
Fácil de diagnosticar	Difícil de diagnosticar
Complicaciones infrecuentes	Tiene complicaciones graves
La trichomoniasis exige tratamiento de las parejas sexuales. En la candidiasis, solamente se sugiere en casos de recurrencia o presencia de balanitis o dermatitis del pene**	Siempre deben tratarse las parejas sexuales

**** al no disponer con prontitud de resultados de laboratorio que definan la etiología del síndrome, se recomienda asumir que la trichomoniasis está presente y tratar las parejas sexuales**

No hay forma de distinguir la cervicitis de la vaginitis, si no se realiza un examen ginecológico. Una de las formas de diferenciar la cervicitis es hacer preguntas que puedan señalar la presencia de la enfermedad (valoración de riesgo).

El examen ginecológico incluye el examen con espéculo con la finalidad de observar las características del cuello uterino (cuello friable, presencia de mucopus cervical), presencia de dolor a la movilización y observar las características de las paredes vaginales, aspectos que ayudan a diferenciar clínicamente la vaginitis de la cervicitis. Es importante señalar que en una misma mujer pueden coexistir ambas entidades (vaginitis y cervicitis).

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Además del examen ginecológico se deberá investigar lo siguiente:

1. ¿Tiene dolor abdominal bajo?
2. ¿Tiene algún síntoma de ITS su compañero sexual?
3. ¿Las condiciones de la paciente coinciden con alguno de los *factores de riesgo* de la cervicitis?

Respuestas afirmativas de cualquiera de estas preguntas son elementos que refuerzan la sospecha de cervicitis pero siempre se hará examen ginecológico con espéculo, independientemente del resultado de la investigación de riesgo.

Se señalan cuatro factores de riesgo que pueden estar asociados a la cervicitis y a cada uno de ellos se le otorga una puntuación:

- la pareja sexual tiene secreción uretral (2)
- la paciente es menor de 21 años de edad (1)
- la paciente ha tenido relaciones sexuales con más de una persona en los tres meses anteriores (1)
- la paciente ha tenido relaciones sexuales con una pareja nueva en los tres meses precedentes (1)

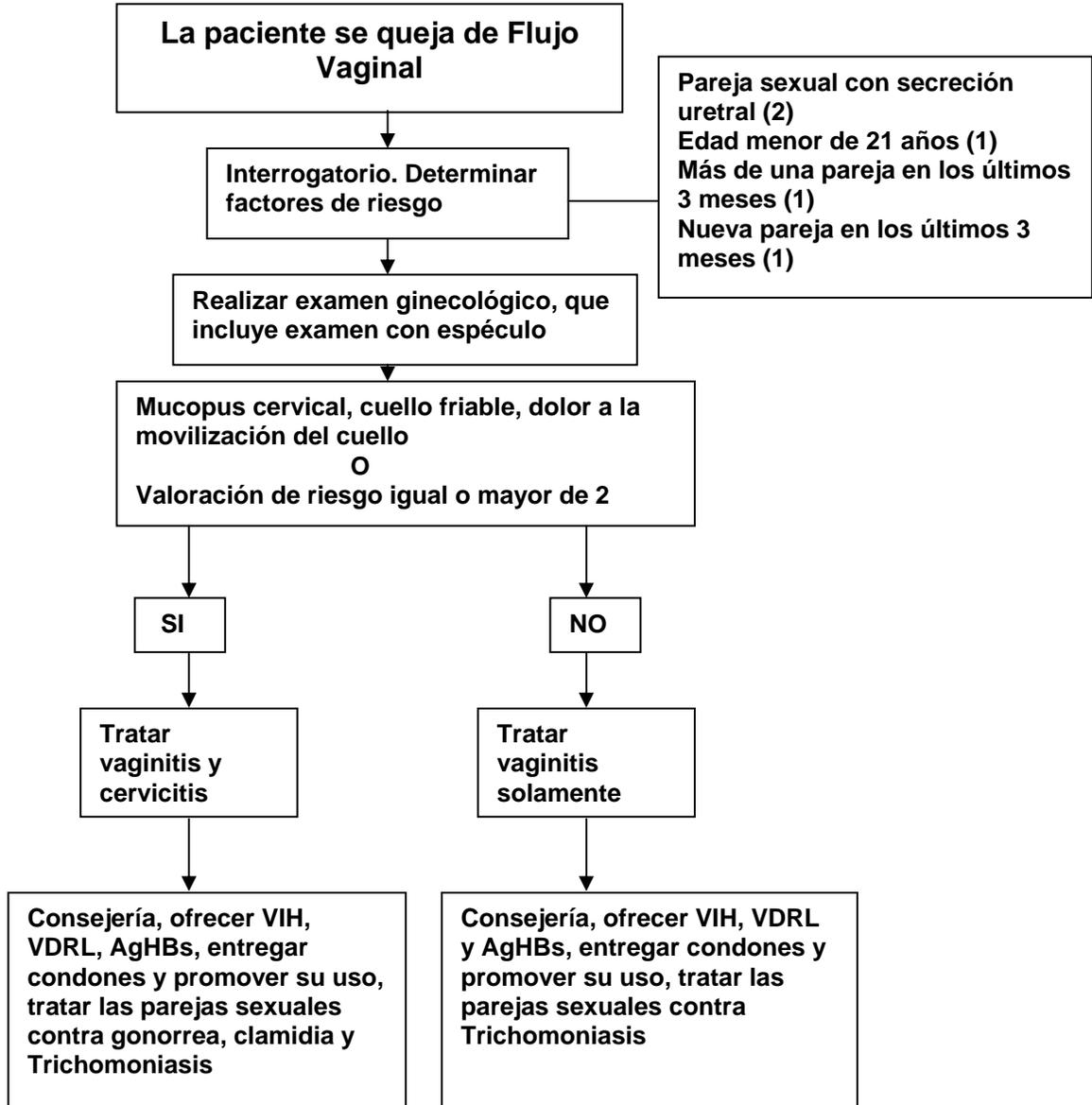
Si el puntaje obtenido en la valoración de riesgo es mayor o igual a 2, es considerado positivo y la paciente debe ser tratada para vaginitis y cervicitis independientemente del resultado del examen ginecológico.

Si el puntaje obtenido en la valoración de riesgo es menor de 2 pero el examen ginecológico es positivo, la paciente debe ser tratada para vaginitis y cervicitis.

Si el puntaje obtenido en la valoración de riesgo es menor de 2 y el examen ginecológico es negativo, la paciente debe ser tratada solamente para vaginitis.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

**Flujograma para el manejo del Síndrome de Flujo Vaginal
(Aplicable también a la Gestante)**



Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Definición de caso

Síndrome de Flujo Vaginal (FV)

Presencia de secreción vaginal anormal en cuanto a cantidad, color y olor, acompañada o no de dolor abdominal bajo, síntomas específicos de cervicitis y factores de riesgo.

Tratamiento del Síndrome de Flujo Vaginal

El tratamiento para la vaginitis incluye medicamentos para la Tricomoniasis, la Candidiasis y la Vaginosis bacteriana y el tratamiento para la cervicitis será con medicamentos para gonorrea y clamidia.

Para el tratamiento de la vaginitis

METRONIDAZOL 500 mg oral, 2V/día, por siete días } **Para Tricomoniasis y vaginosis bacteriana**

+

CLOTRIMAZOL 100 mg, intravaginal 2V/día 3 días } **Para la Candidiasis**
○
NISTATINA 100.000 unidades (óvulo vaginal)
intravaginal, 1V/día por 14 días

Debe advertirse a las pacientes que no consuman alcohol mientras toman Metronidazol

Para el tratamiento de la cervicitis

CIPROFLOXACINA 500 mg en una dosis oral única, } **Para gonorrea**
○
CEFIXIME 400 mg una dosis única intramuscular,
○
ESPECTINOMICINA 2 g una dosis única intramuscular

+

AZITROMICINA 1 g en dosis única por vía oral. } **Para Clamidia**
○
DOXICICLINA 100 mg por vía oral, 2V/día, por siete días,
○
TETRACICLINA 500 mg por vía oral, 4V/día por siete días.
○
ERITROMICINA 500 mg por vía oral, 4V/día por siete días.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

TRATAMIENTO DEL FLUJO VAGINAL EN GESTANTES

Los principios del tratamiento del flujo vaginal en la gestante son los mismos que en mujeres no embarazadas, es decir, se tratará la vaginitis, la cervicitis o ambas, en dependencia del resultado del interrogatorio y el examen físico.

Contraindicado el Metronidazol en el primer trimestre del embarazo. Puede usarse después de las 12 semanas de gestación.

Tratamiento de la vaginitis

Incluye medicamentos para las tres causas más frecuentes de vaginitis: Trichomoniasis, Vaginosis bacteriana y Candidiasis.

METRONIDAZOL 250 mg oral, 3V/ día, por siete días.	}	Para Trichomoniasis y Vaginosis bacteriana
○ METRONIDAZOL 2 g en una dosis oral única		
+		
CLOTRIMAZOL 100 mg 1 tableta vaginal 1V/día por 7 días	}	Para la Candidiasis
○ NISTATINA 100.000 unidades 1 tableta vaginal 1V/ día 14 días		

Tratamiento de la cervicitis

El tratamiento de la cervicitis incluye tratar contra Gonorrea y Clamidias a la gestante y a su pareja sexual. Contraindicadas la Ciprofloxacina, Tetraciclina y Doxiciclina. Los esquemas de tratamiento recomendados son:

CEFTRIAXONA 250 mg en dosis única intramuscular	}	Para gonorrea
○ CEFIXIME 400 mg una dosis única intramuscular		
○ ESPECTINOMICINA 2 g una dosis única intramuscular		
+		
AZITROMICINA 1 g oral dosis única	}	Para Clamidias
○ ERITROMICINA (base) 500 mg oral 4 V/día, por siete días		

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Tratamiento de las parejas sexuales

Es recomendable el tratamiento de las parejas sexuales (de gestantes y de no gestantes) contra Trichomoniasis, aplicando:

METRONIDAZOL 2 g en una dosis oral única

Todas las parejas sexuales (de gestantes o no gestantes) tratadas por cervicitis, deberán recibir tratamiento para Gonorrea y Clamidia con iguales esquemas de tratamiento.

Debe ser considerado el tratamiento de la pareja masculina con cremas antifúngicas cuando existan signos de balanitis o dermatitis del pene o en caso de recurrencias en la mujer.

SINDROME DE DOLOR ABDOMINAL BAJO

El término Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) comprende parte del espectro de procesos inflamatorios del aparato genital superior femenino, e incluye cualquiera de las combinaciones de endometritis, salpingitis, absceso tubo-ovárico y peritonitis pélvica. Microorganismos sexualmente transmitidos, especialmente *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* con frecuencia están implicados en su etiología, aunque pueden encontrarse también anaeróbicos de la flora vaginal.

Su diagnóstico resulta difícil debido a lo variado de la magnitud de sus síntomas y signos. En ocasiones pueden presentarse síntomas ligeros que provocan el retraso en la búsqueda de atención, pero no por ello dejan de ocurrir complicaciones que pueden dejar secuelas importantes, e incluso ocasionar la muerte.

La Laparoscopia resulta un medio eficaz de diagnóstico y facilita la toma de muestras para establecer el diagnóstico etiológico. Sin embargo no siempre es posible su realización, todos los casos no son tributarios de la misma y su uso no se justifica ante casos con síntomas vagos o leves. En consecuencia, el diagnóstico de la EPI es basado usualmente en los hallazgos clínicos, pero éste es también poco preciso; su eficacia depende de las características clínico-epidemiológicas del lugar, siendo mayor su prevalencia entre jóvenes sexualmente activas y diagnosticadas de ITS y en lugares donde son altas las tasas de prevalencia de Gonorrea y Clamidia.

Clasificación

- Estadío I (leve): salpingitis aguda sin irritación peritoneal
- Estadío II (moderada sin absceso): salpingitis con irritación peritoneal (pelviperitonitis)
- Estadío III (moderada con absceso): salpingitis aguda con oclusión tubárica o absceso tubo-ovárico o absceso pélvico
- Estadío IV (Grave): absceso tubo-ovárico roto o signos de shock séptico

Se describen algunos criterios diagnósticos menores y mayores, los que interpretados conjuntamente con la valoración del riesgo epidemiológico, incrementan la sensibilidad del diagnóstico.

Criterios mayores:

- Dolor en abdomen inferior
- Dolor a la palpación de anejos
- Dolor a la movilización del cuello uterino

Criterios menores:

- Temperatura axilar mayor de 37.8°C
- Flujo Vaginal o cervical
- Leucocitosis
- Exudado Endocervical positivo a *N. gonorrhoeae*

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

La existencia de tres criterios mayores más un criterio menor apoyan fuertemente el diagnóstico clínico de Enfermedad Pélvica Inflamatoria

Diagnóstico Diferencial:

- Embarazo ectópico
- Apendicitis aguda
- Sepsis Urinaria
- Litiasis ureteral
- Torsión de tumor quístico de ovario
- Torsión de mioma uterino

Es muy importante tener en cuenta que el síndrome de dolor abdominal bajo puede ser traducción de enfermedades que pueden poner en peligro la vida de la paciente, por lo que ante cuadros sobreagudos está indicada la valoración de urgencia por especialistas de la atención secundaria.

Solamente se tratarán en la Atención Primaria los casos en Estadío I.

El interrogatorio en busca de antecedentes y factores de riesgo positivos son indispensables para la detección de casos con síntomas leves.

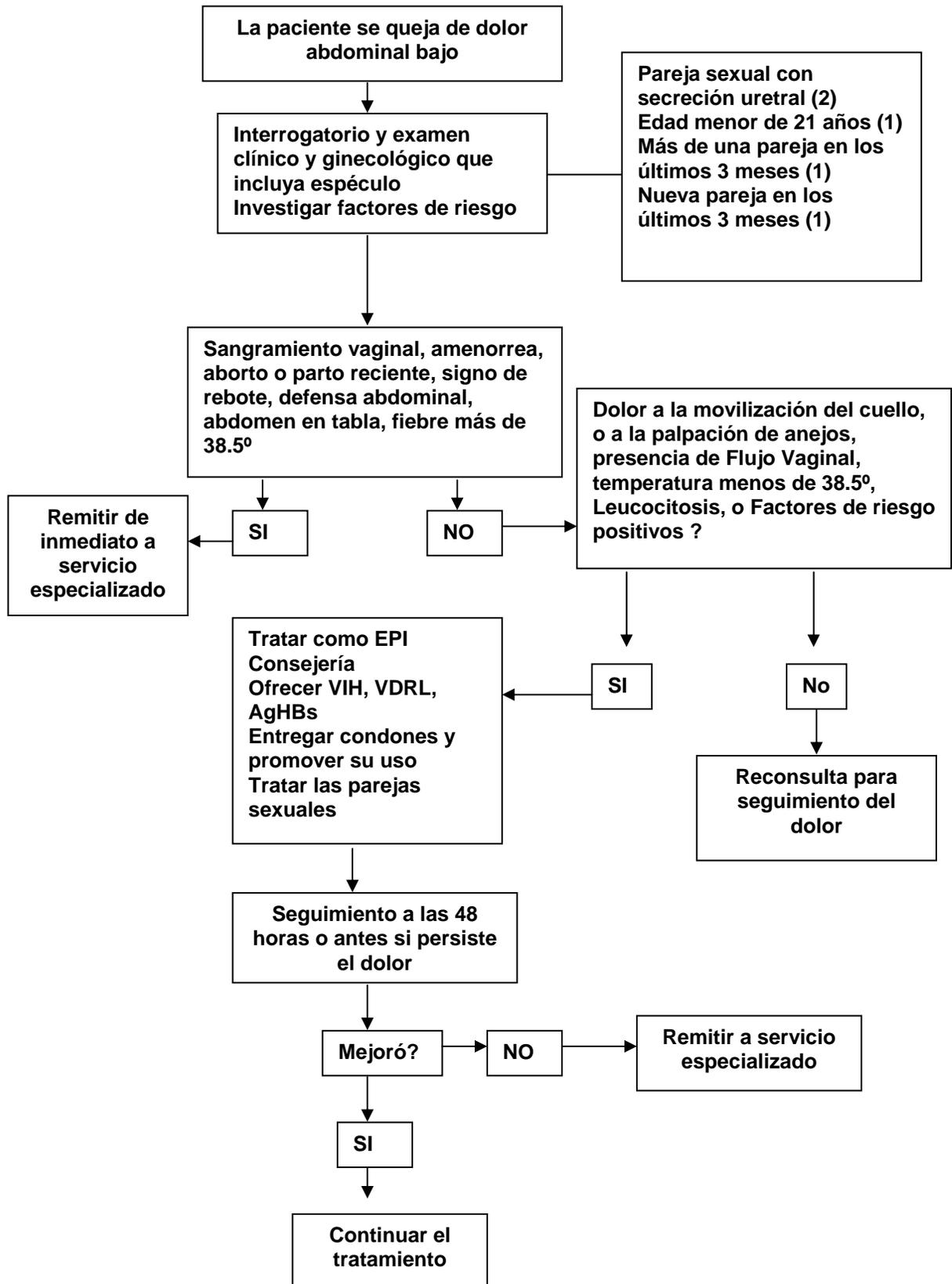
Se señalan cuatro factores de riesgo que pueden estar asociados a la cervicitis y a cada uno de ellos se le otorga una puntuación:

- su pareja sexual tiene secreción uretral (2)
- la paciente es menor de 21 años de edad (1)
- la paciente ha tenido relaciones sexuales con más de una persona en los tres meses anteriores (1)
- la paciente ha tenido relaciones sexuales con una pareja nueva en los tres meses precedentes (1)

Si el puntaje obtenido en la valoración de riesgo es mayor o igual a 2, es considerado positivo y la paciente debe recibir tratamiento para cervicitis independientemente del resultado del examen ginecológico.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Flujograma para el manejo del Síndrome de Dolor Abdominal Bajo



Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Definición de caso

Síndrome de Dolor Abdominal Bajo (DAB)

Síntomas de dolor abdominal bajo referido, o dolor durante las relaciones sexuales, con signos al examen físico de dolor a la descompresión o defensa muscular abdominal o dolor a la movilización del cuello uterino y/o anejos y/o temperatura mayor de 37,8°C.

Tratamiento del Síndrome de Dolor Abdominal Bajo

Incluye el tratamiento para Gonorrea, Clamidia y bacterias anaerobias.

CIPROFLOXACINA 500 mg en una dosis única por vía oral,

○

CEFTRIAXONA 250 mg en una dosis única intramuscular,

○

CEFIXIME 400 mg en dosis única por vía oral,

○

ESPECTINOMICINA 2 gr en dosis intramuscular única

Para gonorrea

+

AZITROMICINA 1 gramo oral dosis única

○

DOXICICLINA 100 mg por vía oral, 2V/día durante 14 días

○

TETRACICLINA 500 mg por vía oral, 4V/día durante 14 días.

○

ERITROMICINA 500 mg por vía oral 4V/día durante 10 días,

Para Clamidia

+

METRONIDAZOL 500 mg por vía oral, 2V/día durante 14 días.

Para bacterias anaerobias

ADVERTENCIA: no se puede usar Metronidazol durante el primer trimestre del embarazo. Se debe advertir a la paciente que no ingiera alcohol mientras dure el tratamiento con este fármaco.

Tratamiento de las parejas sexuales:

Todas las parejas sexuales deberán recibir tratamiento para Gonorrea y Clamidia con iguales esquemas de tratamiento.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

USO DE MEDICAMENTOS EN ITS

Los medicamentos tienen un rol principal en el cuidado y control de las ITS. La selección de los medicamentos a usar debe basarse en:

- Alta eficacia (no menos de 95% de tasa de curación)
- Bajo costo
- Toxicidad aceptable
- Resistencia microbiana (no exista o pueda ser retardada)
- Dosis única preferiblemente
- Administración oral
- No contraindicada en embarazo y/o lactancia

Droga	Uso	Eficacia	Toxicidad	Resistencia	Dosis única	Vía adm	Uso en gestantes y lactancia
Penicilina Benzatinica	Sífilis	Alta	rara	No descrita	sí	IM	Sí
Ciprofloxacina	Gonorrea, Chancroide	Alta	baja	Reciente	sí	oral	NO
Doxiciclina	Clamidia	Alta	media	Común en Neisseria desconocida en Clamidia	no	oral	NO
Azitromicina	Clamidia Chancroide	Alta	media	Ninguna	sí	oral	Sí
Eritromicina	Clamidia	Alta	náuseas	No	no	oral	Sí
Metronidazol	Trichomonas, Vaginosis bacteriana	Alta	media	Rara	sí	oral	NO (en el 1er trimestre)
Ceftriaxone	Gonorrea, Chancroide	Alta	media	No	sí	IM	Sí
Cefixime	Gonorrea	Alta	no	No	sí	oral	Sí
Amoxicilina	Gonorrea	Moderada	moderada	Común	sí	oral	Sí

El tratamiento de las ITS, como objetivo sanitario, tiene que ser corto, preferentemente a dosis única, intensivo y suficiente para garantizar la eliminación del enfermo como fuente de infección, logrando además, la curación de éstos en el más breve tiempo posible. Por esto se recomienda el uso de esquemas únicos, siempre que no existan contraindicaciones, y que todos los casos reciban el mismo tratamiento, con excepción de aquellos en que exista alguna contraindicación para ello.

Las parejas sexuales, aunque sean asintomáticas, recibirán el mismo esquema de tratamiento que los casos confirmados.

El tratamiento para Sífilis lo indicará el Dermatólogo del lugar donde se realice el diagnóstico y será aplicado y controlado por el personal de enfermería.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

El tratamiento de Condilomas será indicado y realizado por el Dermatólogo y/o el Ginecólogo.

El tratamiento de las embarazadas con serología reactiva será indicado y controlado por el médico que primero conozca de este resultado.

Deberán tenerse en cuenta los medicamentos contraindicados durante el embarazo.

En las unidades donde se administre el tratamiento con Penicilina deberá disponerse de material de urgencia para casos de reacciones a los medicamentos, tales como el Clorhidrato de Adrenalina al 1 por 1000 y antihistamínicos.

El tratamiento con Penicilina, tiene que ser realizado por medio de inyección intramuscular profunda en el cuadrante supero-externo de las regiones glúteas, con agujas de 2 pulgadas calibre 20 o 21 para evitar que se obstruyan.

El esquema de tratamiento de Sífilis en niños con peso de 45 Kg (100 libras) o superior, será igual a las dosis del adulto.

El tratamiento de los Síndromes de Secreción Uretral, Flujo Vaginal y Dolor Abdominal Bajo, será aplicado en **mayores de 15 años** y será indicado por el médico que realice el diagnóstico. Cuando se utilicen esquemas de dosis única será administrado en presencia del personal de salud.

SIFILIS

Concepto

La Sífilis es una infección crónica sistémica con diversas manifestaciones clínicas. El *Treponema pallidum* (agente causal) es una espiroqueta de transmisión predominantemente sexual y materno-fetal y puede ser transmitido por el contacto directo de lesiones infectantes y las membranas mucosas o piel no intacta del susceptible.

Clasificación

- Sífilis Adquirida Temprana (con menos de un año de evolución): primaria, secundaria y latente reciente
- Sífilis Adquirida Tardía (con más de un año de evolución): latente tardía y terciaria
- Sífilis Congénita Temprana (casos diagnosticados antes de los 2 años de edad)
- Sífilis Congénita Tardía (casos diagnosticados después de los 2 años de edad)

SIFILIS PRIMARIA

Se caracteriza por la presencia del Chancro duro o sifilítico, lesión generalmente única, rosada o ulcerada, poco dolorosa, con base endurecida, fondo liso, brillante y secreción serosa escasa. La lesión aparece entre los 10 y 90 días (como promedio 21) después del contacto infectante, puede acompañarse de adenopatía regional no supurativa, móvil, indolora y múltiple. En hombres se localiza frecuentemente en el glande o en el surco balano prepucial. En la mujer es más común en los labios menores, paredes vaginales o en el cuello uterino, razón por la que en mujeres expuestas al contagio, es imprescindible la realización de examen ginecológico con espéculo. Son raras, pero posibles las lesiones de inoculación en otras partes del cuerpo (boca, dedos, tórax, etc).

SIFILIS SECUNDARIA

Se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneo mucosas, no ulceradas, que aparecen de 6 a 8 semanas después de iniciado el chancro. Son lesiones generalmente acompañadas de micro poliadenopatía generalizada y ocasionalmente pueden acompañarse de artralgias, febrícula, cefalea y malestar general. Más raramente puede observarse compromiso hepático y/o ocular, como uveítis. Son comunes:

- ✓ Manchas eritematosas (roséola sifilítica), de aparición brusca, que pueden formar un exantema morbiliforme
- ✓ Pápulas de color rosado carmelitosas, lisas al principio y posteriormente escamosas, conocidas como sifilides papulosas. La localización de estas lesiones en regiones palmo plantar apoya fuertemente el diagnóstico de Sífilis Secundaria
- ✓ Alopecia, más frecuente en cuero cabelludo y cola de las cejas

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

- ✓ Lesiones en mucosas que pueden ser erosivas, opalinas e hipertróficas, estas últimas constituyen los llamados condilomas planos

SIFILIS LATENTE

Se entiende por sífilis latente a un estado de la enfermedad donde no existen signos ni síntomas clínicos de ésta y la única evidencia de la enfermedad son las pruebas serológicas con resultado reactivo.

Sífilis temprana adquirida latente (STAL): Se considera Sífilis temprana adquirida latente, notificable como tal cuando estén presentes (de no más de 1 año de evolución):

Serología reactiva + antecedentes clínicos evidentes.

Serología reactiva + antecedentes epidemiológicos.

Serología reactiva + antecedentes clínicos + antecedentes epidemiológicos.

Sífilis tardía adquirida latente (STaAL):

Si además de la serología reactiva existen antecedentes clínicos de la enfermedad de más de 1 año y se corrobora, la inexistencia de manifestaciones de Sífilis activa en algún sistema, después del estudio del LCR, la silueta cardiovascular y fondo de ojo.

Sífilis temprana congénita latente (STCL):

En recién nacidos.

Todo hijo de madre con Sífilis no tratada durante el embarazo, tratada con esquemas diferentes a la Penicilina o con tratamiento incompleto o realizado en las 4 semanas previas al parto o reinfectada antes del parto y que en el estudio serológico de ambos, se le detecte al recién nacido, serología reactiva, 2 diluciones por encima de los resultados de la madre (Ejemplo: madre con 8 diluciones y recién nacido con 32) y el estudio radiológico, dermatológico y del LCR del niño son negativos.

SIFILIS TERCIARIA

En este estadio, la infección no es transmisible a otras personas pero las lesiones del paciente son irreversibles.

Los síntomas y signos de la Sífilis Terciaria ocurren generalmente después de 3 a 12 años de adquirida la infección. Entre ellos: lesiones cutáneo mucosas (tubérculos o gomas sifilíticas), neurológicas (tabes dorsalis, demencia), cardiovasculares (aneurisma aórtico) y articulares (artropatía de Charcot).

CLASIFICACIÓN SANITARIA DE LA SÍFILIS

La clasificación sanitaria de la Sífilis tiene el objetivo de analizar por separado los casos contagiosos (Sífilis temprana) de los no contagiosos (Sífilis tardía) y a la vez establecer un método de clasificación uniforme, de fácil aplicación, **que será el utilizado para la notificación**. Se señalan las más frecuentes.

SIFILIS TEMPRANA ADQUIRIDA SINTOMATICA (STAS)

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

STASc	Sífilis con chancro
STASsc	Sífilis con lesiones cutáneas
STASsm	Sífilis con lesiones mucosas
STASsg	Sífilis con síntomas generales

SIFILIS TARDIA ADQUIRIDA SINTOMÁTICA (STaAS)

STaASg	Sífilis con gomias cutáneas
STaAScv	Sífilis con lesiones cardiovasculares
STaASns	Sífilis con lesiones neurológicas

SIFILIS TEMPRANA ADQUIRIDA LATENTE (STAL)

STAL	No lesiones y serología reactiva
------	----------------------------------

SIFILIS TARDIA ADQUIRIDA LATENTE (STaAL)

STaAL	No lesiones y serología reactiva
-------	----------------------------------

SIFILIS TEMPRANA CONGENITA SINTOMÁTICA (STCS)

STCSsc	Sífilis con lesiones cutáneas
STCSsm	Sífilis con lesiones mucosas
STCSlo	Sífilis con lesiones óseas.
STCSv	Sífilis con hepatoesplenomegalia

SIFILIS TARDIA CONGENITA SINTOMÁTICA (STaCS)

STaCSqi	Sífilis con queratitis intersticial
STaCSsh	Sífilis con dientes de Hutchinson
STaCSns	Sífilis con lesiones neurológicas

SIFILIS TEMPRANA CONGENITA LATENTE (STCL)

STCL	No lesiones cutáneas, LCR no reactivo, Serología reactiva, en niños de no más de 2 años de edad
------	--

SIFILIS TARDIA CONGENITA LATENTE (STaCL)

STaCL	No lesiones cutáneas, LCR no reactivo, serología reactiva, en niños de más de 2 años de edad
-------	--

DIAGNOSTICO

Definición de caso

Toda persona en la que se cumplan al menos dos de los siguientes criterios. Siempre uno de los cuales tiene que ser el de laboratorio.

- **CRITERIO DE LABORATORIO:** VDRL o RPR o pruebas treponémicas reactivas o regresión de la curva serológica en casos tratados y en estudio
- **CRITERIO CLINICO:** Presente síntomas y/o signos de la enfermedad o antecedentes de haberlos tenido

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

- **CRITERIO EPIDEMIOLOGICO:** contacto sexual con caso índice conocido, conducta sexual de riesgo, el estudio de sus parejas sexuales aporte un nuevo caso

El diagnóstico de laboratorio de la Sífilis puede realizarse mediante:

- La observación del Treponema en especímenes obtenidos de las lesiones, a través de microscopía de campo oscuro o fluorescente
- Detección de anticuerpos a través de pruebas: treponémicas y no treponémicas

Pruebas no treponémicas

Son tests de floculación que utilizan cardiolipina, lecitina y colesterol como antígeno. Los más utilizados son:

- VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)
Es el test serológico que se utiliza en estos momentos en toda la red del Sistema Nacional de Salud para el diagnóstico de Sífilis.
- RPR (Rapid Plasma Reagin): en proceso de implementación para ser utilizado

Una prueba no treponémica **reactiva** puede deberse a:

- Infección actual
- Infección reciente tratada o no tratada
- Resultado falso positivo

Los resultados falsos positivos pueden ocurrir en la población general, con una tasa de frecuencia del 1-3%. La mayoría de estos resultados falsos positivos muestran titulaciones iguales o menores de 1:4. Sin embargo, títulos bajos no excluyen Sífilis y son frecuentes en casos de Sífilis Latente y Tardía

Pruebas treponémicas

Estas pruebas utilizan *T. pallidum* como antígeno para detectar anticuerpos contra componentes celulares del treponema. Existen tres tipos diferentes de test de esta categoría:

- Inmunofluorescencia indirecta: test de absorción de anticuerpos fluorescentes contra el treponema (FTA-Abs)
- Hemaglutinación y microaglutinación para anticuerpos contra treponemas (MHA-TP, TPHA)
- Pruebas inmuno enzimáticas para la detección de anticuerpos contra el *T. pallidum* (ELISA)

La sensibilidad y especificidad de las pruebas treponémicas y no treponémicas para el diagnóstico de Sífilis se muestra en la siguiente tabla.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Sensibilidad y especificidad de los test serológicos para Sífilis

Sensibilidad					
Fase de la infección					
Test	Sífilis Primaria	Sífilis Secundaria	Sífilis Latente	Sífilis Tardía	Especificidad (%)
FTA-Abs	98 (93-100)	100	100	96	99
MHA-TP	82 (69-90)	100	100	94	99
RPR	86 (81-100)	100	80 (53-100)	73 (36-96)	98
VDRL	80 (74-87)	100	80 (71-100)	71 (37-94)	98

Tratamiento de la Sífilis

El tratamiento completo de la Sífilis, como el de todas las ITS incluye las **4 C**, es decir: **C**onsejería que debe incluir proponer la realización de VIH y AgHBs, **C**umplimiento del tratamiento, **I**ntestigación de los **C**ontactos Sexuales y entrega de **C**ondones y promoción de su uso.

La Penicilina G es el medicamento de elección para el tratamiento de cualquiera de los estadios de la Sífilis. Las preparaciones usadas: benzatínica, procaínica o cristalina, así como la dosis y duración del tratamiento dependerá del estadio y manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Tratamiento de la Sífilis Primaria y Secundaria

Penicilina Benzatínica G 2.4 millones de unidades IM dosis única

También puede utilizarse:

Penicilina Procaínica 1 millón de unidades IM diariamente durante 10 días

Alérgicos a la Penicilina (no gestantes)

Tetraciclina 500 mg cuatro veces al día por 14 días

○

Eritromicina 500 mg cuatro veces al día por 14 días

○

Doxiciclina 100 mg oral dos veces al día por 14 días

Tratamiento de la Sífilis Latente

✓ **Latencia Temprana**

Penicilina Benzatínica G 2.4 millones de unidades IM dosis única

También puede utilizarse:

Penicilina Procaínica 1 millón de unidades IM diariamente durante 10 días

✓ **Latencia Tardía o de duración desconocida**

Penicilina Benzatínica G 7.2 millones de unidades administrada en tres dosis de 2.4 millones de unidades IM con intervalos de una semana

También puede utilizarse:

Penicilina Procaínica 1 millón de unidades IM diariamente durante 15 días

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Alérgicos a la Penicilina (no gestantes)

Tetraciclina 500 mg cuatro veces al día por 14 días en latencia temprana y por 4 semanas en Latencia tardía o de duración desconocida

○

Eritromicina 500 mg cuatro veces al día por 14 días y por 4 semanas en Latencia tardía o de duración desconocida

○

Doxiciclina 100 mg oral dos veces al día por 14 días y por 4 semanas en Latencia tardía o de duración desconocida

Tratamiento de gestantes con Serología Reactiva y con Sífilis

La Penicilina G es el medicamento de mayor eficacia en la Sífilis durante el embarazo.

Toda gestante con serología reactiva debe recibir tratamiento con 2,4 millones de unidades de Penicilina Benzatínica **por el médico que primero conozca de dicho resultado** y posteriormente debe ser interconsultada con el Dermatólogo para concluir el estudio del caso. Se sugiere administrar otra dosis de 2,4 millones de unidades a los siete días de la primera hasta completar 4.8 millones.

Las embarazadas que refieran alergia a la Penicilina, deben ser valoradas por el Dermatólogo y el Obstetra para definir la conducta a seguir.

La Tetraciclina y la Doxiciclina están contraindicadas durante el embarazo y otros medicamentos no ofrecen igual eficacia para el tratamiento intraútero del feto infectado.

No obstante, ante la imposibilidad de usar Penicilina se puede utilizar:

✓ **Ceftriaxona** dosis total 10 gramos. Dosis diaria 1 gramo IM diariamente durante 10 días

○

✓ **Eritromicina** dosis total 30 gramos. Dosis diaria 2 gramos repartidos en dosis de 500 mg oral cada 6 horas durante 15 días

El tratamiento con Eritromicina, por lo prolongado que resulta y por la frecuente aparición de intolerancia digestiva, será CONTROLADO mediante el ingreso domiciliario, en Hogar Materno o en el Hospital según las características de cada caso.

Tratamiento de la Sífilis Terciaria

Pacientes sin evidencias de Neurosífilis:

Penicilina Benzatínica G 7.2 millones de unidades IM administrada en tres dosis de 2.4 millones de unidades con intervalos de una semana a cumplir en quince días.

Pacientes con Neurosífilis:

Penicilina Cristalina 18 a 24 millones de unidades diarias divididas en dosis de 3 a 4 millones de unidades IV cada 4 horas durante 10 a 14 días

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Manejo de las parejas sexuales

La transmisión sexual del *Treponema* ocurre solamente cuando están presentes las lesiones mucocutáneas; a pesar de que estas manifestaciones son poco frecuentes después del primer año de ocurrida la infección, todas las personas expuestas sexualmente a un paciente con diagnóstico de Sífilis en cualquiera de sus estadios, debe ser evaluado clínica y serológicamente y recibir tratamiento.

Tratamiento profiláctico a las parejas sexuales

Penicilina Benzatínica G 2.4 millones de unidades IM dosis única

Seguimiento

El seguimiento adecuado incluye el examen clínico y serológico de todos los casos de Sífilis cada 3 meses durante el primer año y cada 6 en el segundo. Los títulos serológicos suelen disminuir más lentamente en pacientes que han tenido Sífilis previamente. Pacientes en los que persisten o recurren síntomas y signos, o aquellos en que los títulos de anticuerpos incrementan en 2 o más diluciones con respecto a resultados previos, pueden corresponder a fracasos del tratamiento o reinfección, por lo que deben ser tratados otra vez. En caso de reinfecciones, notificar nuevamente.

Criterios de alta clínica y epidemiológica

Alta clínica:

- Haya recibido tratamiento completo y controlado según esquema y dosis normadas
- El examen clínico sea negativo
- La curva serológica, muestre una evolución satisfactoria hacia la negativización en un período de un año
- La punción lumbar para el examen del líquido céfalo-raquídeo (LCR) se realizará a juicio del Dermatólogo basándose en la evolución serológica, la periodicidad y la seguridad del cumplimiento del tratamiento indicado.

Alta epidemiológica:

- Se haya logrado detectar no menos de un caso nuevo de Sífilis en la investigación
- Se haya logrado obtener el indicador de contactos
- Cuando en el análisis realizado por el Epidemiólogo, el Dermatólogo, el EBS y la E.E. en ITS se determine que el "foco" está cerrado

SÍFILIS CONGENITA

La Sífilis Congénita es una infección causada por la diseminación hematógena del *Treponema pallidum* de la gestante infectada al feto. Se conoce que:

- ✓ la transmisión materna puede ocurrir en cualquier momento del embarazo
- ✓ la tasa de transmisión vertical de la Sífilis en mujeres no tratadas es de 70% a 100% en las fases primaria y secundaria, reduciéndose al 30% en fases latente y terciaria
- ✓ puede ocurrir muerte perinatal en un 40% de los casos

Cuando una gestante adquiere Sífilis durante el embarazo puede ocurrir: aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro, recién nacido con síntomas de Sífilis Congénita o Recién Nacido asintomático.

Todas las gestantes deben ser pesquisadas para Sífilis en la primera consulta prenatal (captación), en el tercer trimestre del embarazo y al ingreso hospitalario para el parto. Las que tengan serología reactiva deben recibir tratamiento con 2,4 millones de unidades de Penicilina Benzatínica, indicado **por el médico que primero conozca de dicho resultado** y posteriormente debe ser interconsultada con el Dermatólogo para concluir el estudio del caso. Se administrará otra dosis de 2,4 millones de unidades a los siete días de la primera hasta completar 4.8 millones.

Diagnóstico:

El diagnóstico de Sífilis Congénita no es sencillo, debido a la transferencia placentaria de anticuerpos treponémicos y no treponémicos de la madre al feto, lo que dificulta la interpretación de serologías reactivas en los niños

Exámenes complementarios para el diagnóstico:

- ✓ Serología no treponémica (VDRL): indicada para el diagnóstico y evolución del caso. Puede permanecer reactiva por largos períodos de tiempo, inclusive después de curada la infección. Recién nacidos no infectados pueden presentar anticuerpos maternos transferidos a través de la placenta; en esos casos, la serología puede permanecer reactiva hasta los 6 meses de vida. Es por ello que el diagnóstico de Sífilis congénita requiere de la realización de otros estudios, para definir la terapia adecuada
- ✓ Serología treponémica (FTA-Abs, TPHA, ELISA): son más específicos y por ello útiles para la exclusión de resultados de VDRL falsos positivos.
- ✓ Radiografía de huesos largos: los signos de osteocondritis, osteítis y periostitis resultan hallazgos comunes en casos con Sífilis congénita sintomática y en un 70-90% de estos casos las radiografías de huesos largos muestran anomalías metafisiarias patognomónicas de infección. Su sensibilidad para el diagnóstico de casos asintomáticos es desconocida. Se sugiere que en el 4 al 20% de los recién nacidos asintomáticos infectados la única alteración

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

resulta el hallazgo radiológico, lo que justifica la realización de este examen en casos sospechosos de Sífilis congénita.

- ✓ Examen del Líquido Cefaloraquídeo: No constituye un estudio de rutina. Se recomienda su realización (según criterio del equipo de especialistas a cargo del estudio del caso) a los recién nacidos diagnosticados de Sífilis Congénita, pues la conducta terapéutica a seguir dependerá de la confirmación o no de Neurosífilis. La ocurrencia de alteraciones del LCR es mucho más frecuente en niños con evidencias clínicas de Sífilis Congénita que en recién nacidos asintomáticos infectados (86% y 8% respectivamente)

Para arribar a una conclusión diagnóstica deberán tenerse en cuenta:

- ✓ Antecedentes de Sífilis en la madre
- ✓ En qué momento del embarazo fue tratada, con qué medicamentos y si completó el tratamiento
- ✓ Presencia de evidencias clínicas, de laboratorio o radiológicas de Sífilis en el niño
- ✓ Comparación de los resultados de la serología de la madre y el niño (serología del niño con dos o más diluciones que la materna)

Deberá sospecharse Sífilis Congénita, ser evaluados para descartarla y recibir tratamiento antes del egreso hospitalario, los recién nacidos de madres que reúnan alguna de las siguientes condiciones:

- ✓ Sífilis no tratada
- ✓ Serología reactiva de primera vez en el ingreso para el parto
- ✓ Evidencia serológica de reinfección después de tratada (incremento en dos o más diluciones)
- ✓ Tratada con esquemas terapéuticos diferentes a la Penicilina
- ✓ Recibió tratamiento con Penicilina pero éste fue administrado en las 4 semanas previas al parto
- ✓ No existen antecedentes bien documentados de haber sido tratada
- ✓ Fue tratada en tiempo y con Penicilina pero la curva serológica no decreció al menos en dos diluciones con respecto a la serología inicial

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Esquemas terapéuticos recomendados

Status Clínico del Recién Nacido	Tratamiento recomendado
<p>Sífilis Congénita confirmada o fuertemente sospechada</p>	<p>Penicilina G Cristalina acuosa 50,000 unidades por Kg de peso/día por vía intramuscular o intravenosa, administradas cada 12 horas en los primeros 7 días de vida y después de esa fecha, cada 8 horas durante 10 a 14 días + seguimiento clínico y serológico</p>
<p>Asintomático, evaluación clínica negativa y todos los estudios complementarios son negativos</p> <p>Si la madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ No recibió tratamiento o no se precisa ✓ No fue tratada con Penicilina ✓ Fue tratada con Penicilina pero el tratamiento fue administrado en las 4 semanas previas al parto ✓ La serología no decreció al menos dos diluciones después del tratamiento ✓ Incremento de la serología en 2 o más diluciones (sospecha de fracaso del tratamiento o reinfección) después de tratada <p>Si la madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recibió tratamiento completo, con Penicilina y se administró antes de las 4 semanas previas al parto ✓ Cumplió con el seguimiento serológico mensual hasta el parto ✓ La curva serológica decreció al menos en dos diluciones ✓ No existen evidencias de reinfección 	<p>Penicilina G Benzatínica 50,000 unidades por Kg de peso en dosis única IM + seguimiento clínico y serológico</p> <p align="center">O</p> <p>Penicilina G Cristalina acuosa 50,000 unidades por Kg de peso/día por vía Intramuscular, administradas cada 12 horas en los primeros 7 días de vida y después de esa fecha, cada 8 horas durante 10 a 14 días + seguimiento clínico y serológico</p> <p>Examen clínico y dermatológico mensual y VDRL a los tres meses de edad</p>

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Prevención de la Sífilis Congénita

La prevención de la Sífilis Congénita es una prioridad del Sistema Nacional de Salud y en ella participan un grupo importante de profesionales de la salud, entre los que se encuentran: Médico y Enfermera de la Familia, Grupo Básico de Trabajo, Enfermeras Especializadas en ITS, Dermatólogos, Obstetras, Pediatras, Vicedirectores de Higiene y Epidemiología, Epidemiólogos Jefes de Programa, Directores de Areas de Salud y de Hospitales. Por la importancia que reviste a continuación se relacionan las acciones a realizar.

Gestantes con VDRL reactiva

Equipo Básico de Salud y Grupo Básico de trabajo

- El EBS y el GBT tienen la máxima responsabilidad de que se cumpla el tratamiento controlado de gestantes con serología reactiva en cualquier momento del embarazo.
- No se exime de responsabilidad al médico que primero conozca de este resultado (incluida la serología débil reactiva), el que indicará y comprobará que se cumpla de inmediato el tratamiento, según el esquema establecido.
- Estudio y tratamiento de las parejas sexuales
- Impartir educación sanitaria
- Anotar en forma legible en el Carné Obstétrico y en el Tarjetón, que la gestante tiene una serología reactiva "SR", especificando la fecha, el tiempo de embarazo y la conducta seguida, en un lugar visible de ambos documentos
- Interconsultar el caso inmediatamente con el Obstetra del Grupo Básico de Trabajo y ambos con el Dermatólogo del policlínico, a fin de que en conjunto lleguen a una conclusión diagnóstica en el menor tiempo posible
- Controlar que se cumpla el seguimiento serológico mensual hasta el parto
- El obstetra del GBT controlará la realización del VDRL en todas las embarazadas captadas y en las que arriban al tercer trimestre. Conocerá los resultados y el cumplimiento del tratamiento de las reactivas, así como las conclusiones del estudio. Lo informará en las reuniones semanales del PAMI

El Dermatólogo

- Anotará en el carné obstétrico y tarjetón de la embarazada, la conclusión diagnóstica y la clasificación si es un caso de Sífilis, así como el tratamiento recibido
- Realizará seguimiento serológico mensual hasta el parto a toda embarazada con serología reactiva

La Enfermera Especializada en ITS

- Mantendrá actualizado el registro de embarazadas con serología reactiva y/o con Sífilis
- Realizará la entrevista epidemiológica y procederá a la localización, estudio y tratamiento de los contactos obtenidos
- Controlará o aplicará personalmente (en el caso de la EE en ITS del hospital) el tratamiento normado a gestantes con serología reactiva y/o con Sífilis

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

- Verificará que se evalúen y/o sean tratados todos los Recién Nacidos tributarios del mismo

Los Laboratorios

- Mantener adecuadamente actualizados los registros que para este fin establece el Sistema estadístico
- Informar diariamente a estadísticas y a la EE en ITS las serologías reactivas en gestantes
- Identificar los casos correspondientes a gestantes, aclarando el trimestre del embarazo
- Cumplir con el envío del 100% de los sueros reactivos de gestantes para control de calidad, conservando los resultados del mismo durante un año

Los Departamentos de Estadísticas

- Mantendrán actualizados los registros que para este fin establece el Sistema estadístico

El Obstetra y el Pediatra del Hospital Gineco-Obstétrico

- Indicar y controlar la realización de VDRL en la captación y en el 3er trimestre a las gestantes que reciban atención prenatal en el hospital y a todas las que ingresan para parto
- Interconsultar con Dermatología o remitir a su área de salud, con el objetivo de descartar secundarismo sifilítico, a toda embarazada que asista a consulta o a Cuerpo de Guardia con rash cutáneo
- Serán responsables de la evaluación y tratamiento antes del egreso hospitalario de todos los Recién Nacidos tributarios de estudio y/o tratamiento

Ante el parto de una embarazada diagnosticada como caso de Sífilis o serología reactiva sin concluir, o serología reactiva de primera vez en el parto, tratada en las 4 semanas previas al parto o con esquemas terapéuticos diferentes a la Penicilina:

- Debe realizarse serología cuantitativa a la madre y al recién nacido en el laboratorio de la unidad.
- Examen físico minucioso del recién nacido por Pediatra y Dermatólogo
- Otros estudios serán indicados a criterio del equipo de especialistas a cargo del estudio del caso
- En el estudio del Recién Nacido, cuando no se pueda confirmar el diagnóstico de Sífilis Congénita en el hospital con los criterios definidos, deben valorarse los antecedentes maternos y los elementos epidemiológicos que aportará la E.E. en ITS que realizó la investigación del caso (cumplimiento del tratamiento, seguimiento serológico, cambios de compañeros sexuales durante el embarazo y contactos no controlados, entre otros), para decidir la conducta a seguir
- Todo Recién Nacido diagnosticado con Sífilis será notificado y tratado antes del egreso hospitalario.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

- Al egreso del Recién Nacido de la Maternidad, se reflejará en el Carné Infantil el resultado de la serología, del estudio integral y la conducta seguida.

Epidemiólogo Municipal y Provincial responsables del Programa

- Cuando en el hospital Gineco-Obstétrico no se pueda llegar al diagnóstico de Sífilis Congénita, por ser controvertidos los elementos de que se disponen, el Equipo Municipal responsable del Programa, creará las condiciones para que en la re-discusión del caso participen otros especialistas de experiencia en la interpretación radiológica y con recursos para realizar otros exámenes (IgM, inmunofluorescencia u otros), antes de los 28 días posteriores al nacimiento.
- Ante el nacimiento de un niño con Sífilis Congénita, los Epidemiólogos Provincial y Municipal que atienden el Programa y el Subdirector de Higiene y Epidemiología del Policlínico, convocarán a una reunión a todos los que participaron en la atención a la Madre y el Recién Nacido (Médico y Enfermera de la Familia, Dermatólogo, Gineco-Obstetra, Pediatra y Enfermera E.E. de ITS), a la cual también debe asistir el Director del Policlínico, para analizar los incumplimientos y proponer las medidas administrativas necesarias, para evitar otros casos.
- El informe final, así como la encuesta del caso, serán enviados al nivel central, por el Epidemiólogo Provincial Responsable del Programa, para su discusión en la Comisión Técnica Nacional.

INFECCION POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

Concepto

Enfermedad infecciosa de transmisión frecuentemente sexual, también conocida como Verrugas genitales, Condiloma Acuminado o Cresta de gallo.

Se conocen en la actualidad mas de 70 tipos de virus del papiloma humano, 20 de los cuales pueden infectar el tracto genital. Una persona puede estar infectada por varios tipos de VPH.

Está comprobada la relación causal existente entre la infección por varios tipos de VPH y displasia, neoplasia intraepitelial y carcinoma invasivo del aparato reproductor en ambos sexos, en particular, de cuello uterino, por lo que la prevención y manejo adecuado de esta ITS se revierte en prevención de enfermedades que ocupan una de las primeras causas de vida sana perdida en la población.

Epidemiología y Cuadro Clínico

La mayoría de las infecciones por el VPH son asintomáticas, pueden presentarse clínicamente pero pueden adoptar formas subclínicas, solamente visibles a través de técnicas de amplificación tras la aplicación de sustancias químicas como el ácido acético. Es posible la ocurrencia de infecciones latentes en las que no existen lesiones manifiestas ni subclínicas que solamente pueden ser diagnosticadas a través de la detección del DNA viral por medio de técnicas moleculares (hibridación in situ, PCR). Se desconoce con exactitud el tiempo que el virus puede permanecer en este estado de latencia así como los factores que pueden desencadenar la aparición de lesiones, por lo que no es posible determinar con precisión el período de incubación, es decir, el transcurrido entre la infección y la aparición de las lesiones.

Algunos estudios demuestran que la infección, detectada o no, puede tener carácter transitorio o permanecer, hasta años, en estado de latencia y después, originar nuevas lesiones, por lo que las recidivas están más relacionadas con reactivación de reservorios del propio paciente que con reinfección de transmisión sexual. Entre los factores que determinan la persistencia de la infección y su progresión hacia displasias o carcinoma in situ, se encuentra el tipo de virus y la presencia de cofactores como el estado inmunológico del individuo.

Verrugas genitales visibles son causadas usualmente por los tipos 6 y 11, los que también pueden producirlas en vagina, cuello uterino, uretra y ano y raramente se asocian a carcinoma invasivo de genitales externos. Los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56 y 58 ocasionando verrugas en región anogenital, están fuertemente asociados con displasia cervical y neoplasia intraepitelial o invasiva en vulva, vagina, cuello uterino, pene y ano.

Dependiendo del tamaño y localización, los condilomas pueden ser dolorosos, friables y/o pruriginosos. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples, localizadas o difusas y de tamaño variable. En hombres, se presentan con mayor frecuencia en

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

el glande, surco balano-prepucial y región perianal. En mujeres en vulva, periné, región perianal, vagina y cuello uterino.

Diagnóstico

El diagnóstico de condilomas es básicamente clínico, a través de la identificación de las típicas lesiones vegetantes.

La biopsia no está recomendada de rutina y solamente se justifica cuando:

- Se sospecha una neoplasia (lesiones pigmentadas, endurecidas, adheridas o ulceradas)
- No existe respuesta al tratamiento convencional
- Las lesiones aumentan de tamaño durante o después del tratamiento
- Pacientes con comprobada inmunodeficiencia

Tratamiento

Las medidas de prevención como es el uso de condones, constituyen la única medida efectiva.

El tratamiento no elimina eficazmente, ni modifica la historia natural de la infección y no evita del todo, el desarrollo de cáncer cervical, debido a la frecuente coexistencia de infección manifiesta con formas asintomáticas o subclínicas. Por igual razón, el tratamiento no siempre evita la transmisión del VPH a otras personas a través de relaciones sexuales sin protección.

Entre los esquemas recomendados se encuentran:

- **Podofilina 10-25%** en solución alcohólica o en Tintura de Benjuí.

Su empleo esta contraindicado en gestantes

Aplicar una pequeña cantidad en cada verruga y dejar secar. Para evitar la posibilidad de complicaciones asociadas con su absorción sistémica y toxicidad, se recomienda:

- ✓ no utilizar mas de 0,5 mililitros en cada aplicación y limitar el área tratada a 10 cm cuadrados por sesión
- ✓ lavar el área tratada, con agua y jabón, 1-4 horas después de aplicada, para reducir la irritación local
- ✓ repetir semanalmente si es necesario

- **Acido Tricloroacético o Bicloroacético 80-90%** en solución alcohólica.

Aplicar una pequeña cantidad solamente en las lesiones y dejar secar hasta que adquieran color blanco. Debe ser aplicada con cuidado para que no afecte zonas vecinas. En caso de que esto ocurra puede neutralizarse con la pulverización de esa zona con talco o bicarbonato de sodio. Puede utilizarse en gestantes siempre y cuando la zona afectada no sea muy extensa

- **Electrofulguración**

Indicado en lesiones aisladas y realizado por personal especializado.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

- **Otros:**

Crioterapia

Exéresis quirúrgica

Manejo de las parejas sexuales

Las parejas sexuales de pacientes con VPH deben ser evaluadas y recibir consejería. Aquellas que tengan síntomas deberán recibir igual tratamiento.

INFECCION POR VIRUS HERPES SIMPLE

El herpes simple es una infección caracterizada por una lesión primaria localizada, un período de latencia y una tendencia a reaparecer en forma localizada.

Su agente causal, el *Herpes simplex virus* (HSV) pertenece a la familia *Herpesviridae*, de la que también forman parte el *Citomegalovirus* (CMV), *Varicela zoster virus* (VZV) y el *Epstein-Barr virus* (EBV), entre otros.

Se conocen dos tipos de VHS, 1 y 2, que por lo general producen síndromes clínicos diferentes, según la vía de entrada, aunque teniendo en cuenta los tipos de prácticas sexuales, ambos pueden infectar el aparato genital.

La infección primaria por el tipo 1 suele ocurrir en la niñez temprana, ser leve o no manifiesta.

La reactivación de una infección latente, generalmente desencadenada por traumatismos, fiebre o enfermedades intercurrentes, entre otras, suele ocasionar el herpes labial, que se caracteriza por vesículas claras y superficiales sobre una base eritematosa, que presentan una costra y cicatrizan en pocos días, por lo regular ubicadas en la cara y los labios.

La infección por el tipo 2 suele causar el herpes genital, afectar principalmente a los adultos y se transmite por contacto sexual. Se presenta en infecciones primarias y recurrentes, con síntomas o sin ellos.

Transmisibilidad

La transmisibilidad no depende necesariamente de la presencia de lesiones activas. Son comunes las infecciones asintomáticas, orales y genitales, con diseminación transitoria de virus. Puede existir virus en la saliva incluso hasta 7 semanas después del restablecimiento de lesiones orales. Los pacientes con lesión genital primaria son infectantes por un período de 7 a 12 días. En el caso de recurrencias, el lapso es de 4 a 7 días. La reactivación puede ser asintomática y existir diseminación del virus.

Cuadro Clínico

Herpes Genital Primario

La infección primaria no siempre es sintomática. El contagio ocurre casi siempre por contacto directo con lesiones genitales u orales, durante relaciones sexuales sin protección.

Cuando existen síntomas, pueden ser precedidos de mialgias, aumento de la sensibilidad y ardor o prurito locales.

En hombres, las lesiones se localizan más frecuentemente en glande y prepucio, en la mujer en grandes labios, pequeños labios, clítoris, vagina y cuello uterino. Se caracterizan inicialmente como pápulas eritematosas de 2 a 3 mm, que posteriormente se tornan en vesículas agrupadas con contenido cetrino, que se rompen dando lugar a ulceraciones que posteriormente son recubiertas por costras serohemáticas.

En el 50% de los casos se presenta adenopatía inguinal dolorosa bilateral.

Las lesiones del cuello uterino, frecuentemente sub clínicas, pueden asociarse con flujo vaginal de aspecto transparente.

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

En el hombre, no raramente, puede observarse secreción uretral hialina, acompañada de ardor al orinar.

En ambos sexos pueden existir síntomas generales como fiebre y malestar general.

Provocando o no sintomatología, después de la infección primaria, el HSV asciende por los nervios periféricos sensoriales, penetra en los núcleos de las células ganglionares y entra en estado de latencia.

Herpes Genital Recurrente

Después de una infección genital primaria por HSV 1 o 2, el 90% y 60% respectivamente de los casos, desarrollan nuevos episodios en los primeros 12 meses por reactivación del virus.

La recurrencia de las lesiones puede estar asociada a episodios de fiebre, exposición a radiaciones ultravioleta, traumatismos, menstruación, estrés físico o emocional, antibióticoterapia prolongada o inmunodeficiencia.

El cuadro clínico de las recurrencias es menos intenso que el de la infección primaria y es precedido de pródromos característicos como: aumento de la sensibilidad local, prurito, sensación de quemazón local, mialgias y artralgias, entre otros.

Diagnóstico

El diagnóstico es básicamente clínico. Es indispensable un buen interrogatorio tratando de diferenciar si se trata de un primer episodio o de recurrencias. Investigar antecedentes de cuadros similares anteriores y posibles factores desencadenantes en el caso de sospechar recurrencias.

El examen físico permitirá la identificación de las lesiones típicas.

Tratamiento

Pueden indicarse analgésicos y anti-inflamatorios para aliviar el dolor. El tratamiento local consiste en la limpieza de las lesiones con solución salina fisiológica o agua boricada al 3%, así como algún antibiótico local para la prevención de infecciones secundarias.

No existe medicamento que proporcione la cura definitiva del herpes genital.

Varios han sido utilizados para el tratamiento de las lesiones herpéticas, pero ninguno de ellos ha probado ser completamente eficaz en la erradicación del virus

En el primer episodio:

- **ACICLOVIR 400 MG POR VÍA ORAL CADA 8 HORAS DURANTE 7 A 10 DÍAS**

En las recurrencias (el tratamiento debe ser iniciado cuando aparecen los primeros pródromos)

- **ACICLOVIR 400 MG POR VÍA ORAL CADA 8 HORAS DURANTE 5 DÍAS**

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

También forman parte del tratamiento completo:

- Ofrecer información al paciente sobre:
 - ✓ Historia natural de la infección, con énfasis en la posible ocurrencia de episodios recurrentes, la frecuente eliminación de virus aún sin tener síntomas y acerca de la transmisión sexual
 - ✓ Abstenerse de tener relaciones sexuales cuando tengan lesiones o aparezcan los pródromos, así como informar de su infección a sus parejas sexuales
 - ✓ Importancia de iniciar tratamiento para las recurrencias tan pronto como aparezcan los pródromos, así como explicar sobre la eficacia limitada del tratamiento específico para erradicar del todo la infección

Manejo de las parejas sexuales

Las parejas sexuales de pacientes con herpes genital deben ser evaluadas y recibir consejería. Aquellas que tengan síntomas deberán recibir igual tratamiento.

MERCADEO DE CONDONES EN LA PREVENCIÓN DE ITS

El Mercadeo de Condones constituye una estrategia esencial dentro de los Programas de Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual.

Esencialmente se fundamenta en:

- ✓ Combina el incremento de la accesibilidad con la promoción de su uso
- ✓ Una buena accesibilidad a precios adecuados y en lugares convenientes para las personas, resulta en un incremento de su venta
- ✓ Incluye la venta en lugares no tradicionales como lugares de recreación, campismos, hoteles, bares, entre otros
- ✓ Contribuye a disminuir tabúes sociales por medio de la utilización de publicidad
- ✓ Acompañado de Programas de Información sobre la efectividad de su uso en la prevención de ITS, facilita la adopción de conductas favorables para su adquisición y uso

La promoción de Condones incluye:

- ✓ Consejería sobre el uso de condones
- ✓ Demostración sobre su uso correcto
- ✓ Entrega gratuita

No obstante, existen restricciones para el uso correcto y consistente de condones, que pueden depender del individuo pero también de los servicios de salud.

En el individuo:

- ✓ Mala opinión sobre los condones
- ✓ Falta de confiabilidad en el condón
- ✓ Poca familiaridad con el tema, lo que genera vergüenza
- ✓ Desconfianza entre los miembros de la pareja si se plantea su uso
- ✓ Dificultades individuales para una adecuada negociación del uso de condones
- ✓ Refieren reducción del placer sexual
- ✓ Díficil acceso

En las unidades de Salud:

- ✓ Insuficiente capacitación del personal
- ✓ Énfasis excesivo en los aspectos terapéuticos
- ✓ Poco énfasis en la prevención y en cambios de comportamiento
- ✓ Falta de privacidad
- ✓ Actitudes prejuiciadas del personal

El manejo efectivo de casos de ITS incluye entre las 4C, la promoción del uso de condones. Para mejorar la promoción del uso de condones en servicios de salud y en otros sectores, pueden adoptarse diferentes estrategias:

Pautas para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

En las unidades de salud:

- ✓ Capacitar adecuadamente al personal implicado en la actividad
- ✓ Contar con maqueta para demostrar correctamente cómo se usan
- ✓ Utilizar mensajes para su promoción, acordes a las características del lugar
- ✓ Adecuada interrelación entre los diferentes departamentos que promueven el uso de condones
- ✓ Trabajar con la comunidad (promotores de salud)
- ✓ Fácil acceso a servicios de consejería
- ✓ Utilizar medios de comunicación en salas de espera
- ✓ Garantizar que los pacientes salgan de la unidad con un suministro mínimo de condones

En otros sectores:

- ✓ Adecuada disponibilidad de condones
- ✓ Identificación de grupos vulnerables
- ✓ Personal capacitado en técnicas de promoción de venta
- ✓ Se conozcan y divulguen los lugares donde pueden adquirirse y recibir consejería sobre ITS
- ✓ Disponibilidad de material que divulgue su venta

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. CDC: Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol.47/Nº. RR-1, 1998.
2. CDC: US Public Health Service Recommendations for HIV Counseling and Voluntary Testing for Pregnant Women. MMWR, 1995; volume 44(RR-7): 1-15
3. Control of Sexually Transmitted Diseases. WHO. Second edition. 1998.
4. Dyck, Eddy van et al: Diagnóstico de Laboratorio de las enfermedades de Transmisión Sexual. OMS, 2000
5. Edwards, L.Y. y cols: Gonorrhoeae in pregnancy. Am. J. Obstet. Ginecol. 132(6): 637-41, 1978
6. El Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual. AIDSCAP/Family Health International. 1997.
7. EPB Finlay. Prospecto de la prueba del VDRL. 2000.
8. Guías sobre la Vigilancia del VIH de Segunda Generación. ONUSIDA/OMS. 2000.
9. Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance. WHO/ UNAIDS. 1999.
10. Guidelines for Perinatal Care: Spirochetal Infections. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Elk Gove Village, Illinois, APP&ACOG, 1997.
11. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional DST e AIDS. Brasil, 1999.
12. Manual para el Control de las Enfermedades Transmisibles. Publicación Científica Nº 564. OPS-OMS, 1997.
13. Módulos para la Capacitación en el Manejo Sindrómico de ITS. OPS
14. Moherdau F et al: Validation of national algorithms for the diagnosis of STD en Brazil: results from a multicentre study. Sexually Transmitted Infections (former Genitourinary Medicine), 1998; 74(supl 1):S38-S43
15. Programa de Control de la Sífilis Congénita. MINSAP. Cuba, 1972
16. Programa Nacional de Prevención y Control de Gonorrea. MINSAP. Cuba, 1981
17. Programa Nacional de Prevención y Control de Sífilis. Cuba, 1982..
18. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA. MINSAP. Cuba, 1997.
19. Van Dyck.E, Meheus.A:Z, Piot.P. Laboratory Diagnosis of Sexually Transmitted Diseases. WHO. 1999