



# **Manual de procedimientos clínicos para el manejo de las infecciones de transmisión sexual (ITS)**

**Honduras, C.A  
2014**

Este manual fue realizado gracias al generoso apoyo del pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del Sida (PEPFAR). Los contenidos son la responsabilidad de John Snow, Inc. (JSI) y no reflejan necesariamente la perspectiva de la USAID, PEPFAR o el gobierno de los Estados Unidos.

## **AUTORIDADES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HONDURAS**

**Dra. Edna Yolani Batres**

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

**Dra. Sandra Maribel Pinel**

Subsecretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud

**Dr. Francis Contreras**

Subsecretario de Regulación

**Dra. Silvia Yolanda Nazar Hernández**

Directora General de Normalización

**Dra. Glady Paz**

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

**Dra. Carmen Sevilla**

Directora General de Desarrollo del Recurso Humano

**Dra. Billy González**

Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud

# Agradecimiento

Especial agradecimiento al personal de los diferentes establecimientos de salud de las instituciones públicas y no públicas que brinda servicios para la atención de las infecciones de transmisión sexual.

En particular agradecimiento a la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID), por su asistencia técnica y financiera a través del proyecto AIDSTAR Plus.

# Abreviaturas

ITS	Infección de Transmisión Sexual
VIH	Virus de Inmuno deficiencia Humana
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
EPI	Enfermedad pélvica inflamatoria
LGV	Linfogranuloma venéreo
TS	Trabajador o Trabajadora sexual
VO	Vía oral
UI	Unidades internacionales
IM	Intramuscular
PCR	Reacción en cadena de polimerasa
PPS	Previa prueba de sensibilidad
VES	Velocidad de eritrosedimentación

## Tabla de contenido

	Página
Agradecimientos.....	4
Abreviaturas.....	4
Introducción.....	6
<b>Capítulo 1 Situación de las infecciones de transmisión sexual en Honduras .....</b>	<b>8</b>
<b>Capítulo 2 Conceptos básicos de las infecciones de transmisión sexual.....</b>	<b>11</b>
2.1. Definición.....	11
2.2. Trasmisión de las infecciones de transmisión sexual.....	13
2.2.1. Formas de transmisión.....	13
2.2.2. Factores de transmisión.....	13
2.2.3. Dinámica de la transmisión de las ITS a nivel poblacional.....	15
2.3. Complicaciones de las ITS.....	16
2.4. Relación entre las ITS y el VIH.....	17
2. 5. Enfoques del manejo de las infecciones de trasmisión sexual.....	19
2.5. 1. Manejo clínico.....	19
2.5. 2. Manejo etiológico.....	20
2.5. 2. Manejo sintomático.....	21
<b>Capítulo 3 Manejo de las ITS.....</b>	<b>22</b>
3.1. Entrevista .....	22
Historia clínica.....	23
Anamnesis .....	23
Examen físico.....	26
<b>3.2. Diagnóstico y tratamiento de los Síndromes genitales.....</b>	<b>28</b>
3.2.1 Síndrome de úlcera genital.....	28
3.2.2 Síndrome de Secreción uretral.....	42
3.2.3 Síndrome de flujo vaginal.....	48
3.2.4 Síndrome de bubón inguinal.....	58
3.2.5 Síndrome de enfermedad pélvica inflamatoria.....	61
3.2.6 Síndrome de edema de escroto.....	66
3.2.7 Síndrome de verrugas genitales (Condiloma acuminado).....	71
3.2.8 Síndrome de verrugas genitales (Molusco contagioso).....	75
3.2.9 Prurito genital.....	78
<b>3.3. Diagnóstico y tratamiento de los Síndromes extragenitales.....</b>	<b>83</b>
3.3.1. Conjuntivitis neonatal .....	83
3.3.2. Faringitis de transmisión sexual.....	87
3.3.3. Próctitis, proctocolitis y enteritis.....	92
<b>Capítulo 4 Vigilancia centinela de las ITS.....</b>	<b>96</b>
<b>Capítulo 5 Situaciones especiales.....</b>	<b>100</b>
5.1. Personas víctimas de violencia sexual.....	100
5.2 Niños(as), adolescentes e infecciones de transmisión sexual.....	104
Anexos .....	107
Bibliografía .....	109

## Introducción

La Secretaría de Salud (SESAL), como ente rector de la salud del pueblo hondureño, pone a disposición de todo proveedor de salud públicos y no públicos, como ser establecimientos de salud, gobiernos locales, Organizaciones no Gubernamentales (ONG), Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), hospitales y clínicas médicas de la empresa privada, organizaciones civiles y otras instituciones en donde se brinden servicios de atención de personas con infecciones de transmisión sexual; **“El Manual de procedimientos clínicos para el manejo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)”**.

Este es un documento de referencia para establecimientos de salud que deseen implementar servicios con calidad y calidez para la atención a la población clave en más alto riesgo (trabajadores y trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con otros hombres, garífunas, personas viviendo con VIH y otros), así como a la población general que demande los servicios para la atención de las ITS.

El propósito de este manual de procedimientos es facilitar el manejo clínico de las ITS que son aplicados en los establecimientos de salud que forman parte de la red integrada de servicios de salud, donde se realizan acciones de promoción, prevención, atención (consejería, diagnóstico, tratamiento) y apoyo para cortar la cadena de transmisión de las ITS.

Para su implementación es importante el entrenamiento al personal de salud en el manejo de estas infecciones para brindar servicios de calidad y calidez a la población demandante con signos y síntomas de ITS, y permite al proveedor de salud ofrecer servicios de prevención, detección y tratamiento oportuno a la persona, a la pareja o parejas sexuales, de acuerdo al manejo etiológico, clínico y/o sindrómico y reducir el riesgo de adquirir la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Con la finalidad de reducir las prevalencias de ITS y VIH en el país, la SESAL implementa el presente manual de procedimientos.

## **Objetivos del manual**

**Objetivo General:** Contribuir a que los proveedores de los servicios de atención de las ITS conozcan y apliquen los procedimientos de manejo integral de las infecciones de transmisión sexual, enfocados en los derechos humanos, de género y en el contexto de la salud sexual y reproductiva utilizando los criterios técnicos unificados y basados en evidencia científica disponible para cortar de manera oportuna la cadena de transmisión y evitar secuelas severas y complicaciones graves a través de la prevención, curación y rehabilitación integral de las personas con ITS y sus contactos sexuales en los diferentes grupos etarios y por ciclos de vida.

### **Objetivos Específicos:**

1. Mejorar la calidad en la prevención, curación y rehabilitación de la salud de las personas que adolecen de ITS y sus contacto/s sexual/es de acuerdo a los protocolos médicos aprobados por la SESAL.
2. Orientar a los proveedores de los servicios de ITS para que brinden una atención integral con calidez y calidad a usuarias(os) en el marco del respeto a los derechos humanos, sexuales y reproductivos.
3. Actualizar de forma permanente y continua a los proveedores de servicios de ITS para el cumplimiento de los procedimientos en el manejo de las ITS en las personas afectadas que demandan atención en los establecimientos de salud.
4. Promover la estrategia de vigilancia centinela de las ITS (VICITS) en los establecimientos de salud que ofrezcan los servicios de atención de las ITS a las poblaciones clave en mayor riesgo.

## Capítulo 1

### Situación de las infecciones de transmisión sexual en Honduras

---

Las Infecciones de Transmisión Sexual representan un problema grave que es común en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, a nivel mundial, existen más de 340 millones de nuevos casos cada año de infecciones bacterianas y protozoarias de transmisión sexual y que cada día, más de 1 millón de personas contraen una ITS. Más de 530 millones de personas son portadoras del virus que provoca el *herpes genital tipo 2* (HSV2) y más 290 millones de mujeres están infectadas con el *virus del papiloma humano* (VPH).

Las infecciones más conocidas son la gonorrea, la sífilis y la infección por VIH, pero existen más de 20 agentes patógenos causantes de estas infecciones. La mayoría de éstas se puede curar con un tratamiento eficaz pero, aun así, continúan siendo una prioridad en la salud pública tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo.

También se reconoce que la mayor parte de las ITS son asintomáticas y que éstas generalmente triplican el riesgo de infección por VIH, entre otras consecuencias graves como la transmisión de infecciones y enfermedades crónicas. En las mujeres, las infecciones por gonococo y por clamidia no tratadas pueden dar lugar a enfermedad pélvica inflamatoria hasta en un 40% de los casos. Uno de cada cuatro de esos casos provoca infertilidad (1).

En el embarazo, la sífilis temprana no tratada puede provocar una tasa de mortinatalidad del 25% y un 14% de las muertes neonatales, lo que significa aproximadamente un 40% de la mortalidad perinatal global. La prevalencia de sífilis entre las embarazadas en África, por ejemplo, oscila entre el 4% y el 15%. (1)

El desarrollo de nuevas vacunas contra la infección por el papiloma virus humano podría evitar la muerte prematura de aproximadamente 240,000 mujeres por cáncer cervicouterino cada año en los entornos con pocos recursos.

En Honduras la notificación de casos de ITS en los últimos años ha ido incrementando; en el año 2008 el total de casos registrados en el sistema de información fue de 93,187 y en el año 2012 se reportaron 130,278. Entre los casos reportados, se diagnosticaron clínicamente: molusco contagioso, granuloma, condiloma, vaginitis y vaginosis bacteriana; por diagnóstico sindrómico: flujo vaginal, secreción uretral, úlcera genital, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), edema de escroto y bubón inguinal, y por diagnóstico etiológico: sífilis, clamidia, tricomoniasis, candidiasis, gonorrea, herpes genital y hepatitis B (3).

Del total de casos de ITS (130,278) en el año 2013, el 71% de los diagnósticos corresponden al flujo vaginal (Con vaginitis se reporta el 31%, vaginosis bacteriana 31 % y cervicitis 9 %), el flujo uretral se reporta en 1% de los casos. Se reportó el diagnóstico etiológico en el 20 % de los casos, el agente patógeno que con más frecuencia se identificó es la *C. albicans* con el 13 % de los casos y el *T. vaginalis* con el 6% de los casos (3)

Para el período 2013 las regiones sanitarias que más casos de ITS reportaron fueron las regiones: Metropolitana de Tegucigalpa con 15,307 casos, Atlántida con 12,049, El Paraíso con 10,952 Cortés con 10,589 y Choluteca con 9,412 casos. En la región de Islas de la Bahía se registra el menor número de casos de ITS (1,836); sin embargo es una de las regiones que mayor tasa de VIH tiene por 100,000 habitantes, según datos oficiales de la SESAL (3).

La dinámica de las infecciones de transmisión sexual (ITS) es muy compleja, involucran una serie de factores biológicos e individuales, tanto de comportamiento sexual como de condiciones socioeconómicas. Las ITS son facilitantes de la transmisión del VIH por eso la importancia de abordarlas en forma integral para su diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control de las mismas en la población.

El comportamiento epidemiológico de las ITS es variable en los diferentes grupos de la población, y la transmisión se observa con mayor frecuencia entre poblaciones que tienen un comportamiento sexual de mayor riesgo, siendo éstas poblaciones clave para las intervenciones de prevención y control. A medida que la epidemia avanza, los agentes patógenos afectan gradualmente más poblaciones de bajo riesgo, llamadas "poblaciones puente" y pueden actuar como una cadena de transmisión entre los grupos nucleares y la población en general.

Como parte de la respuesta nacional a la prevención y control de las ITS, a partir del año 1996 Honduras implementa una estrategia de atención diferenciada para mejorar el acceso y la calidad de la atención a las poblaciones clave y se crean las Unidades de Manejo Integral de las ITS (UMIETS) y a partir del año 2006, se implementa la estrategia de la vigilancia centinela de las ITS (VICITS) cuyo objetivo es prevenir la transmisión de futuras infecciones en la población clave y la prevención de transmisión del VIH en la población. La estrategia VICITS brinda servicios de diagnóstico etiológico para sífilis, gonorrea, clamidia, VIH tricomoniasis, vaginitis y vaginosis bacteriana.

En el año 2014 funcionan siete establecimientos de salud donde funciona la estrategia de Vigilancia Centinela de las ITS (VICITS) en ciudades donde hay alta prevalencia de ITS y VIH. En Tegucigalpa existen dos establecimientos de salud que brindan atención a población HSH/Trans y una para trabajadoras sexuales.

En el año 2014 funcionan siete clínicas ubicadas en ciudades donde hay alta prevalencia de ITS y VIH. En Tegucigalpa existen dos clínicas de atención a población HSH/Trans y una clínica para atender población de Trabajadoras sexuales, en San Pedro Sula una clínica atiende ambas poblaciones y asimismo en la ciudad de La Ceiba, en Puerto Cortes una clínica que atiende TS y lo mismo en la ciudad de Choluteca.

## Capítulo 2

# Conceptos básicos de las infecciones de transmisión sexual

### 2.1. Definición

Las **infecciones de transmisión sexual (ITS)** se definen como aquellas infecciones causadas por un grupo de agentes patógenos transmisibles que incluyen bacterias, virus, hongos y protozoos, capaces de producir manifestaciones clínicas y que tienen en común que su vía de transmisión es primordialmente por contacto sexual.

Existen más de 20 agentes patógenos que pueden transmitirse por contacto sexual (2) y que además de afectar el área genital y mucosa principalmente, pueden ser causa de compromiso sistémico.

**Cuadro 1. Etiología de las ITS<sup>1</sup>**

Agente etiológico	Síndrome de ITS	Período de incubación
<b>Patógeno: Bacterias</b>		
<i>Treponema pallidum</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Úlcera genital</li><li>■ Síndrome extragenital (faringitis, proctitis)</li></ul>	21 días
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Flujo vaginal (cervicitis)</li><li>■ Flujo uretral (uretritis)</li><li>■ Síndrome extragenital (conjuntivitis, faringitis y proctitis)</li><li>■ Edema de escroto</li><li>■ EPI</li></ul>	3 a 5 días
<i>Chlamydia trachomatis</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Flujo vaginal (cervicitis)</li><li>■ Flujo uretral (uretritis)</li><li>■ Síndrome extragenital (conjuntivitis, faringitis y proctitis)</li><li>■ Edema de escroto</li><li>■ EPI</li></ul>	8 a 15 días
<i>Chlamydia trachomatis</i> L1,L2 y L3	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Bubón inguinal (LGV)</li></ul>	8 a 21 días

<sup>1</sup> Adaptado de Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS (2).

Agente etiológico	Síndrome de ITS	Período de incubación
<b>Continuación Patógeno: Bacterias</b>		
<i>Haemophilus ducreyi</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Úlcera genital (chancroide)</li> <li>■ Bubón inguinal</li> </ul>	3 a 5 días
<i>Klebsiella granulomatis</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Úlcera genital (granuloma inguinal)</li> </ul>	2 semanas a 3 meses
<i>Mycoplasma hominis</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Flujo vaginal (cervicitis)</li> <li>■ Flujo uretral (uretritis)</li> </ul>	1 a 3 semanas
<i>Shigella sp</i> <i>Campylobacter sp</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Síndrome extragenital (enteritis y proctocolitis)</li> </ul>	Variable
<i>Gardnerella vaginalis</i> <i>Mobiluncus mulieris</i> <i>Mobiluncus curtisii</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Flujo vaginal (vaginosis bacteriana)</li> </ul>	Variable
<i>Salmonella</i> <i>Campylobacter</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Síndrome extragenital (proctocolitis)</li> </ul>	Variable (según germen causal)
<b>Patógeno: Virus</b>		
<i>Virus del Herpes simplex tipo 1 y 2 (VHS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Úlcera genital</li> </ul>	2 a 10 días
<i>Virus del papiloma humano (VPH)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verrugas genitales (Condiloma acuminado)</li> </ul>	1 a 3 meses
<i>Virus molluscum contagiosum</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verrugas genitales (molusco contagioso)</li> </ul>	3 a 12 semanas
<i>Citomegalovirus</i>	Síndrome extragenital (enteritis y proctocolitis)	4 a 8 semanas
<i>Virus de la hepatitis B y C</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hepatitis B y C</li> </ul>	4 a 26 semanas
<b>Patógeno: Hongos</b>		
<i>Cándida albicans</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Flujo vaginal (vaginitis)</li> <li>■ Flujo uretral (uretritis y balanitis)</li> </ul>	2 a 4 semanas
<b>Patógeno: Protozoarios</b>		
<i>Trichomonas vaginalis</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Flujo vaginal (vaginitis)</li> </ul>	1 a 3 semanas
<i>Giardia lamblia</i> <i>Entamoeba histolytica</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Síndrome extragenital (enteritis)</li> <li>■ Flujo uretral (Uretritis)</li> <li>■ Úlcera genital</li> </ul>	2 a 4 semanas
<b>Ectoparásitos</b>		
<i>Sarcoptes scabiei</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prurito genital (Escabiosis)</li> </ul>	Desde 2 días a 2 meses
<i>Phthirus pubis</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prurito genital (Pediculosis púbica)</li> </ul>	Desde el primer momento del contacto se produce el paso del piojo de un huésped al nuevo.

## 2.2. Transmisión de las infecciones de transmisión sexual

---

### 2.2.1. Formas de transmisión

Las ITS se transmiten generalmente mediante el contacto con:

- Fluidos corporales infectados como sangre, semen, secreciones vaginales o saliva (hepatitis B)
- Soluciones de continuidad de la piel o membranas mucosas a través de heridas micro o macro como por ejemplo una úlcera en la boca, ano, pene o vagina.
- Juguetes sexuales contaminados (1)

### 2.2.2. Factores de transmisión

Existen factores biológicos, de comportamiento y sociales que incrementan el riesgo de transmitir y/o contraer una ITS.

Entre los **factores biológicos** se encuentran:

- **Edad:** en la adolescencia temprana cuando se inician las relaciones sexuales, debido a la inmadurez de la mucosa vaginal y cervical, aumenta el riesgo de transmisión de las ITS (3), de igual manera en el período post menopáusico los cambios atroficos de la mucosas vaginal por depleción de estrógeno son también factores que contribuyen a la transmisión de las ITS.
- **El estado inmunológico** del huésped y de la virulencia del agente infeccioso facilitan la transmisión de las ITS
- **Factores anatómicos**, las ITS pueden entrar con mayor facilidad al organismo a través de la mucosa vaginal, rectal u oral que por la piel.  
Durante el coito la pareja receptora (hombre o mujer) se encuentra más expuesta a las secreciones genitales en cuanto a cantidad y duración de la exposición, debido

particularmente en las relaciones anales y debido a la vascularización de la zona que causan lesiones o el ingreso de patógenos.

Otro factor de riesgo de transmisión de ITS es el tener prepucio (no haber sido circuncidado) (1).

Entre los **factores del comportamiento** se encuentran:

- Prácticas sexuales de riesgo bajo el efecto del alcohol y otras drogas
- Múltiples parejas sexuales
- Relaciones sexuales sin protección
- Uso compartido de juguetes sexuales
- Antecedentes de ITS durante el último año y sin modificación del comportamiento sexual
- Prácticas sexuales bajo coerción y violencia

Entre los **factores sociales** se encuentran:

- **Diferencias de poder:** como jerarquía, poder económico, diferencia de edad y aspectos culturales que establecen discriminación hacia un grupo de población que lo ubican en desventaja sobre sus prácticas sexuales protegidas y la incapacidad de negociación del uso del condón (1).
- **Contexto de mayor riesgo:** existen grupos de personas en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad a las ITS debido a que se encuentran en situaciones que dificultan la prevención de las mismas.

Entre estos grupos se incluyen,

- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)
- Mujeres transgénero
- Trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes
- Hombres o mujeres que tienen múltiples parejas sexuales simultáneas
- Personas privadas de libertad
- Mujeres y hombres que viven en violencia sexual
- Jóvenes sin información y servicios adecuados
- Grupos étnicos

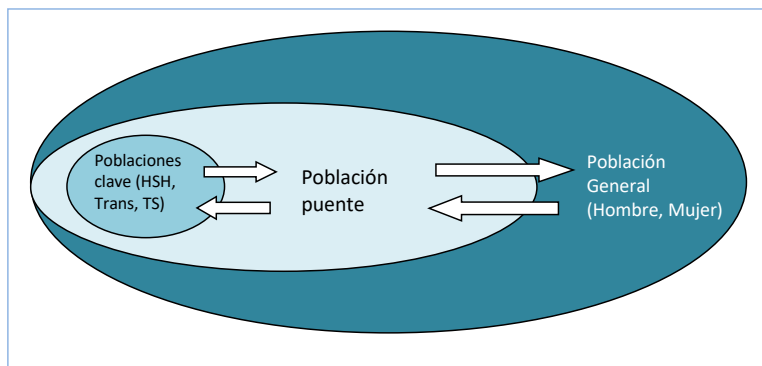
- Poblaciones marginadas
- Población migrante (1)

### 2.2.3. Dinámica de la transmisión de las ITS a nivel poblacional

La distribución de las ITS no se mantiene estática en una población determinada, la cual es sumamente compleja. Los agentes patógenos se transmiten con más frecuencia entre grupos de personas que tienen comportamientos sexuales de alto riesgo o entre personas con prácticas de riesgo y múltiples parejas sexuales simultáneas y que con frecuencia desconocen su diagnóstico (poblaciones clave) (1).

Los agentes patógenos van afectando a poblaciones de menor riesgo a quienes se les llama población puente, debido a que pueden actuar como cadena de transmisión entre poblaciones clave y población general y pueden incrementar su vulnerabilidad para adquirir o transmitir una ITS (1).

Figura N°1 Dinámica de la transmisión de las ITS a nivel poblacional <sup>2</sup>



<sup>2</sup> Adaptado de Carlos Cruz Palacios, 2011

## 2.3. Complicaciones de las ITS

---

Las infecciones de transmisión sexual representan una cuestión prioritaria en la salud pública no solo por su elevada prevalencia a nivel mundial, sino también por su potencial para causar complicaciones graves y permanentes en las personas infectadas que no reciben un tratamiento oportuno y efectivo. Además, estas infecciones facilitan la transmisión del VIH.

Las infecciones de transmisión sexual son la principal causa prevenible de infertilidad, sobre todo en las mujeres. Entre el 10% y el 40% de las mujeres con infección por clamidia no tratada terminan por presentar una enfermedad inflamatoria pélvica sintomática. Las lesiones tubáricas posteriores a una infección son responsables del 30%–40% de los casos de infertilidad femenina. Además, las mujeres que han padecido enfermedad inflamatoria pélvica tienen entre 6 y 10 veces más probabilidades de sufrir un embarazo ectópico (tubárico) que las que no la han padecido, y el 40%–50% de los embarazos ectópicos pueden atribuirse a un episodio anterior de enfermedad inflamatoria pélvica (5).

Tanto las infecciones sintomáticas como las asintomáticas pueden provocar el desarrollo de complicaciones graves. Las complicaciones y secuelas (consecuencias a largo plazo) más graves que pueden tener las ITS que no reciben tratamiento se dan generalmente en mujeres y recién nacidos. Éstas incluyen el cáncer cervical, la enfermedad pélvica inflamatoria (salpingitis), el dolor pélvico crónico, la muerte fetal, el embarazo ectópico y la mortalidad materna relacionada.

La infección por clamidia es una causa importante de neumonía en los neonatos. La infección gonocócica neonatal de los ojos puede provocar ceguera.

La sífilis congénita es una causa importante y significativa de morbimortalidad infantil. En los adultos, la sífilis puede provocar graves consecuencias cardíacas y neurológicas entre otras, que pueden finalmente ser mortales (4).

En la siguiente Tabla se resumen las complicaciones de las ITS.

### Cuadro 2. Complicaciones de las ITS.

Hombres	Mujeres	Niños y Niñas
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Orquiepidimitis</li> <li>■ Estenosis uretral</li> <li>■ Infertilidad</li> <li>■ Cáncer de ano o pene</li> <li>■ Demencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cáncer cervical</li> <li>■ Parto prematuro</li> <li>■ Enfermedad pélvica-inflamatoria</li> <li>■ Abortos</li> <li>■ Dolor pélvico crónico</li> <li>■ Infertilidad</li> <li>■ Embarazo ectópico</li> <li>■ Infecciones post parto</li> <li>■ Mortalidad materna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bajo peso al nacer</li> <li>■ Mortalidad perinatal</li> <li>■ Malformaciones congénitas</li> <li>■ Daño ocular, pulmonar, óseo y neurológico</li> </ul>

(1)

## 2.4. Relación entre las ITS y el VIH

La prevención y el tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual reducen el riesgo de transmisión del VIH por vía sexual, sobre todo entre los grupos poblacionales más propensos a tener un elevado número de parejas sexuales, como los trabajadores y trabajadoras sexuales y sus clientes. La presencia de una infección de transmisión sexual inflamatoria o ulcerativa no tratada aumenta el riesgo de transmisión del VIH durante un contacto sexual sin protección entre una persona infectada y otra que no lo está.

El efecto de cofactor de otras infecciones de ese tipo en la transmisión del VIH parece ser mayor en el caso de las enfermedades ulcerativas; según datos recientes, el herpes genital puede ser responsable de desencadenar una elevada proporción de nuevas infecciones por VIH, y el tratamiento supresor de la infección por el virus del herpes simple de tipo 2 reduce la liberación de VIH en la mujer. Se ha estimado que las úlceras genitales o los antecedentes de ese tipo de enfermedades aumentan de 50 a 300 veces el riesgo de transmisión del VIH en cada relación sexual sin protección.

Las úlceras genitales son las ITS que más facilitan la propagación del VIH. El chancroide, el herpes genital y la sífilis son habituales en regiones de alta prevalencia de VIH, y el control de estas infecciones es un importante componente de la prevención del VIH (5).

La presencia de la infección por VIH también puede modificar la presentación de úlceras genitales, dificultando el diagnóstico. Las lesiones por sífilis primaria y secundaria pueden ser atípicas. Las lesiones por chancroide pueden ser más extensas, y se han notado lesiones de rápido y agresivo avance. Esto no hace más que reforzar la necesidad de tratamiento precoz, especialmente en individuos con infección por VIH. El tratamiento de las úlceras genitales no difiere entre las pacientes VIH positivas y negativas. Se deberá controlar a todas las pacientes una semana luego de iniciado el tratamiento, que deberá continuarse de no evidenciarse mejoras significativas (5).

Las lesiones por herpes simple pueden presentarse como úlceras múltiples y persistentes que requieren atención médica. El tratamiento antiviral es capaz de reducir los síntomas. Se deberá explicar correctamente la naturaleza y finalidad del tratamiento a la paciente para evitar falsas expectativas de cura (5).

Los servicios que atienden los casos de infección de transmisión sexual son uno de los puntos de entrada cruciales para prevenir la infección por VIH. Las personas que acuden a los establecimientos de salud para recibir tratamiento contra este tipo de infecciones son una población destinataria clave para brindarles los servicios de consejería y pruebas de VIH, y pueden necesitar atención en relación con el VIH. Las personas que acuden a los establecimientos de salud debido a síntomas de esas infecciones pueden presentar simultáneamente una infección primaria por VIH, y suelen tener una elevada carga de VIH.

## 2.5. Enfoques del manejo de las infecciones de transmisión sexual

---

El manejo efectivo de las ITS es la base para su control ya que previene el desarrollo de sus complicaciones y secuelas, reduce la diseminación de las infecciones y brinda una oportunidad para educar a la población sobre la infección por VIH. Por lo tanto el manejo de las ITS en el primer contacto entre las personas y los/as proveedores de salud, es una importante medida de salud pública.

El manejo efectivo de las ITS incluye, el manejo clínico, el manejo etiológico y el manejo sindrómico.

### 2.5.1 Manejo clínico

El manejo clínico, está basado en la experiencia del examinador y el diagnóstico en base a la historia natural de una ITS y/o a la apariencia de las lesiones, “ojo clínico”.

Sin embargo, la experiencia ha demostrado que la sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico para las ITS es pobre.

En ocasiones la automedicación con antibióticos sistémicos, tópicos o corticoides pueden alterar la apariencia de las lesiones, y dificultar aún más el diagnóstico clínico, en estas circunstancias las personas tardan en buscar ayuda.

Por tanto, son desventajas del enfoque clínico:

- Diversas ITS causan síntomas similares, por tanto el clínico puede escoger la etiología incorrecta para tratar.
- Las infecciones mixtas son comunes, el clínico puede diagnosticar solamente una de ellas y la(s) otra(s) quedarse sin tratar. Una persona con infecciones múltiples necesita ser tratada para cada uno de ellas.
- El dejar de tratar una infección puede conducir al desarrollo de complicaciones y a la persistencia de la transmisión de una ITS en la comunidad.
- Las personas tardan en recibir un tratamiento adecuado, por encontrarse parcialmente tratados, llegan en estadios avanzados. El diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual se basa en la experiencia clínica del proveedor de salud (6) .

### 2.5.2. Manejo etiológico

El manejo etiológico se basa en el hallazgo del agente causal o la confirmación de su presencia mediante pruebas serológicas o microbiológicas y otras de apoyo al diagnóstico.

El principal problema de este enfoque es la necesidad de exámenes de laboratorio lo que conlleva a las siguientes desventajas:

- Requiere laboratorios con equipos sofisticados, insumos costosos y personal altamente capacitado, que además no están disponibles en el primer nivel de atención, que son los lugares de primer encuentro.
- La validez de las pruebas no siempre es la ideal.
- Aunque pudieran realizarse algunas pruebas, los resultados generalmente no son inmediatos
- Son costosos.

Este tipo de manejo ocasiona que las personas no puedan ser tratadas en la primera consulta, necesitando varias visitas de seguimiento para completar un tratamiento adecuado. Si añadimos la escasa aceptación de las personas por los servicios de salud y el difícil acceso a los mismos, la posibilidad de un control posterior es mínima y los costos resultantes pueden ser elevados, retardando muchas veces el tratamiento, con el riesgo de que el paciente no regrese (6).

### 2.5.3. Manejo sintomático

El manejo sintomático de las ITS ha sido propuesto por la Organización Mundial de la Salud a fin de implementar medidas más efectivas para el diagnóstico y tratamiento de las ITS (4).

Busca ofrecer diagnósticos y tratamientos adecuados y oportunos, de fácil uso por todos los proveedores de salud, en el lugar del primer encuentro haciendo uso de los recursos de laboratorio cuando están disponibles, pero sin condicionar ni retardar la decisión terapéutica.

Las ITS se pueden agrupar según la sintomatología con que se presentan en las personas, lo que permite el abordaje mediante síndromes.

Un **síndrome** se define como un conjunto de síntomas y signos que concurren en una enfermedad, de forma que la presencia de alguno de ellos suele ir asociada con otros; la etiología de cada uno puede ser diversa (7).

Field Code Changed  
Field Code Changed  
Field Code Changed  
Field Code Changed

Un síndrome de ITS puede ser causado por uno o varios agentes patógenos de ITS, lo que permite un diagnóstico rápido y la administración temprana del tratamiento en una sola visita al establecimiento de salud, utilizando los recursos con se cuentan en el sistema de atención.

La clasificación sindrómica de las ITS está definida de la siguiente manera:

Cuadro 3 Clasificación de las ITS

Síndromes genitales	Síndromes extragenitales
<ul style="list-style-type: none"><li>■ Síndrome de úlcera genital</li><li>■ Síndrome de secreción uretral</li><li>■ Síndrome de flujo vaginal</li><li>■ Síndrome de bubón inguinal</li><li>■ Síndrome de enfermedad pélvica inflamatoria</li><li>■ Síndrome de edema de escroto</li><li>■ Síndrome de verrugas genitales</li><li>■ Prurito genital</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Conjuntivitis neonatal</li><li>■ Faringitis de transmisión sexual</li><li>■ Próctitis, proctocolitis y enteritis</li></ul>

## Capítulo 3

### Manejo de las infecciones de transmisión sexual

---

El manejo de casos de ITS consiste en la atención de una persona que presenta un síndrome asociado a una ITS o una prueba positiva para una o más ITS. El manejo de las infecciones de transmisión sexual incluye lo siguiente:

- Anamnesis
- Examen físico completo
- Diagnóstico correcto
- Tratamiento temprano y efectivo
- Orientación sobre la adherencia al tratamiento
- Educación y orientación sobre comportamientos sexuales
- Promoción y suministro de condones
- Notificación y tratamiento a la/s pareja/a
- Ofrecimiento de servicios de consejería y pruebas de VIH
- Seguimiento clínico cuando corresponda
- Referencia oportuna y efectiva
- Informe de casos

#### 3.1. Historia clínica

---

La **historia clínica** es la herramienta más importante en el manejo de las ITS ya que permiten obtener información de los signos y síntomas presentes, por lo que debe llenarse completamente. Al atender a las personas con sospecha o con diagnóstico de ITS, es necesario crear un ambiente de confianza para que hablen de su vida personal y sexual. No lograr esto, podría llevar a las personas a no dar toda la información por considerarla privada y confidencial, o a tener dificultad para responder con exactitud a las preguntas sobre sus síntomas.

Para poder trabajar respetuosamente con las personas con sospecha o que tienen ITS, el personal de salud debe analizar sus propias actitudes hacia ellas para asegurar que algunos prejuicios personales no interfieran en sus relaciones profesionales. Todo(a) proveedor(a) de salud debe tener una actitud abierta y positiva en el manejo de casos de ITS (2).

**Asegure** que la entrevista durante la consulta por ITS, sea una intervención confidencial, personalizada, respetuosa y sin juicios de valor.

- Utilice un lenguaje de fácil comprensión para la persona
- Utilice el mismo tono de voz durante la consulta y motive a la persona para que brinde información, comparta sus inquietudes y haga preguntas
- Genere un ambiente de confianza, evitando la hostilidad y/o rechazo hacia la persona
- No haga alusiones personales sobre el problema referido, no se burle, no regañe, ni demuestre discriminación o asombro
- Cree “empatía,» póngase en la situación de la persona”. Ej. “veo que está preocupada, la comprendo”
- Exprese comprensión ante las emociones y tensiones de la persona
- Explique desde el inicio de la consulta que la información se manejará con privacidad y confidencialidad.
- Haga las preguntas en forma cortés y respetuosa. Formule preguntas “abiertas” al inicio de la entrevista, siguiendo con preguntas “cerradas” para ganar la confianza de la persona.

### 3.1.1 Anamnesis

---

#### Inicio de la consulta:

- De la bienvenida con amabilidad y en forma cordial a la persona y preséntese mirándola a los ojos. Para promover la confianza y lograr que la persona se sienta cómoda es importante que se aprenda su nombre y lo use durante toda la consulta. Si atiende a un hombre o una mujer transexual dígame el nombre que él o ella refiere nombrarse. Explique que por cuestiones legales en el expediente se colocará el nombre de su Tarjeta de Identidad.

- Explique sobre la confidencialidad, diciéndole a la persona que toda la información que proporcione no la compartirá con nadie más.
- Explique a la persona que realizará preguntas para poder brindarle una mejor atención a su situación.
- Anote en el expediente toda la información.

**Datos generales de la persona:**

- Explore y registre los siguientes datos de la persona:
  - Nombre
  - Edad
  - Estado civil
  - Nombre del conyugue
  - Número de hijos o hijas
  - Procedencia
  - Residencia (dirección) completo
  - Escolaridad
  - Ocupación de la persona y de su pareja
  - Etnia
  - Número de teléfono fijo o celular del paciente
  - Número de teléfono fijo o celular de familiar

**Motivo de consulta:**

- Indague acerca del motivo de consulta y pregunte sobre el síntoma principal.

**Historia de la enfermedad actual:**

- Identifique los síntomas y signos y su duración que orienten a un diagnóstico:  
**Si es mujer:** Pregunte si hay secreción o flujo vaginal (color, olor, cantidad del mismo), presencia de úlceras, dolor abdominal bajo, adenopatías inguinales, hemorragia.

Historia gineco-obstétrica: Fecha de última menstruación, número de embarazos, partos, abortos, hijos vivos, hijos muertos, fecha del último parto, fecha de última citología vaginal, anticonceptivos que utiliza y satisfacción con los mismos.

**Si es hombre**: Pregunte sobre la presencia de úlcera genital, prurito, secreciones uretrales, adenopatías inguinales, masas, inflamación y dolor testicular.

- Explore si ha tenido estos problemas antes, cuando los tuvo, tratamiento recibido completo o incompleto, exámenes realizados y los resultados.
- Identifique los factores de riesgo. Utilizando preguntas sencillas, obtenga información sobre el comportamiento sexual de la persona a fin de medir el riesgo de infectarse o el riesgo de transmitir una ITS.
- Explore lo siguiente:
  - Si es sexualmente activo/a
  - Pareja permanente o estable
  - Relaciones sexuales con personas diferentes a su pareja
  - Frecuencia con que tiene relaciones sexuales con una pareja nueva
  - Número de parejas sexuales diferentes que ha tenido en los últimos tres meses
  - Uso del condón: Frecuencia de su uso, con qué parejas utiliza el condón y con cuáles no lo utiliza
  - Tipo de prácticas sexuales que prefiere o realiza con mayor frecuencia: anal, vagina, oral
  - Relaciones sexuales con personas de diferente sexo o del mismo sexo
  - Relaciones sexuales con personas que ejercen trabajo sexual
  - Relaciones sexuales con pareja/s con ITS o VIH
  - Relaciones sexuales bajo el efecto de drogas como el alcohol, marihuana, cocaína u otras
- Explore con todas las personas sobre la salud sexual de la/s pareja/s: la presencia de signos y síntomas y la posibilidad de que asista a una atención médica.
- Explore la capacidad de la persona para negociar relaciones sexuales seguras o protegidas.

- Interrogue a todas las mujeres sobre experiencias de violencia física, sexual, psicológica y familiar.
- Si la persona es trabajador/a sexual: Realice el interrogatorio anterior, oriente sobre las medidas de prevención (condón) en las relaciones sexuales, capacidad para negociar uso del condón con todas las parejas.

***Recuerde: La identificación de factores de riesgo forma una parte esencial del diagrama de flujo para el diagnóstico del Flujo Vaginal***

#### **Antecedentes:**

- Indague sobre los antecedentes:
  - Antecedentes familiares
  - Antecedentes personales no patológicos
  - Antecedentes personales patológicos
  - Antecedentes inmuno-alérgicos
  - Antecedentes hospitalarios traumáticos y quirúrgicos

#### **3.1.2 Examen físico**

---

Asegúrese que el ambiente reúna las condiciones de privacidad y confidencialidad, y de contar con el material y equipo necesario. Es importante contar con buena iluminación y una mesa o camilla de examen. Aplique las medidas de bioseguridad: uso de guantes, bata, lentes protectores, recipientes para descartar materiales contaminados, otros.

Durante el examen físico asuma y mantenga una actitud profesional para que la persona acepte el examen de sus órganos sexuales.

- Explique el propósito del examen físico y qué se examinará
- Demuestre delicadeza durante el examen
- Perciba manifestaciones y expresiones del rostro que demuestran sentimientos de incomodidad de la persona durante el examen

A continuación se presentan los Cuadros donde se describe el examen físico para el hombre y la mujer.

**Cuadro No 4. Examen físico del hombre** Adaptado (2).

Parte del cuerpo a examinar	Propósito del examen
<b>Cabeza y cuello</b>	Buscar adenopatías cervicales, occipitales y retroauriculares.
<b>Boca y faringe</b>	Buscar placas blanquecinas y/o úlcera en lengua y mucosa oral. Hiperemia, exudado e inflamación faríngea.
<b>Piel del tórax anterior/posterior y abdomen</b>	Buscar rash o erupción cutánea.
<b>Abdomen</b>	Dolor abdominal, rebote y visceromegalias
<b>Áreas axilares e inguinales</b>	Buscar aumento en volumen de ganglios linfáticos.
<b>Miembros superiores e inferiores</b>	Buscar erupción cutánea.
<b>Pubis</b>	Buscar parásitos en el vello pubiano.
<b>Pene</b>	Buscar úlceras, verrugas, vesículas, alteraciones de color de la piel y secreción uretral.
<b>Escroto (testículos/epidídimo)</b>	Buscar irregularidad, edema, engrosamiento, verrugas y úlceras.
<b>Ano y región perianal</b>	Úlceras, verrugas, vesículas, hemorroides, tumoraciones, exudado y hemorragia

**Formatted:** Justified, Line spacing: 1,5 lines, Don't adjust space between Latin and Asian text, Don't adjust space between Asian text and numbers

**Deleted:** ¶

**Cuadro No 5. Examen físico de la mujer**

Parte del cuerpo a examinar	Propósito del examen
<b>Cabeza y cuello</b>	Buscar adenopatías cervicales, occipitales y retroauriculares.
<b>Boca y faringe</b>	Buscar placas blanquecinas y/o úlcera en lengua y mucosa oral. Hiperemia, exudado e inflamación faríngea.
<b>Piel del tórax anterior/posterior y abdomen</b>	Buscar rash o erupción cutánea
<b>Abdomen</b>	Dolor abdominal, rebote, crecimiento uterino (embarazo, miomatosis y otras)
<b>Áreas axilares e inguinales</b>	Buscar aumento en volumen de ganglios linfáticos.
<b>Miembros superiores e inferiores</b>	Buscar erupción cutánea
<b>Pubis</b>	Buscar parásitos en el vello pubiano
Vulva y en comisuras interlabiales y en el área perivulvar	Buscar úlceras, verrugas, vesículas, exudado, tumoraciones, alteraciones de color de la piel, flujo uretral
<b>Vagina y cérvix</b>	Buscar úlceras, verrugas, vesículas, flujo vaginal/cervical, hiperemia, hemorragia, endurecimiento cervical, dolor a la movilización de cérvix

Ano y región perianal	Úlceras, verrugas, vesículas, hemorroides, tumoraciones, exudado o hemorragia
-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------

## 3.2 Diagnóstico y tratamiento de los síndromes de infecciones de transmisión sexual genitales

### 3.2.1. Síndrome de úlcera genital

**Definición:** Una úlcera genital se define como la pérdida de continuidad de la piel de los órganos sexuales, pueden estar ubicadas en pene, escroto, recto, región perineal y perianal en los hombres; y úlceras en los labios de la vulva, la vagina, el recto, región perianal y perineal en las mujeres; puede ser dolorosa o indolora; puede estar acompañada con frecuencia de linfadenopatía regional y vesículas (1) (8) .



Ilustración 1 Vesículas en pene

**Etiopatogenia:** Los agentes infecciosos que producen las úlceras genitales son:

- a) *Treponema pallidum* que causa Sífilis primaria
- b) *Haemophilus ducreyi* que causa Chancroide
- c) *Herpes simplex virus/Tipo I-II* que causa Herpes genital
- d) *Klebsiella granulomatis* (Donovanosis) que causa Granuloma Inguinal

Se deben descartar las úlceras causadas por traumatismos que pueden desarrollar sobreinfección por otros agentes infecciosos y otras condiciones que no son causadas por transmisión sexual (carcinoma, aftas, exantema medicamentoso y psoriasis) (9)

**Período de incubación:** depende del agente causal; en la úlcera causada en la sífilis primaria por *Treponema pallidum* de 21 días, el chancroide causado por el *Haemophilus ducreyi* es de 3 a 5 días y el herpes genital varía de 2 a 10 días y en la *Klebsiella Granulomatis* es de 2 semanas a 3 meses. .

**Signos y síntomas:** el síntoma cardinal es la aparición de una o varias úlceras en los órganos sexuales y/o la región perianal.

Las úlceras son generalmente únicas, indoloras de bordes regulares y de consistencia dura al tacto (sífilis). Sin embargo, pueden ser varias, muy dolorosas, de bordes irregulares, de fondo sucio y blandas al tacto (chancro blando) (2)



Ilustración 2 Úlceras genitales en pene

Si la persona presenta lesiones vesiculares, este signo puede corresponder a herpes genital. Las lesiones vesiculares son un conjunto de pequeñas ampollas agrupadas y dolorosas que aún no se han abierto. Si estas lesiones se han sobre infectado, se pueden parecer a úlceras (2) (10).

#### **Diagnóstico del Síndrome de úlcera genital**

---

**Diagnóstico por laboratorio:** Por lo general, las pruebas de diagnóstico de este síndrome de úlcera genital no son útiles para adoptar decisiones terapéuticas iniciales a nivel de atención primaria.

Si el establecimiento de salud cuenta con laboratorio:

- Realizar una tinción de Giemsa o de Wright para determinar la presencia de *Haemophilus ducreyi*.
- Tomar de muestra de la lesión ulcerosa para observar la bacteria treponémica en campo oscuro
- Indicar prueba de RPR
- Si el RPR sale reactivo confirme con prueba Treponémica (TP-PA, MHATP) para determinar la presencia de la bacteria del *Treponema pallidum* agente causante de Sífilis

**Diagnóstico Clínico:** Observación durante el examen físico de la/las lesiones ulcerativas. El diagnóstico clínico diferencial de las úlceras genitales es inexacto.

### Tratamiento para el Síndrome de úlcera genital

---

#### Tratamiento sintomático:

Independientemente si el establecimiento de salud cuente o no con laboratorio, a todas las personas que presenten úlcera genital se les debe brindar tratamiento sin retrasar el inicio del mismo, de acuerdo a los siguientes esquemas.

Si la persona presenta úlceras genitales ofrecer el tratamiento para **Sífilis primaria y Chancroide**:

- ▶ **Penicilina Benzatínica** de 2.4 millones de UI dosis única PPS
- **MÁS**
- ▶ **Ciprofloxacina** 500 mg VO dos veces al día durante 3 días.
- 
- ▶ **Eritromicina** de 500 mg VO 4 veces al día durante 7 días (OMS y CDC recomiendan 3 veces al día)
- 
- ▶ **Azitromicina** 1 g VO dosis única

Si la persona presenta úlcera genital y vesículas brindar tratamiento para **Herpes virus adicional** al tratamiento de úlcera genital.

- ▶ **Aciclovir** 400 mg. VO cada 8 horas durante 7 días
- 
- ▶ **Aciclovir** 200 mg por vía oral, 5 veces al día, durante 7 días
- **MÁS**
- ▶ **Penicilina Benzatínica** de 2.4 millones de UI dosis única PPS
- **MÁS**
- ▶ **Ciprofloxacina** 500 mg VO dos veces al día durante 3 días
- 
- ▶ **Eritromicina** de 500 mg VO 4 veces al día durante 7 días
- 
- ▶ **Azitromicina** 1 g VO dosis única

No existe tratamiento que cure el herpes genital, las lesiones desaparecen pero pueden volver a presentarse. Sin embargo, pueden tratarse los síntomas (fiebre, dolor, etc.) con analgésicos.

**Recomiende** a la persona mantener limpia y seca la zona afectada por las lesiones, y abstenerse de las relaciones sexuales o usar condón para evitar la transmisión a su(s) pareja(s) sexual(es) mientras las lesiones no hayan desaparecido completamente. (2)

En cuanto al tratamiento sintomático de las úlceras genitales en pacientes con infección por el VIH se utilizan los esquemas terapéuticos que en la población general, sin embargo hay que tener en cuenta que es posible el mayor número de fracasos terapéuticos por lo que es aconsejable la vigilancia hasta la curación total

#### **Tratamiento con enfoque etiológico**

Al tener los resultados de laboratorio, confirmar la existencia de los agentes etiológicos:

- ▶ Si coincide con el diagnóstico inicial (enfoque sintomático), se continuará con el tratamiento establecido en la primera atención.
- ▶ Si los resultados reportan agentes etiológicos distintos al diagnóstico inicial (enfoque sintomático), brindar el tratamiento según los siguientes esquemas:

##### **a) Tratamiento para *H. ducreyi***

###### **Tratamiento de primera elección para el chancroide secundario a *H. ducreyi*:**

- ▶ **Ciprofloxacina** 500 mg VO dos veces al día durante 3 días  
○
- ▶ **Eritromicina** 500 mg VO 4 veces al día durante 7 días  
○
- ▶ **Azitromicina** 1 g VO dosis única

El uso de la ciprofloxacina está contraindicada durante el embarazo y la lactancia, utilizar Estolato Eritromicina 500 mg VO 4 veces al día durante 7 días.

##### **b) Tratamiento para *Herpes virus***

###### **Tratamiento de elección para el herpes simple genital**

- ▶ **Aciclovir** 400 mg. VO cada 8 horas durante 7 días  
○
- ▶ **Aciclovir** 200 mg por vía oral, 5 veces al día, durante 7 días

M

### c) Tratamiento para Sífilis

<b>Tratamiento de primera elección para personas adultas con sífilis primaria.</b>	▶ Penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades, (IM) PPS
<b>Tratamiento de primera elección para personas adultas con Sífilis secundaria de duración desconocida y Sífilis terciaria (con o sin VIH).</b>	▶ Penicilina G benzatínica 7,2 millones de UI en total, administrado en 3 dosis de 2,4 millones de UI, intramuscular (IM) cada uno PPS, en intervalos de 1 semana.
<b>Tratamiento para personas adultas con neurosífilis (Sin VIH).</b>	▶ Penicilina G cristalina acuosa de 18-24 millones UI por día, administrada de 3-4 millones de unidades IV cada 4 horas o por infusión continua durante 10-14 días.

#### En caso de alergia a la penicilina indicar el siguiente tratamiento:

- ▶ Estolato de eritromicina de 500mg VO cada 6 horas por 7 días
- ▶ Doxiciclina 100 mg VO cada 12 Hrs por 14 días
- ▶ Ceftriaxone 250 mg IM dosis única

#### Recomendaciones generales

---

A toda persona con ulcera genital o caso confirmado etiológicamente, se le debe brindar las siguientes recomendaciones generales:

- ▶ Citar en 7 días para evaluación de control
- ▶ Proporcionar información y orientación del cumplimiento del tratamiento
- ▶ Establecer contacto con la/s pareja/s sexuales de la persona para evaluación e instaurar un tratamiento en forma inmediata y efectiva. Estas acciones deberán ser realizadas con sensibilidad, tomar en cuenta los factores sociales y culturales para evitar problemas éticos y prácticos, tales como el rechazo y la violencia, en especial contra las mujeres. Se

deberá realizar la notificación a la pareja de tal manera que la información se maneje de forma confidencial (11)

- ▶ En la(s) pareja(s) sexual(es):
    - Evaluar
    - Indicar el tratamiento según esquemas
    - Si en el establecimiento existe laboratorio clínico indicar cultivo, tinción de Gram, RPR ofrecer prueba de VIH, PCR para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* (para poblaciones clave)
    - Dar cita de seguimiento
- Promover el uso consistente y proporcionar condones
- ▶ Ofrecer los servicios de consejería y prueba de VIH

## Manejo de la sífilis materna y congénita

---

### Sífilis materna

---

En la atención pre-natal se le debe indicar a toda embarazada la realización de 2 pruebas de tamizaje para sífilis (RPR o prueba rápida para sífilis) durante su período de embarazo. La primera prueba de tamizaje se indicará en la primera atención prenatal, idealmente antes de las primeras 12 semanas de gestación y la segunda prueba se indicará después de las 20 semanas de gestación entre la semana 33- 35 de acuerdo a los lineamientos de la Norma Nacional de atención Materno-neonatal (12)

#### Para el diagnóstico y tratamiento siga las siguientes indicaciones:

- Si el laboratorio reporta un resultado reactivo durante el tamizaje por sífilis, indicar una prueba de laboratorio (prueba treponémica) para confirmar la presencia del *T. pallidum* e indicar el tratamiento sin esperar los resultados confirmatorios.
- Realizar también un seguimiento laboratorial con pruebas no treponémicas a la embarazada con el fin de verificar el descenso de la titulación de los anticuerpos, estos seguimientos se realizarán en forma trimestral (13). En caso de que en los resultados

obtenidos de las titulaciones no se observe una disminución se deberá interpretar que la embarazada se re infectó o que fue tratada de forma inadecuada, en tal caso se debe indicar tratamiento.

### Tratamiento para la sífilis materna

---

En base a evidencia clínica, epidemiológica y/o serológica de sífilis en la embarazada, se deberá **iniciar el tratamiento de inmediato**, se exceptúa a aquellas embarazadas que han sido tratadas de forma adecuada en episodios pasados y que por lo tanto no requieren de una terapia adicional a menos que exista una persistencia de títulos altos en los controles laboratoriales o una evidencia de reinfección (14).

Es necesario resaltar que el manejo terapéutico de la sífilis debe centrarse en el uso de **penicilina** en sus diferentes formas, debido a su reconocida sensibilidad al *Treponema Pallidum*, hasta el momento no se ha documentado resistencia al medicamento.

El tratamiento de la sífilis se considera efectivo si se mantiene una concentración inhibitoria mínima de 0.03 U/ml de penicilina en suero (o líquido cefalorraquídeo) por 7 a 10 días (14)

En los casos en el que la embarazada presente alergia a la penicilina y que el proveedor de salud decida utilizar drogas alternativas como la eritromicina, y debido a que esta no previenen la transmisión vertical y puede dar lugar a sífilis congénita, esta situación debe ser notificada al proveedor de salud encargado de la atención del parto y del neonato.

Los estudios clínicos sugieren que la primera dosis de penicilina trata al feto en el 95% de los casos y las subsiguientes dosis a la madre.

El tratamiento para la embarazada con sífilis es el siguiente: una única dosis de penicilina benzatínica para el tratamiento de la sífilis temprana y en el caso de enfermedad con más de un año de duración o si se desconoce su evolución, tres dosis en forma semanal. Se considera respuesta apropiada al tratamiento el descenso de 4 veces los títulos luego de 3 meses en sífilis primaria o secundaria y en 6 meses en el caso de latente temprana (15).

#### Tratamiento para embarazadas con sífilis primaria y sífilis latente temprana (evolución menor de un año)

- ▶ **Penicilina G benzatínica** 2,400,000 UI en inyección intramuscular profunda dosis única PPS

**Tratamiento para embarazada con sífilis primaria, secundaria y latente temprana (evolución menor de un año) en el tercer trimestre de embarazo**

**Tratamiento para sífilis latente tardía, sífilis terciaria (evolución mayor de un año) o en los casos en que no se puede establecer el tiempo de evolución**

- ▶ **Penicilina G benzatínica** 2,400,000 UI en inyección intramuscular profunda en 3 dosis a intervalos de 7 días cada una PPS

**Tratamiento para Neurosífilis**

- ▶ **Penicilina cristalina** 2 a 4 millones de UI en IV cada 4 horas por 10 a 14 días. PPS

### Manejo de la sífilis congénita

---

Para el tratamiento del neonato debe tomarse en cuenta las siguientes situaciones:

- Seguimiento inadecuado
- Evidencia de enfermedad activa
- Evidencia radiológica
- VDRL reactivo en LCR
- Conteo elevado de leucocitos en LCR (> 25 leucocitos/mm<sup>3</sup> y/o > 150 mg de proteínas/dl)  
Títulos cuantitativos en serología no treponémica cuatro veces mayores a los títulos maternos
- Si existe documentación del tratamiento materno antes del parto
- Si hubo tratamiento materno inadecuado o desconocido
- Si la madre fue tratada con otras drogas diferentes a la penicilina
- Si la madre fue tratada dentro de las 4 semanas previo al parto (13)

De acuerdo a lo anterior los Casos de la sífilis congénita están definidos de la siguiente manera:

Caso probable de sífilis congénita temprana:

- 1) Recién nacido (vivo o muerto) de una mujer con diagnóstico de sífilis que no recibió tratamiento o que éste fue incompleto o inadecuado, independientemente de los hallazgos clínicos del recién nacido.
- 2) Niño menor de dos años con serología RPR reactiva y que presente uno o más de los siguientes síntomas: brote maculopapular, condiloma lata, pseudoparálisis, hepato y/o esplenomegalia, ictericia, anemia, trombocitopenia, rinorrea o edema (síndrome nefrótico).
- 3) Cualquier niño menor de 2 años que tiene un test treponémico reactivo para sífilis y que presente uno o más de los siguientes hallazgos: evidencia de sífilis congénita en huesos largos al examen radiológico, líquido cefalorraquídeo reactivo por VDRL, elevación del conteo de células y proteínas (con una celularidad en líquido cefalorraquídeo > 25 células blancas / mm<sup>3</sup> y/o proteínas > 150 mg / dl en el recién nacido y >5 células blancas / mm<sup>3</sup> y/o proteínas > 40 mg/ dl en mayores de 28 días de edad (16) (17).

Caso Probable de Sífilis Congénita Tardía:

- 1) Niño mayor de 2 años con serología RPR reactiva, que presenta uno o más de los siguientes síntomas o signos: lagrimeo, fotofobia, dolor ocular, pérdida de agudeza visual, anomalías óseas, queratitis intersticial y/o dientes de hutchinson's, molares en mora, articulaciones de Clutton, nariz en silla de montar, etc.
- 2) Niños que presenten test treponémicos reactivos después de los 15 meses de edad (16) (18).

Caso Confirmado de Sífilis Congénita:

- 1) Para considerar un caso como confirmado debe identificarse el *T. Pallidum* a través de un microscopio de campo oscuro, anticuerpos fluorescentes o identificación en muestras de lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia, sin embargo no se realiza en nuestro medio (16) (18).

- 2) Para efectos de vigilancia epidemiológica se considerará como caso confirmado aquel caso probable que cumple con alguno de los siguientes criterios:
- Títulos de RPR del recién nacido cuatro veces mayores que los títulos de la madre.
  - RPR del recién nacido o del menor, reactivo a cualquier dilución y el MHA-TP/TP-PA reactivo.

Caso Confirmado de Neurosífilis:

- 1) Todo caso probable con un VDRL reactivo en suero y LCR.
- 2) Un RPR reactivo en suero y un VDRL no reactivo en LCR, pero con una celularidad en líquido cefalorraquídeo > 25 células blancas / mm<sup>3</sup> y/o proteínas > 150 mg / dl en el recién nacido y >5 células blancas / mm<sup>3</sup> y/o proteínas > 40 mg/ dl en mayores de 28 días de edad, sin otra causa que lo explique (16) (17).

Caso Compatible de Sífilis Congénita:

- 1) Todo caso probable que no fue posible estudiar o descartar.
- 2) Serología RPR reactiva en ausencia de enfermedad clínica comprobada, independientemente de su edad.

Caso Descartado:

- 1) Todo caso probable cuyo resultado de MHA-TP/TP-PA es negativo.

Mortinato relacionado a Sífilis

- 1) Toda muerte fetal que ocurra después de las 20 semanas de gestación con peso mayor de 500 g, de madre que no recibió tratamiento o que fue inadecuadamente tratada por sífilis durante el embarazo (17).

**Tratamiento para la sífilis congénita**

---

El tratamiento podrá variar de acuerdo a su estadio y a la serología en LCR de la siguiente manera:

**Si el tratamiento materno fue adecuado y administrado durante el embarazo en un período mayor a las cuatro semanas previas al parto:**

- El recién nacido no requerirá evaluación de LCR, ni evaluación radiológica
- Es recomendable que reciba una dosis de penicilina G benzatínica 50,000 UI/kg por vía IM (14) (13)

**Sífilis congénita (sintomática o asintomático, con alteraciones de LCR):**

- Penicilina G cristalina 50,000 UI/kg/dosis, aplicadas por vía IV cada 12 horas durante los primeros 7 días de vida y a partir del 8° día de vida cada 8 horas hasta completar los 14 días de tratamiento.

**Sífilis congénita precoz (asintomática con LCR normal):**

- Penicilina G cristalina 50,000 UI/ kg/dosis cada 12 horas durante los primeros 7 días de vida y a partir del 8° día de vida cada 8 horas hasta completar los 10 días
- En aquellos casos en los que no es posible el tratamiento intra hospitalario, puede administrarse penicilina G benzatínica 50,000 UI/kg/dosis vía intramuscular profunda, repitiendo una segunda dosis a los 7 días.

**Sífilis congénita tardía (a partir de los 2 años de edad) con LCR reactivo:**

- Penicilina G cristalina 50,000 U/kg/dosis por vía IV cada 4-6 hrs durante 10-14 días para un total de 200,000 – 300,000 U/kg día.

**Sífilis congénita tardía (a partir de los 2 años de edad) con LCR normal:**

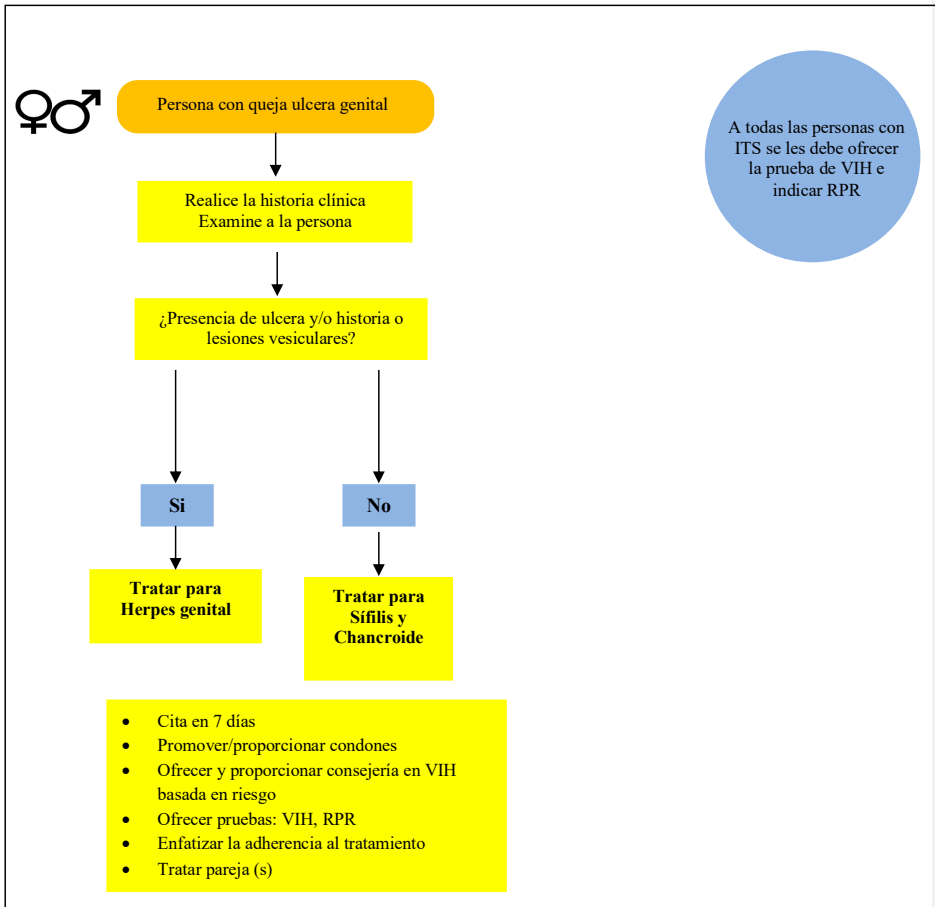
- Penicilina G benzatínica 600.000 UI en niños con menos de 15 kg de peso, 1,200,000 UI en niños de 15 a 30 kg de peso, 2,400,000 UI en niños de más de 30 kg de peso. Estos medicamentos se aplicaran utilizando una dosis semanal por 4 semanas (13).

**Seguimiento del neonato con sífilis congénita**

---

- Independientemente de la clasificación de la sífilis congénita, se debe tomar en cuenta el seguimiento para evaluar el éxito en el tratamiento de los niños (as) a través de brindar atenciones de seguimiento para realizar evaluaciones continuas y minuciosas, por lo menos al 1, 2, 3, 6, y 12 meses de edad y de pruebas no treponémicas a los 3, 6, 9 y 12 meses de edad después de haber finalizado su tratamiento o hasta que los resultados se vuelvan no reactivos (13).
- En caso de neurosífilis se debe hacer control de LCR cada 6 meses hasta los 2 años después de haber completado el tratamiento.
- Niños y niñas con títulos crecientes o persistentes, incluyendo aquellos con títulos bajos de 6 a 12 meses después de haber finalizado el tratamiento, deben ser considerados para recibir un nuevo esquema (19) (16).
- Una proporción variable de pacientes desarrollan una reacción sistémica aguda, entre dos a doce horas después de la aplicación de la penicilina, llamada Reacción de Jarish-Herxheimer, que consiste en escalofríos, taquicardia, taquipnea, acentuación de las lesiones cutáneas, cefalea, malestar general, mialgias, incremento de la temperatura  $>38^{\circ}\text{C}$ , vasodilatación con hipotensión, leucocitosis, con resolución espontánea en el término de 12 a 36 hrs. Esta reacción es observada más comúnmente en estadios tempranos de la sífilis, y se debe a la liberación de endotoxinas por la destrucción sérica de las espiroquetas; sin embargo, no afecta el curso de la recuperación (18) (20)

## Diagrama de flujo de Síndrome de úlcera genital



Deleted: ¶

¶  
¶  
¶  
¶  
¶  
¶

---

### 3.2.2. Síndrome de secreción uretral

---

**Definición:** La persona presenta molestias por secreción en la parte anterior de la uretra, la cual puede ir acompañada de disuria, tenesmo vesical, irritación en el glande/ prepucio y comezón. La secreción uretral puede ser abundante, en un inicio presenta aspecto mucoide y luego tornarse en purulenta (1)

**Etiopatogenia:** Los principales agentes etiológicos de la secreción uretral son la

- a) *Neisseria gonorrhoeae*
- b) *Chlamydia trachomatis*

La *Neisseria gonorrhoeae* es un diplococo intracelular gram negativo que tiene afinidad por las mucosas, especialmente las tapizadas por el epitelio columnar, cúbico o inmaduro. En el caso de la *Chlamydia trachomatis* es una bacteria intracelular pequeña, por lo que requiere de células vivas para multiplicarse.

**Período de incubación:** Depende según el agente causal, en la secreción uretral causada por el gonococo suele ser de 3 a 5 días. En la clamidia el período es de 8 a 15 días.

**Signos y síntomas:** Las personas se quejan por lo general de secreción uretral (80%), que puede ser desde aspecto mucoide hasta un exudado amarillo verdoso (purulento), con prurito, irritación en el glande. Además puede ir acompañado de disuria, polaquiuria, piuria y dolor irradiado a epidídimo.

## Diagnóstico del Síndrome de secreción uretral:

---

### Diagnóstico clínico:

El diagnóstico de secreción uretral es clínico, por observación de la secreción, en ocasiones puede ser necesario hacer presión (“exprima”) la uretra del hombre para ver la secreción.

### Diagnóstico por laboratorio:

- Realizar de inmediato el examen microscópico de un *frotis* de la secreción uretral teñido con la tinción de Gram para detectar la uretritis gonocócica (se observan células polimorfonucleares con diplococos intracelulares característicos) o la no gonocócica (células polimorfonucleares sin diplococos intracelulares).  
Si se realiza en la debida forma, la sensibilidad y especificidad del frotis es superior a 95% en casos de uretritis gonocócica.
- Tomar muestra de la secreción para cultivo. En caso de no contar en el establecimiento con el equipo, referir al laboratorio de mayor complejidad.

Las pruebas para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* están disponibles en los establecimientos de salud que dispone del servicio de vigilancia centinela de las ITS (VICITS) en poblaciones claves en los centros de referencia de Manejo Integral de las ITS (UMIETS).

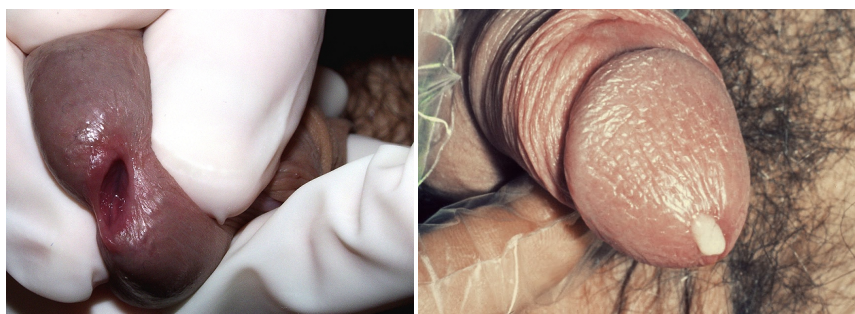


Ilustración 4 y 5 Secreción uretral

## Tratamiento del Síndrome de secreción uretral

---

### Tratamiento con enfoque sindrómico:

Independientemente si el establecimiento cuente o no con laboratorio, a todas las personas que presenten secreción uretral se les debe brindar tratamiento sin retrasar el inicio del mismo de acuerdo a los siguientes esquemas.

Si la persona presenta Secreción uretral confirmado ofrecer el tratamiento para **gonorrea y clamidia**:

- ▶ **Ciprofloxacina** 500 mg VO dosis única
- 
- ▶ **Ceftriaxone** 250 mg IM dosis única
- ▶ **Mas**
- ▶ **Doxiciclina** 100 mg VO cada 12 horas, durante 7 días
- 
- ▶ **Azitromicina** 1 gr VO dosis única

### Tratamiento con enfoque etiológico:

Al tener los resultados de laboratorio, si se realizó examen de la secreción utilizando el microscopio, la presencia o no de diplococos intracelulares orientará al proveedor de salud para brindar tratamiento por secreción uretral gonocócica o secreción uretral no gonocócica.

Tratamiento Si la persona presenta **secreción uretral gonocócica**:

- ▶ **Ciprofloxacina** 500 mg VO dosis única
- 
- ▶ **Ceftriaxone** 250 mg IM dosis única
- 
- ▶ **Azitromicina** 1 gr VO dosis única

Tratamiento Si la persona presenta **secreción uretral no gonocócica**:

- ▶ **Azitromicina** 1 g por vía oral en una dosis única
- 
- ▶ **Doxiciclina** 100 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días

Los estudios que se realizan en la vigilancia centinela de las ITS en las poblaciones clave, confirmarán la existencia de los agentes etiológicos *N. gonorrhoeae* y *C. Trachomatis*:

- Si coincide con el diagnóstico inicial se continuará con el tratamiento establecido en la primera atención;
- Si los resultados reportan agentes etiológicos distintos al diagnóstico inicial, se indicará el tratamiento específico de acuerdo al enfoque etiológico.

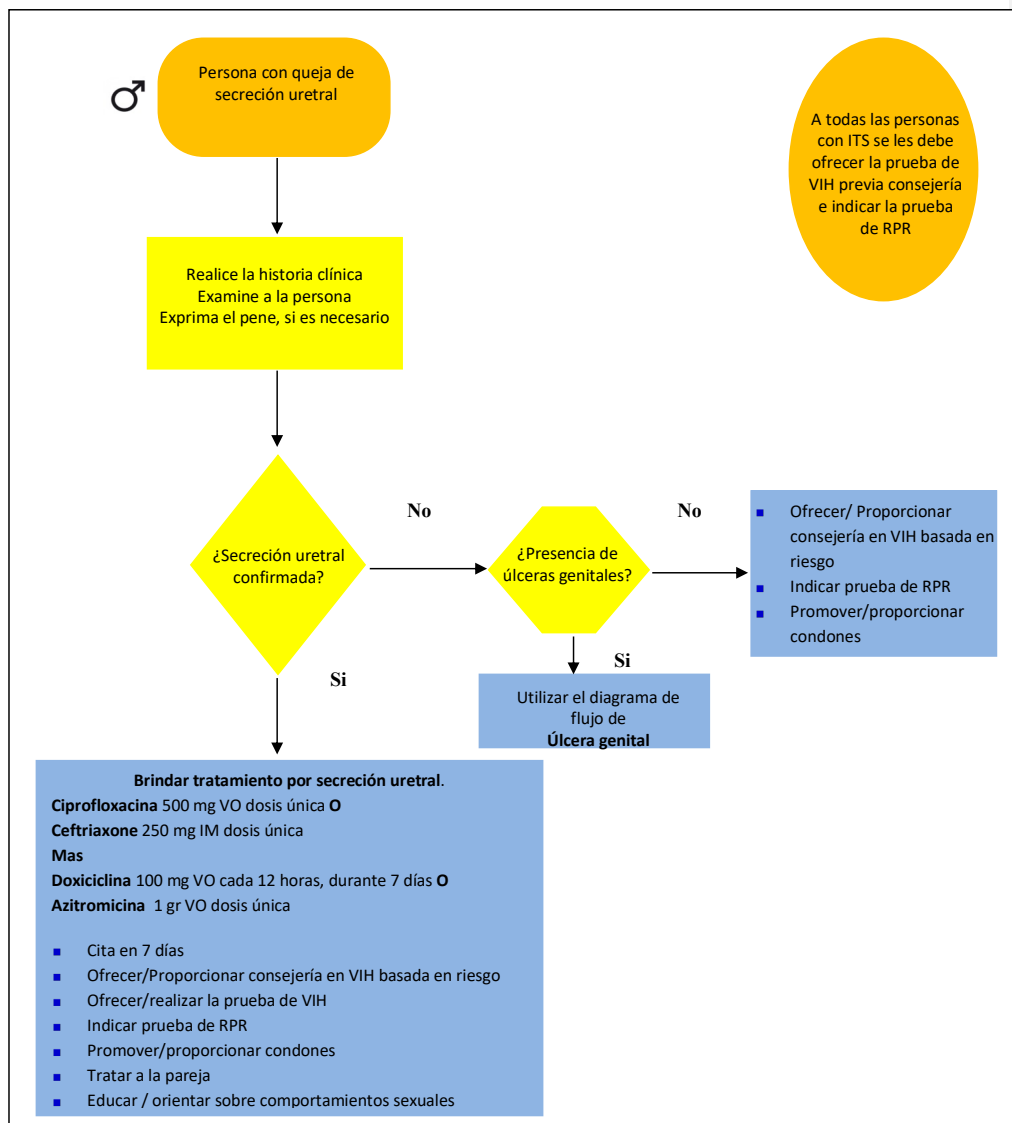
### Recomendaciones generales

---

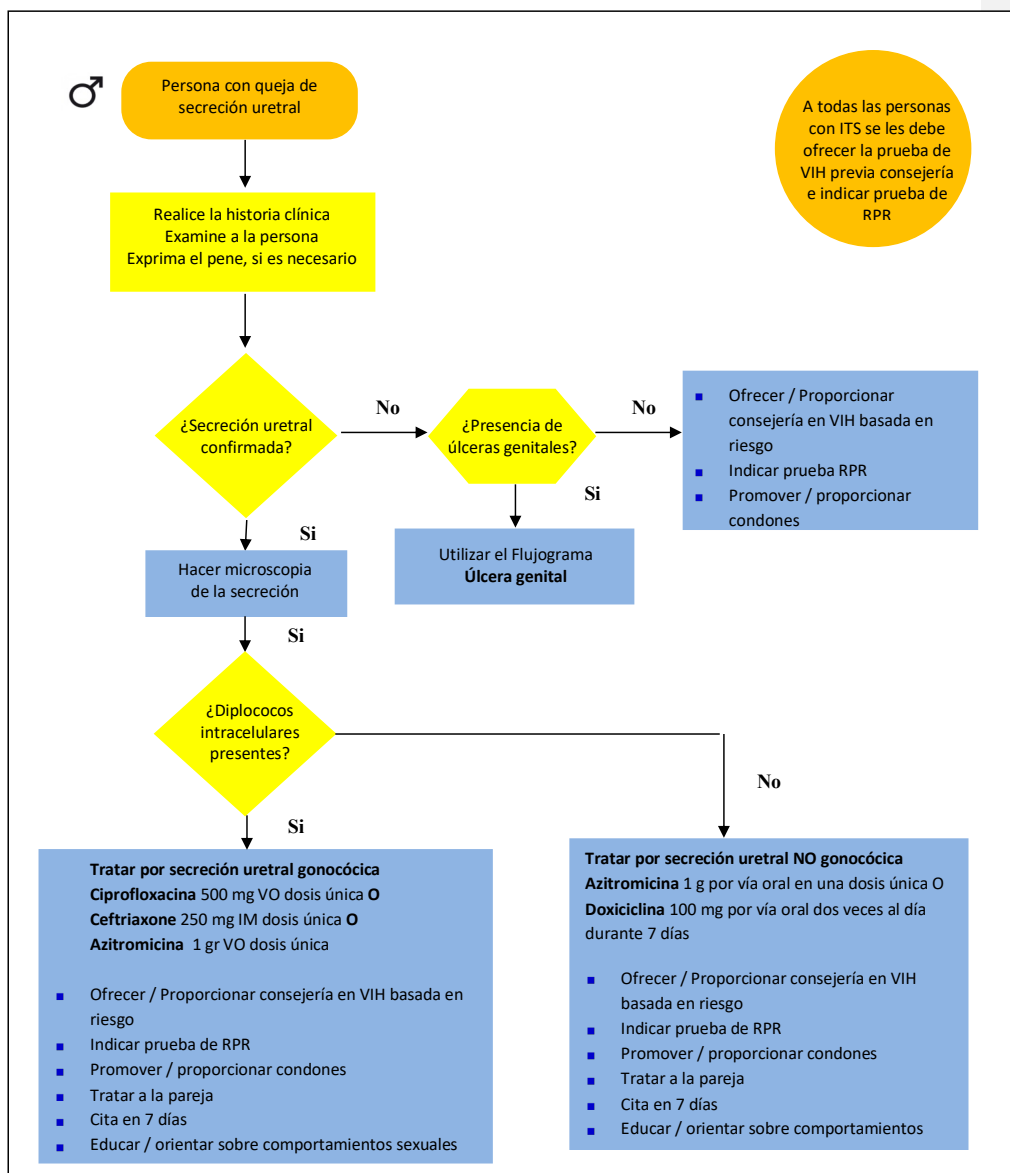
A toda persona con ulcera genital o caso confirmado etiológicamente, debe brindar las siguientes recomendaciones generales:

- ▶ Citar en 7 días para evaluación de control
- ▶ Proporcionar información y orientación del cumplimiento del tratamiento
- ▶ Establecer contacto con la/s pareja/s sexuales de la persona para evaluación e instaurar un tratamiento en forma inmediata y efectiva. Estas acciones deberán ser realizadas con sensibilidad, tomar en cuenta los factores sociales y culturales para evitar problemas éticos y prácticos, tales como el rechazo y la violencia, en especial contra las mujeres. Se deberá realizar la notificación a la pareja de tal manera que la información se maneje de forma confidencial (21).
- ▶ En la(s) pareja(s) sexual(es):
  - Evaluar
  - Indicar el tratamiento según esquemas
  - Si en el establecimiento existe laboratorio clínico indicar cultivo, tinción de Gram, RPR ofrecer prueba de VIH, PCR para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* (para poblaciones clave)
  - Dar cita de seguimiento
- ▶ Promover el uso consistente y proporcionar condones
- ▶ Ofrecer los servicios de consejería y prueba de VIH

**Diagrama de flujo de Síndrome de Secreción uretral  
(Sin laboratorio)**



**Diagrama de flujo de Síndrome de flujo uretral  
(Con laboratorio)**



---

### 3.2.3. Síndrome de flujo vaginal

---

**Definición:** Es el flujo vaginal anormal (indicado por cantidad, color y olor) con o sin dolor abdominal bajo o síntomas específicos o factores de riesgo específicos. (Este síndrome es más comúnmente causada por la vaginosis bacteriana, la candidiasis vulvovaginal y tricomoniasis; es causada con menor frecuencia por gonocócica o clamidia) (22)

Es normal que las mujeres tengan algo de flujo vaginal. Este fenómeno, que se conoce como flujo fisiológico, puede ser más pronunciado durante ciertas fases del ciclo menstrual, durante y después del coito, durante el embarazo y lactancia.

Generalmente, las mujeres no buscan atención para el flujo fisiológico. Solo se quejan de flujo vaginal cuando este es diferente del común o cuando sienten molestias, como dolor en el abdomen bajo y/o picazón vaginal.

#### **Etiopatogenia**

Los principales agentes etiológicos de **Flujo vaginal son:**

- a) *Trichomona vaginalis* que causa Tricomoniasis genital
- b) *Neisseria gonorrhoeae* que causa Gonorrea
- c) *Chlamydia trachomatis* que causa Clamidia
- d) *Candida albicans* que causa Candidiasis

Existen además causas no infecciosas que provocan flujo vaginal por aumento del pH vaginal (Hipoestrogenismo, duchas vaginales, menstruación, mala higiene, jabones, perfumes, anticonceptivos orales, uso de antibióticos, etc.)

La *Cándida albicans* es un hongo que provoca candidiasis vulvovaginal, en la mayoría de las ocasiones no es una debida a transmisión sexual. (8)

**Período de incubación:** Variable, depende del agente infeccioso, por lo general de 1 a 3 semanas.

**Signos y síntomas:** El flujo vaginal anormal se presenta en las mujeres afectadas por una vaginitis (infección en la vagina), una cervicitis (infección del cuello del útero) o ambas. Es importante distinguir estas dos afecciones, porque los agentes que causan una cervicitis provocan complicaciones graves y plantean la necesidad de tratar a las parejas sexuales.

### Diagnóstico del Síndrome de flujo vaginal

---

**Diagnóstico clínico:** Por lo general, la mayoría de las mujeres con este síndrome se quejan de manchas en su ropa interior, secreciones excesivas, cambios de color, olor o ambas situaciones, ardor al orinar, dolor al tener relaciones sexuales, enrojecimiento vulvar (1).

Es difícil distinguir una cervicitis de una vaginitis cuando no se puede hacer un examen ginecológico (utilización de especulo vaginal). Sin embargo, utilizando los resultados de estudios sobre la etiología de ITS en la atención sindrómica, se ha desarrollado una forma de señalar que la usuaria está afectada por una cervicitis, mediante un análisis que evalúa la existencia de factores de riesgo, asociados a su contagio con los agentes que causan una cervicitis (2) (21).

Ante la consulta de una mujer que refiere tener flujo vaginal anormal, se pregunta si es sexualmente activa.

Si la respuesta es positiva, se pregunta lo siguiente:

A.	Mujer sexualmente activa sin pareja estable	2
B.	Ha tenido más de una pareja en los últimos tres meses	1
C.	Pareja nueva en los últimos 3 meses	1
D.	Pareja con secreción uretral	2
E.	Mujer menor de 21 años	1

Si la suma es mayor o igual a 2, la evaluación de riesgo es **POSITIVA**.

**Se considera cervicitis** (para ITS) cuando la sumatoria total de las preguntas es igual o mayor a 2 puntos. Por lo tanto la evaluación de riesgo es positiva (2).

En los establecimientos donde se puede realizar un examen ginecológico, con la utilización de espejo vaginal, realizar el examen y valorar las características de la secreción y del cérvix y la mucosa vaginal.

#### **Diagnóstico por laboratorio.**

Si el establecimiento de salud cuenta con laboratorio, realizar lo siguiente:

- Tomar la muestra para realizar un examen microscópico: preparar la muestra en fresco para diferenciar Tricomoniasis, Candidiasis y Vaginosis bacteriana.
- En el consultorio, realizar la medición del pH del flujo vaginal mediante el uso de cinta de medición del pH, y realizar la prueba de aminas con la adición de KOH al 10% en busca de la liberación de olor a pescado.
- Realizar el conteo de Nugent que consiste en cuantificar los morfotipos correspondientes a bacilos Gram positivos grandes, bacilos Gram negativos pequeños y bacilos Gram variables curvos. La elevada especificidad y sensibilidad que ha mostrado la técnica de Nugent con respecto al criterio clínico, ha llevado a sugerirla como de elección en la detección de vaginosis bacteriana (24)
- Realizar de inmediato el examen microscópico de un frotis del flujo vaginal teñido con la tinción de Gram para el diagnóstico de gonorrea en mujeres tiene una sensibilidad y especificidad variable que va de 25-50%; se observan células polimorfonucleares con diplococos intracelulares característicos.
- Tomar muestra de la secreción para cultivo. En caso de no contar en el establecimiento con el equipo, referir al laboratorio de mayor complejidad.



Ilustración 6 Flujo vaginal



Ilustración 7 Flujo cervical

## Tratamiento para el Síndrome de flujo vaginal

---

### Tratamiento sintomático

Independientemente si el establecimiento cuenta o no con laboratorio, a todas las mujeres que presenten flujo vaginal se les debe brindar tratamiento sin retrasar el inicio del mismo, de acuerdo a los siguientes esquemas.

- ▶ Si la valoración vaginal es **sin espéculo** y si la valoración de riesgo es positiva **tratar como cervicitis**. El tratamiento para la cervicitis incluye medicamentos para la gonorrea y la clamidia.
- ▶ Si la valoración de riesgo es negativa, tratar como vaginitis, el tratamiento para la vaginitis incluye medicamentos contra la trichomoniasis y la vaginosis bacteriana y si presenta flujo grumoso y prurito, el tratamiento incluirá medicamento para la candidiasis.

Si la persona presenta Flujo vaginal y valoración de riesgo es positiva tratar como Cervicitis. Incluye tratamiento para **gonorrea y clamidia**:

- ▶ **Ciprofloxacina** 500 mg VO dosis única
- 
- ▶ **Ceftriaxone** 250 mg IM dosis única
- ▶ **Mas**
- ▶ **Doxiciclina** 100 mg VO cada 12 horas, durante 7 días
- 
- ▶ **Azitromicina** 1 gr VO dosis única

Tratamiento Si la persona presenta flujo vaginal con **valoración de riesgo negativa**:

- ▶ **Metronidazol** 2 g. VO dosis única

Si existe **flujo grumoso y prurito** tratar con:

- ▶ **Clotrimazol** óvulos vaginales 500 mg dosis única

Si se realiza valoración de las características del flujo vaginal con espéculo, el tratamiento brindar tratamiento de acuerdo a los hallazgos encontrados.

Si se observa **secreción vaginal abundante y olor a pescado**, brindar tratamiento para tricomoniasis y vaginosis:

- ▶ **Metronidazol** 2 g. VO dosis única
- O
- ▶ **Tinidazol** 2 gr VO dosis única

Si se observa **secreción vaginal en grumos y eritema de la mucosa**, brindar tratamiento para candidiasis:

- ▶ **Clotrimazol** óvulos vaginales 500 mg dosis única

En la embarazada está contraindicada la utilización de Metronidazol durante el primer trimestre del embarazo y durante todo el embarazo no se indica Ciprofloxacina ni Doxiciclina. Utilizar Metronidazol a partir del segundo trimestre de embarazo y Estolato de eritromicina 500 mg VO cada 6 horas por 7 días.

Advertir a la paciente de que no debe ingerir de bebidas alcohólicas cuando este con el tratamiento de metronidazol.

#### Tratamiento etiológico

- Si se realizaron pruebas laboratoriales y se confirma la presunción diagnóstica dada en la primera atención, continuar con el tratamiento establecido.
- Si los resultados reportan hallazgos distintos se reorientara el tratamiento de la siguiente manera:

Si el laboratorio reporta *N. gonorrhoeae* , trate como cervicitis por **gonococo**

Si el laboratorio reporta presencia de presencia *C. trachomatis* , trate como **cervicitis por clamidia**

Si el laboratorio reporta tricomonas, trate como **tricomoniasis**

Si el laboratorio reporta cándida, trate como **candidiasis**

Si el laboratorio reporta células clave, y se obtiene pruebas de aminas positiva trate como **vaginosis bacteriana**

Los estudios que se realizan en la vigilancia centinela de las ITS (VICITS) en poblaciones clave confirmarán la existencia de los agentes etiológicos *N. gonorrhoeae* y *C. Trachomatis*, si coincide con el diagnóstico inicial; se continuará con el tratamiento establecido en la primera atención; si los resultados reportan agentes etiológicos distintos al diagnóstico inicial, se indicará el tratamiento específico de acuerdo al enfoque etiológico.

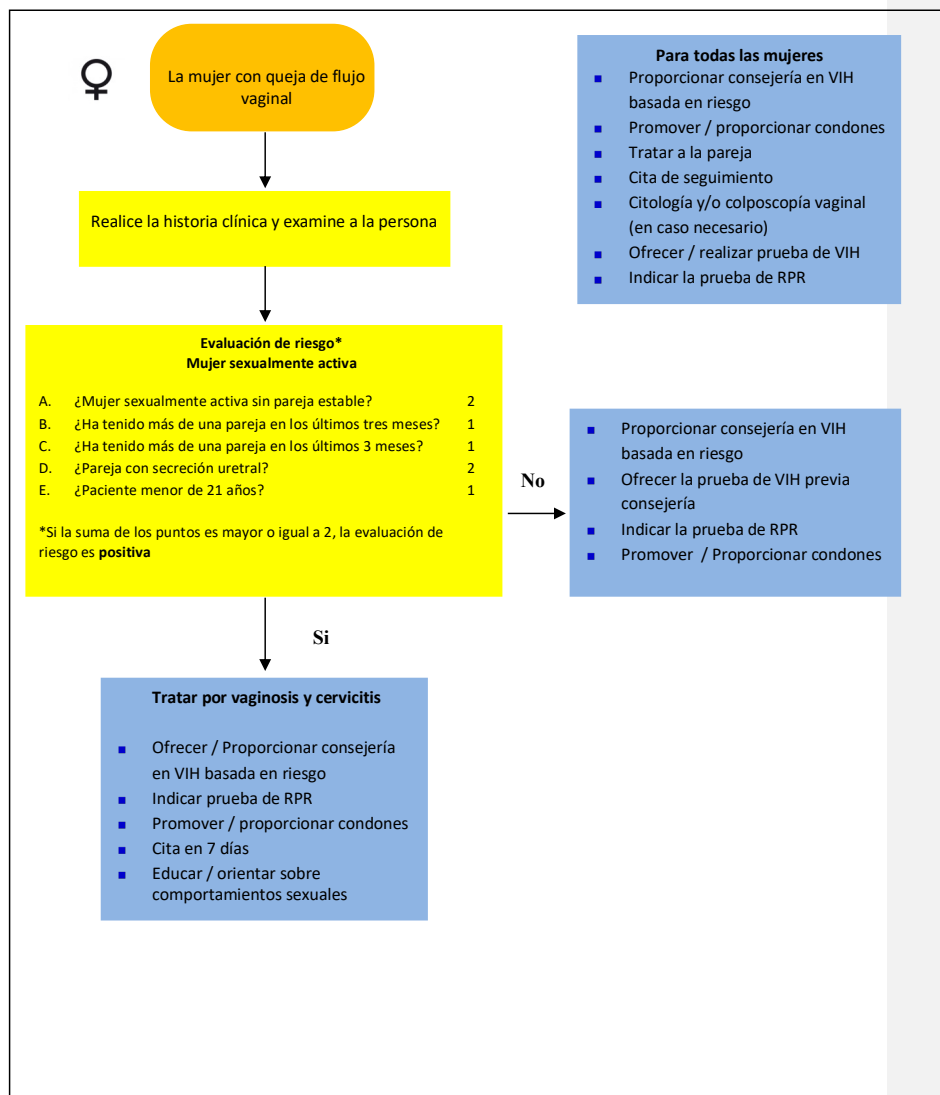
### Recomendaciones generales

---

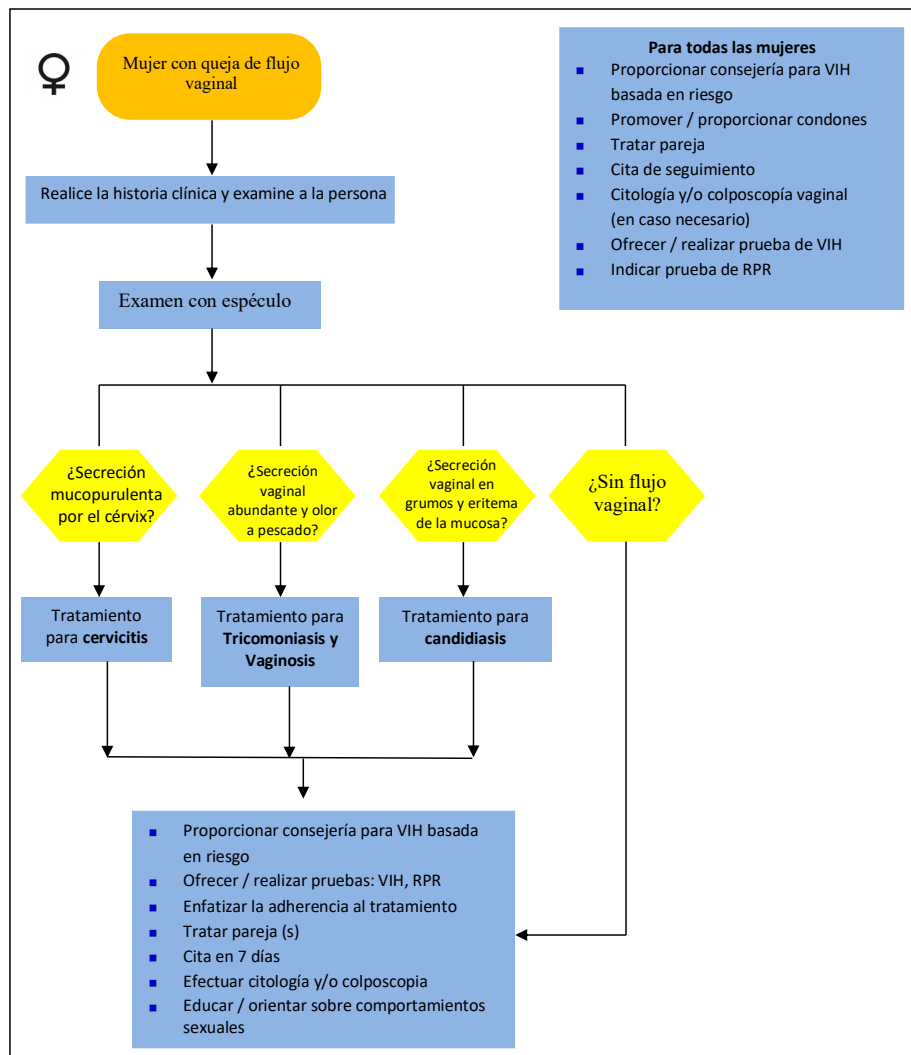
A toda persona con flujo vaginal o caso confirmado etiológicamente se deben brindar las siguientes recomendaciones generales:

- ▶ Citar en 7 días para evaluación de control
- ▶ Proporcionar información y orientación del cumplimiento del tratamiento
- ▶ Establecer contacto con la/s pareja/s sexuales de las personas para evaluación e instaurar un tratamiento en forma inmediata y efectiva. Estas acciones deberán ser realizadas con sensibilidad, tomar en cuenta los factores sociales y culturales para evitar problemas éticos y prácticos, tales como el rechazo y la violencia, en especial contra las mujeres. Se deberá realizar la notificación a la pareja de tal manera que la información se maneje de forma confidencial (21)
- ▶ En la(s) pareja(s) sexual(es):
  - Evaluar
  - Indicar el tratamiento según esquemas
  - Si en el establecimiento existe laboratorio clínico indicar cultivo, tinción de Gram, RPR ofrecer prueba de VIH, PCR para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* (para poblaciones clave)
- ▶ Dar cita de seguimiento
- ▶ Promover el uso consistente y proporcionar condones
- ▶ Ofrecer los servicios de consejería y prueba de VIH

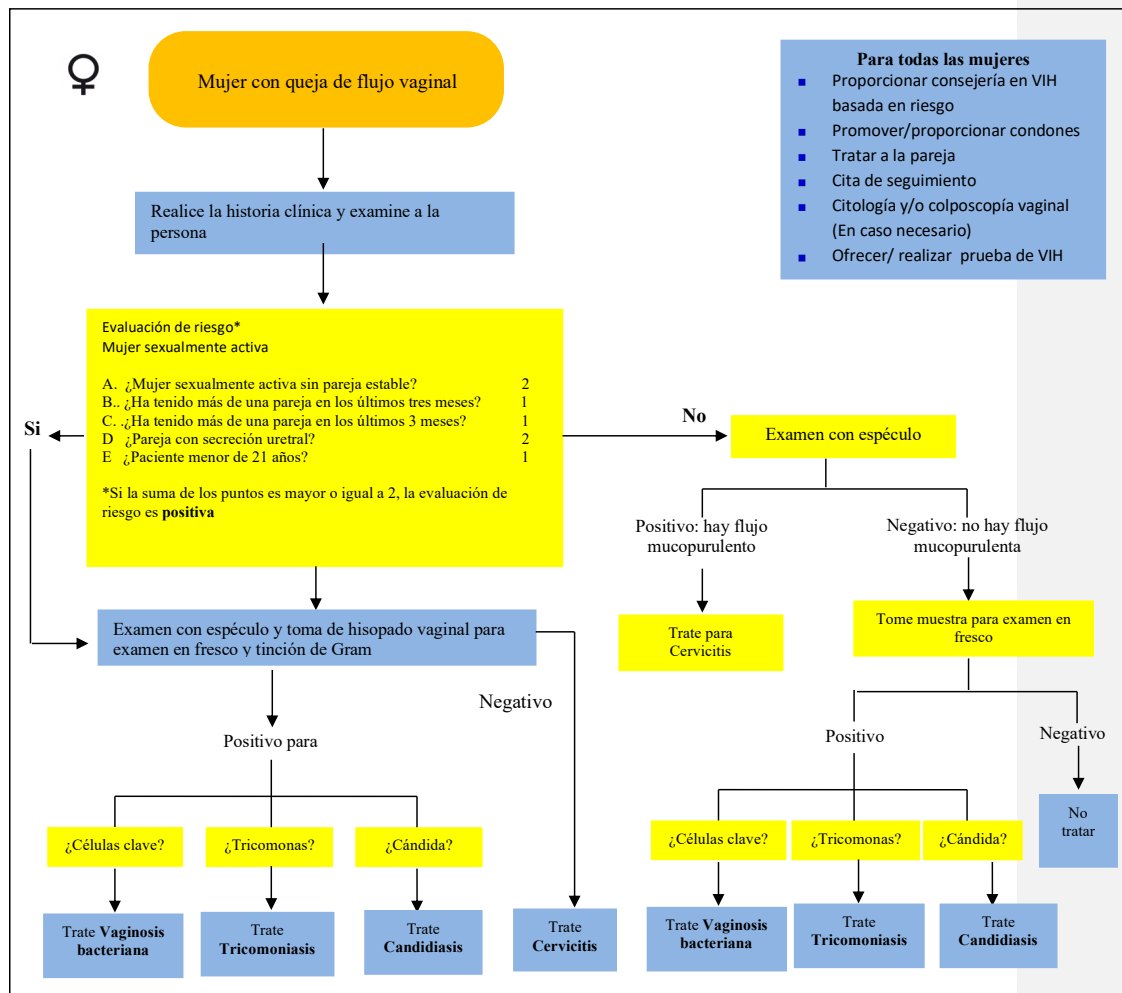
**Diagrama de flujo de Síndrome de Flujo Vaginal  
(Sin espéculo ni laboratorio)**



**Diagrama de flujo de Flujo Vaginal  
(Con espéculo, sin laboratorio)**



**Diagrama de flujo de Síndrome de Flujo Vaginal  
(Con espéculo y laboratorio)**



---

### 3.2.4. Síndrome de Bubón inguinal

---

**Definición:** Los bubones inguinales y femorales son el aumento de tamaño localizado de los ganglios linfáticos inguinales, que son dolorosas y pueden ser fluctuantes. Suelen estar asociadas con el linfogranuloma venéreo y el chancroide. En muchos casos de chancroide, se observa una úlcera genital asociada (21).

**Etiopatogenia:** Los agentes etiológicos más frecuentes que causan síndrome de bubón inguinal son:

- a) *Chlamydia trachomatis* que produce Linfogranuloma venéreo
- b) *Haemophilus ducreyi* que produce Chancroide

Existen infecciones locales y sistémicas no transmitidas sexualmente (por ejemplo, las infecciones del miembro inferior o linfadenopatía tuberculosa) también pueden causar la hinchazón de los ganglios linfáticos inguinales (21).

**Período de incubación:** Es variable dependiendo del agente etiológico, como se mencionó anteriormente el *Haemophilus ducreyi* tiene un Período de incubación de 3 a 5 días y la *Chlamydia trachomatis* de 8 a 21 días.

#### Signos y síntomas

Si el (la) usuario(a) presenta bubón inguinal doloroso y fluctuante, este signo puede corresponder a linfogranuloma venéreo.

Cuando la causa del bubón es linfogranuloma venéreo, casi nunca se presenta úlcera genital. Por otra parte, el conjunto de un bubón y una úlcera indica la presencia de chancroide y requiere que el (la) proveedor(a) consulte y siga el diagrama de flujo para el **síndrome Úlcera Genital** (2) .



Ilustración 8 Bubón inguinal

## Diagnóstico del Síndrome de Bubón inguinal

---

El diagnóstico está basado en la sospecha clínica, en el espectro epidemiológico y en la exclusión de otras patologías que causen linfadenopatía inguinal o úlceras genitales y/o rectales.

## Tratamiento para el Síndrome de Bubón inguinal

---

El tratamiento del bubón inguinal incluye medicamentos para *Chlamydia trachomatis* y *Haemophilus ducreyi*.

**Tratamiento para bubón inguinal**  
Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 14 días.

## Recomendaciones generales

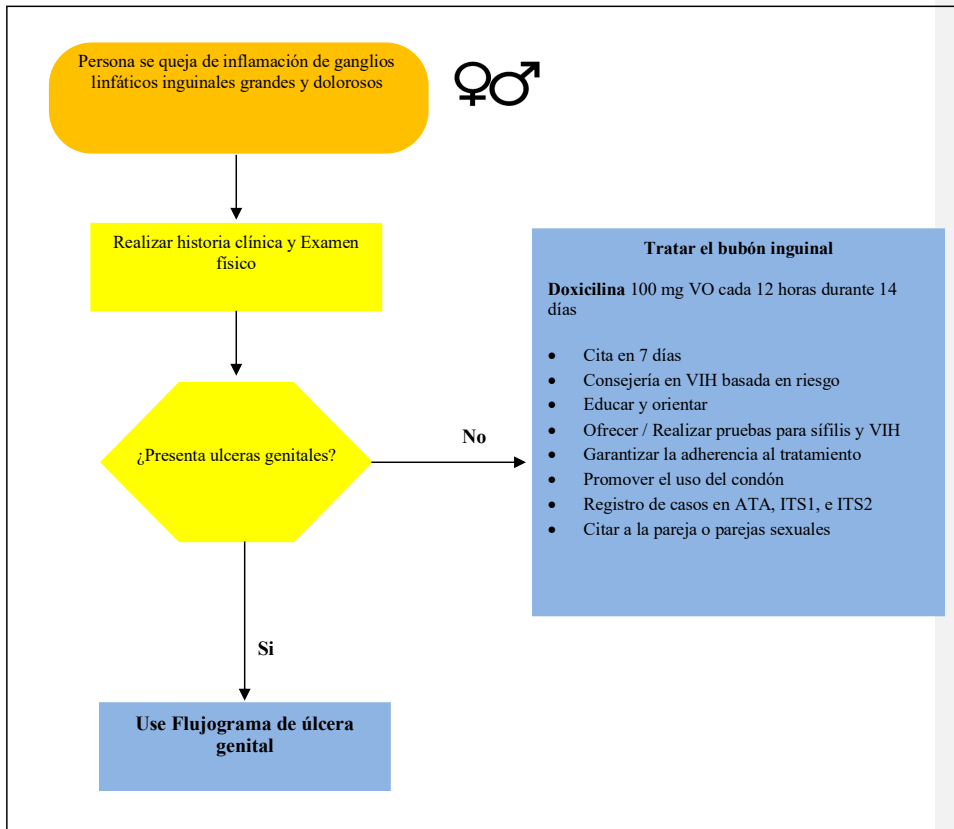
---

A toda persona con bubón inguinal, se le debe indicar las siguientes recomendaciones generales:

- ▶ Citar en 7 días para evaluación de control
- ▶ Proporcionar información y orientación del cumplimiento del tratamiento
- ▶ Establecer contacto con la/s pareja/s sexuales de la persona para evaluación e instaurar un tratamiento en forma inmediata y efectiva. Estas acciones deberán ser realizadas con sensibilidad, tomando en cuenta los factores sociales y culturales para evitar problemas éticos y prácticos, tales como el rechazo y la violencia, en especial contra las mujeres. Se deberá realizar la notificación a la pareja de tal manera que la información se maneje de forma confidencial (21)
- ▶ En la(s) pareja(s) sexual(es):
  - Evaluar
  - Indicar el tratamiento según esquemas
  - Si en el establecimiento existe laboratorio clínico indicar cultivo, tinción de Gram, RPR ofrecer prueba de VIH, PCR para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* (para poblaciones clave)

- Dar cita de seguimiento
- ▶ Promover el uso consistente y proporcionar condones
- ▶ Ofrecer los servicios de consejería y prueba de VIH

**Diagrama de flujo de Síndrome de Bubón inguinal.**



### 3.2.5 Síndrome de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)

---

**Definición:** La EPI se define como un espectro de trastornos inflamatorios del tracto genital superior femenino, incluyendo cualquier combinación de endometritis, salpingitis, absceso tubo-ovárico y peritonitis pélvica (9).

#### **Etiopatogenia**

Los principales agentes infecciosos de ITS asociados a las EPI son:

- a) *Neisseria gonorrhoeae*
- b) *Chlamydia trachomatis*

Sin embargo, los microorganismos que componen la flora vaginal (por ejemplo, anaerobios, *G. vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, bacilos Gram-negativos entéricos, y *Streptococcus agalactiae*) también se han asociado con EPI (9)

**Período de incubación:** Variable, dependiendo del microorganismo involucrado.

#### **Signos y síntomas:**

El cuadro clínico de la EPI presenta:

- Dolor abdominal bajo
- Flujo vaginal de características anormales
- Sangrado uterino anormal (Poscoital, intermenstrual)
- Dispareunia

En el examen físico se puede encontrar:

- Dolor anexial y/o masas anexiales (abscesos tubo-ováricos)
- Dolor a la movilización del cuello uterino
- Fiebre

## Diagnóstico del Síndrome de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)

---

### Diagnóstico clínico:

El diagnóstico de EPI es difícil debido a sus variadas manifestaciones clínicas. Es altamente probable cuando, en una mujer con dolor con la movilización de los anexos uterinos, evidencia de infección del tracto genital inferior y sensibilidad a la palpación cervical, se observa uno o más de los síntomas mencionados. También se puede constatar un aumento de tamaño o induración de una o ambas trompas de falopio, una masa pélvica dolorosa y dolor directo con la palpación o signo de Blumberg. La temperatura de la paciente puede aumentar, pero en muchos casos se trata de un signo normal. En general, es preferible que el médico sobre diagnostique y trate los casos en los cuales sospecha presencia de patología (21).

Si la usuaria se queja de dolor de abdomen bajo *persistente* y se ha descartado cuadros de emergencia, este síntoma puede corresponder a una Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) causada por ITS o bacterias *anaeróbicas*.

- En los casos que se sospeche de algún cuadro de abdomen agudo o no se tiene la certeza del diagnóstico se deberá referir a un establecimiento de salud de mayor grado de complejidad.

### Diagnóstico por laboratorio y de gabinete

Para realizar un diagnóstico diferencial indicar los siguientes exámenes complementarios:

- ▶ Pruebas de laboratorio (Hemograma completo, química sanguínea, VES, PCR, prueba de embarazo, análisis y cultivos de orina)
- ▶ Estudios radiográficos, ultrasonido, etc
- ▶ Laparoscopia y otras pruebas invasivas en caso necesario.

## Tratamiento del Síndrome de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)

---

### Tratamiento sintomático

Brindar tratamiento sintomático una vez descartado que el caso que se presenta no corresponde a una urgencia quirúrgica que amerite una referencia a un nivel de mayor complejidad.

Dado que la diferenciación de los agentes patógenos es clínicamente imposible y el diagnóstico preciso es difícil, el abordaje terapéutico debe ser efectivo para un amplio rango de agentes patógenos que incluya *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, bacterias anaerobias (*Bacteroides spp.* Y cocos grampositivos). También incluye bacilos gramnegativos facultativos y *Mycoplasma hominis* (21)

#### Tratamiento ambulatorio para la EPI

- Ciprofloxacina 500 mg dosis única  
○
- Ceftriaxone 250 mg IM dosis única  
Más
- Doxiciclina de 100 mg. 2 veces al día durante 14 días  
○
- Azitromicina 1 g dosis única  
Más
- Metronidazol 500 m g. VO cada 12 horas por 14 días  
○
- Tinidazol 500 mg VO cada 12 horas por 7 días

Las pacientes ambulatorias con EPI deben **controlarse** durante 72 hrs y es necesario **hospitalizarlas** cuando no mejoren (11).

Advertir a la usuaria sobre el uso de bebidas alcohólicas mientras este con tratamiento con metronidazol o tinidazol

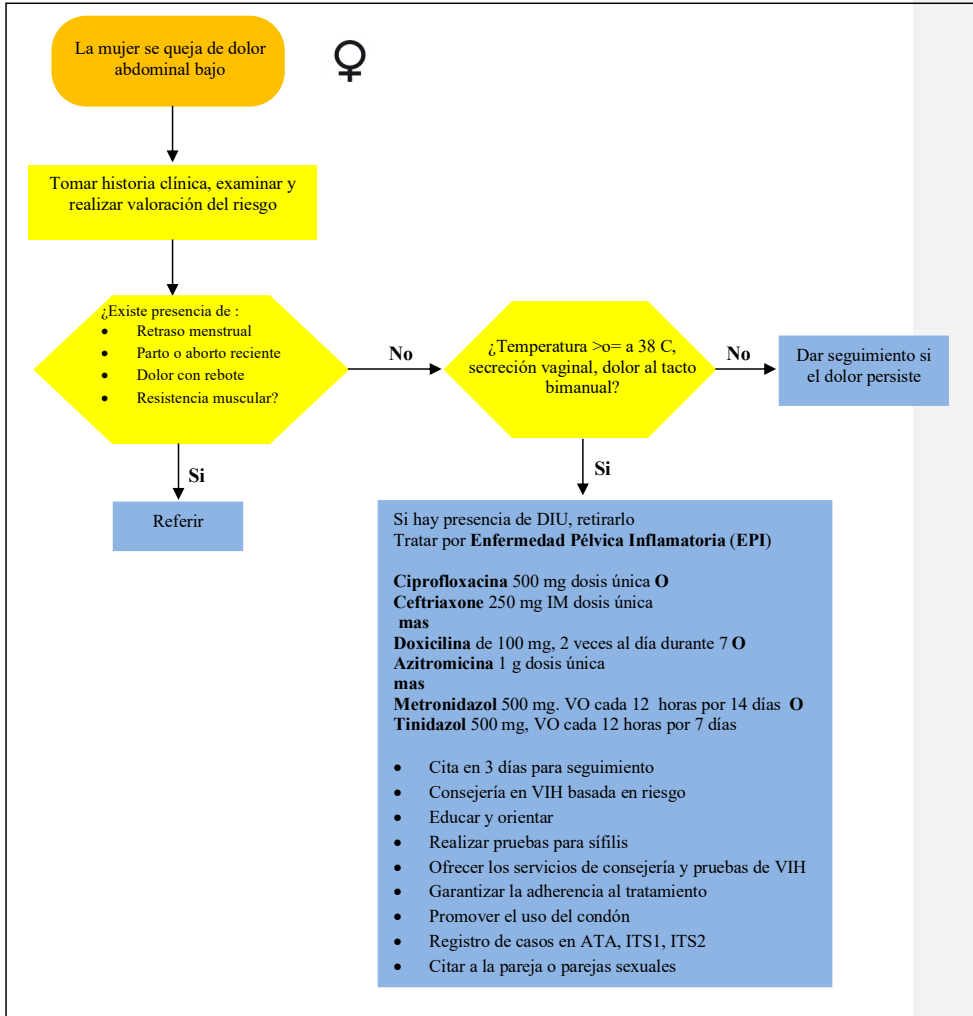
## Recomendaciones generales

---

Brindar las siguientes recomendaciones generales:

- ▶ Si la mujer tiene DIU, retirarlo
- ▶ Citar en 3 días para evaluación de control
- ▶ Proporcionar información y orientación del cumplimiento del tratamiento
- ▶ Establecer contacto con la/s pareja/s sexuales de la persona para evaluación e instaurar un tratamiento en forma inmediata y efectiva. Estas acciones deberán ser realizadas con sensibilidad, tomando en cuenta los factores sociales y culturales para evitar problemas éticos y prácticos, tales como el rechazo y la violencia, en especial contra las mujeres. Se deberá realizar la notificación a la pareja de tal manera que la información se maneje de forma confidencial (23)
- ▶ En la(s) pareja(s) sexual(es):
  - Evaluar
  - Indicar el tratamiento según esquemas
  - Si en el establecimiento existe laboratorio clínico indicar cultivo, tinción de Gram, RPR ofrecer prueba de VIH, PCR para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* (para poblaciones clave)
  - Dar cita de seguimiento
- ▶ Promover el uso consistente y proporcionar condones
- ▶ Ofrecer los servicios de consejería y prueba de VIH

Diagrama de flujo de Síndrome de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)



### 3.2.6. Síndrome de edema de escroto

---

#### Definición

La inflamación del epidídimo (epididimitis) se manifiesta habitualmente por dolor e hinchazón testicular unilateral de comienzo agudo, frecuentemente acompañada de dolor con la palpación del epidídimo y el conducto deferente, y en ocasiones con eritema y edema de la piel suprayacente (23).

#### Etiopatogenia

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

Cuando la descarga uretral es concomitante con la epididimitis, el origen probablemente esté relacionado con un patógeno transmitido sexualmente, generalmente *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis*. Los testículos adyacentes también suelen estar inflamadas (orquitis), lo que origina una orquiepididimitis (23).

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

La orquitis tuberculosa, acompañada generalmente por epididimitis, es siempre secundaria a lesiones en otras localizaciones, especialmente pulmonares y óseas. En la brucelosis, generalmente causada por *Brucella melitensis* o *Brucella abortus*, la orquitis suele ser clínicamente más evidente que la epididimitis.

En niños prepúberes, la etiología habitual es infección por pseudomonas, coliformes, o por el virus de la parotiditis. La orquiepididimitis de la parotiditis se detecta, por lo general, dentro de la primera semana de la presentación del crecimiento parotídeo.

Se debe tener en cuenta otras causas no infecciosas de inflamación escrotal, como el traumatismo, la torsión testicular y los tumores. La torsión testicular, de la cual se debe tener sospecha cuando el dolor escrotal es de comienzo súbito, constituye una emergencia quirúrgica de derivación inmediata del paciente (23).

### **Signos y síntomas**

La persona presenta comienzo agudo con aumento de volumen doloroso del escroto que casi siempre es unilateral.

Cuando se trata de epididimitis relacionada con una ITS, a menudo hay antecedente de secreción uretral observada durante el examen físico. El comienzo es repentino (2)

El cuadro generalmente es unilateral, el escroto puede tener una apariencia de enrojecimiento, estar edematoso y anormalmente sensible durante la palpación. Se debe investigar secreción uretral.

### **Diagnóstico del Síndrome de edema de escroto**

---

#### **Sindrómico**

Si el usuario presenta edema de escroto, este signo puede corresponder a una ITS causada por gonorrea y chlamydia.

Es necesario descartar algunos cuadros de emergencia que requieren atención en el segundo nivel de atención (hospital), como son la torsión o trauma testicular (4).



Ilustración 9 Edema de escroto\*

### Diagnóstico por laboratorio:

En los establecimientos que cuenten con laboratorio indicar:

- Gram del exudado uretral o examen del sedimento de la primera orina matutina para determinar la presencia de leucocitos y bacterias, lo que podría ser útil para determinar una causa infecciosa (2)

### Tratamiento para el Síndrome de edema de escroto

---

#### Tratamiento sintomático

Si se descarta un cuadro quirúrgico, indicar un tratamiento sintomático que incluya medicamentos contra *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*.

Si no se instaura un tratamiento efectivo, la epididimitis asociada a ITS puede producir infertilidad.

#### Tratamiento de Edema de escroto confirmado sin cuadro de emergencia.

- ▶ Ciprofloxacina 500 VO mg dosis única  
○
- ▶ Ceftriaxone 250 mg IM dosis única  
Más
- ▶ Doxiciclina de 100 mg. 2 veces al día durante 7 días  
○
- ▶ Azitromicina 1 g VO dosis única

#### Medidas complementarias para tratar edema de escroto confirmado sin cuadro de emergencia.

- ▶ Reposo en cama
- ▶ Uso de soporte escrotal

Hasta que disminuya la inflamación local y la fiebre.

Al tener los resultados de laboratorio, si se realizó examen de la secreción utilizando el microscopio, la presencia o no de diplococos intracelulares orientará al proveedor de salud para brindar tratamiento.

**Tratamiento para Edema de escroto confirmado sin cuadro de emergencia causado por *N.gonorrhoeae*.**

- ▶ Ciprofloxacina 500 VO mg dosis única
- 
- ▶ Ceftriaxone 250 mg IM dosis única
- 
- ▶ Azitromicina 1 gr VO dosis única

**Tratamiento para Edema de escroto confirmado sin cuadro de emergencia causado por *C.trachomatis***

- ▶ Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 7 días
- 
- ▶ Azitromicina 1 gr VO dosis única

### Recomendaciones generales

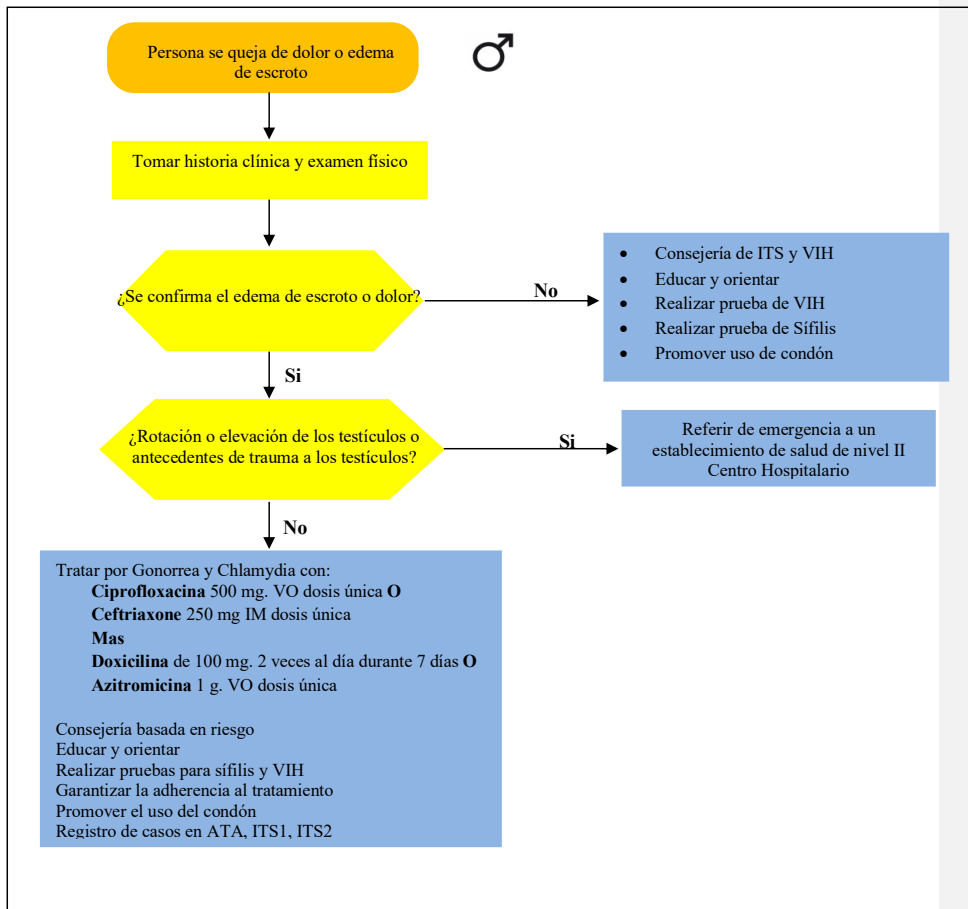
---

A toda persona con edema de escroto brindar las siguientes recomendaciones generales:

- ▶ Citar en 7 días para evaluación de control
- ▶ Proporcionar información y orientación del cumplimiento del tratamiento
- ▶ Establecer contacto con la/s pareja/s sexuales de la persona para evaluación e instaurar un tratamiento en forma inmediata y efectiva. Estas acciones deberán ser realizadas con sensibilidad, tomando en cuenta los factores sociales y culturales para evitar problemas éticos y prácticos, tales como el rechazo y la violencia, en especial contra las mujeres. Se deberá realizar la notificación a la pareja de tal manera que la información se maneje de forma confidencial (23)
- ▶ En la(s) pareja(s) sexual(es):
  - Evaluar
  - Indicar el tratamiento según esquemas

- Si en el establecimiento existe laboratorio clínico indicar cultivo, tinción de Gram, RPR ofrecer prueba de VIH, PCR para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* (para poblaciones clave)
- Dar cita de seguimiento
- ▶ Promover el uso consistente y proporcionar condones
- ▶ Ofrecer los servicios de consejería y prueba de VIH

**Diagrama de flujo de Síndrome de edema de escroto**



### 3.2.7. Síndrome de verrugas genitales

---

- Condiloma acuminado (VPH)
- Molusco Contagioso (*Molluscum contagiosum*)

#### Condiloma Acuminado (VPH)

---

##### Definición

Es una enfermedad viral producida por el Virus del papiloma humano, caracterizada por lesiones verrugosas en genitales externos, vagina y cérvix, en región perianal y boca, de color blanquecino con aspecto de coliflor o planas, solas o múltiples (26).

##### Etiopatogenia

El agente causal es el virus del papiloma humano (VPH) generalmente los tipos 6 y 11 causantes del 90% de las verrugas genitales, y los tipos 16 y 18 relacionados con lesiones pre-malignas (Displasia, NIC I-III o LEI de alto o bajo riesgo) y malignas del cérvix, vulva, pene, perianales y anales. El virus persiste toda la vida, las infecciones latentes se reactivan en estados de inmunodepresión por ejemplo en la infección del VIH (2) (11) (27) (10) (26).

**Período de incubación:** es variable, oscilando de 1 a 3 meses.

**Signos y síntomas:** Dependiendo del tamaño y la ubicación pueden ser pruriginosas, raramente dolorosas, friables pero lo habitual es que sean asintomáticas (lesiones indoloras)

La ubicación depende del sitio de inoculación, se desarrolla en superficies húmedas como debajo del prepucio, meato urinario y uretra en hombres y en la vulva, paredes vaginales y cuello uterino en mujeres y en la región perianal, perineal y en la mucosa oral en ambos sexos (27).

##### Diagnóstico del Síndrome de verrugas genitales

---

Fundamentalmente **clínico**, o sea por inspección directa de las lesiones con aspecto de coliflor, única o múltiple. En casos de diagnóstico dudoso, o que las lesiones no respondan a la terapia, pacientes inmunocomprometidos o que las verrugas son pigmentadas, duras o ulceradas está indicado realizar biopsia (27).

## Tratamiento para el Síndrome de verrugas genitales

---

El objetivo principal es eliminar la lesión sintomática.

El tratamiento puede ser químico o físico dependiendo del nivel de atención y el grado de complejidad del establecimiento de salud, el cual debe ser aplicado por recursos entrenados para tal fin.

### Terapia química para el tratamiento de la condilomatosis.

- ▶ **Ácido tricloroacético** al 80 a 90% aplicación una vez a la semana hasta que las lesiones desaparezcan
  -
- ▶ **Podofilina** entre 10 al 25% aplicación 1 vez por semana hasta que las lesiones desaparezcan.

El uso de la Podofilina está contraindicado durante el embarazo

### Terapia física para el tratamiento de la condilomatosis (disponible solamente en el segundo nivel de atención)

- ▶ Crioterapia (Nitrógeno líquido)
- ▶ Electrocirugía
- ▶ Escisión quirúrgica

## Recomendaciones generales

---

- ▶ Citar a la persona en 7 días para evaluación de control
- ▶ Proporcionar información y orientación del cumplimiento del tratamiento
- ▶ Establecer contacto con la/s pareja/s sexuales de la persona para evaluación e instaurar un tratamiento en forma inmediata y efectiva. Se debe realizar la notificación a la pareja de tal manera que la información se maneje de forma confidencial (23). En la(s) pareja(s) sexual(es):
  - Evaluar
  - Indicar el tratamiento según esquemas

- Si en el establecimiento existe laboratorio clínico indicar cultivo, tinción de Gram, RPR ofrecer prueba de VIH, PCR para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* (para poblaciones clave)
- Dar cita de seguimiento
- ▶ Promover el uso consistente y proporcionar condones
- ▶ Ofrecer los servicios de consejería y prueba de VIH



Ilustración 10 Condiloma en pene

Ilustración 11 Condiloma perianal

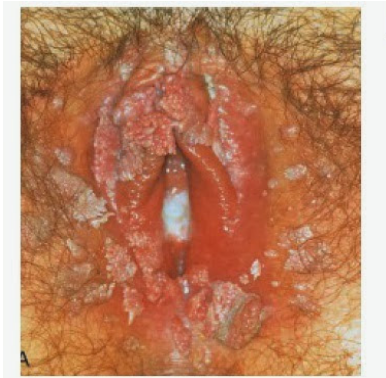
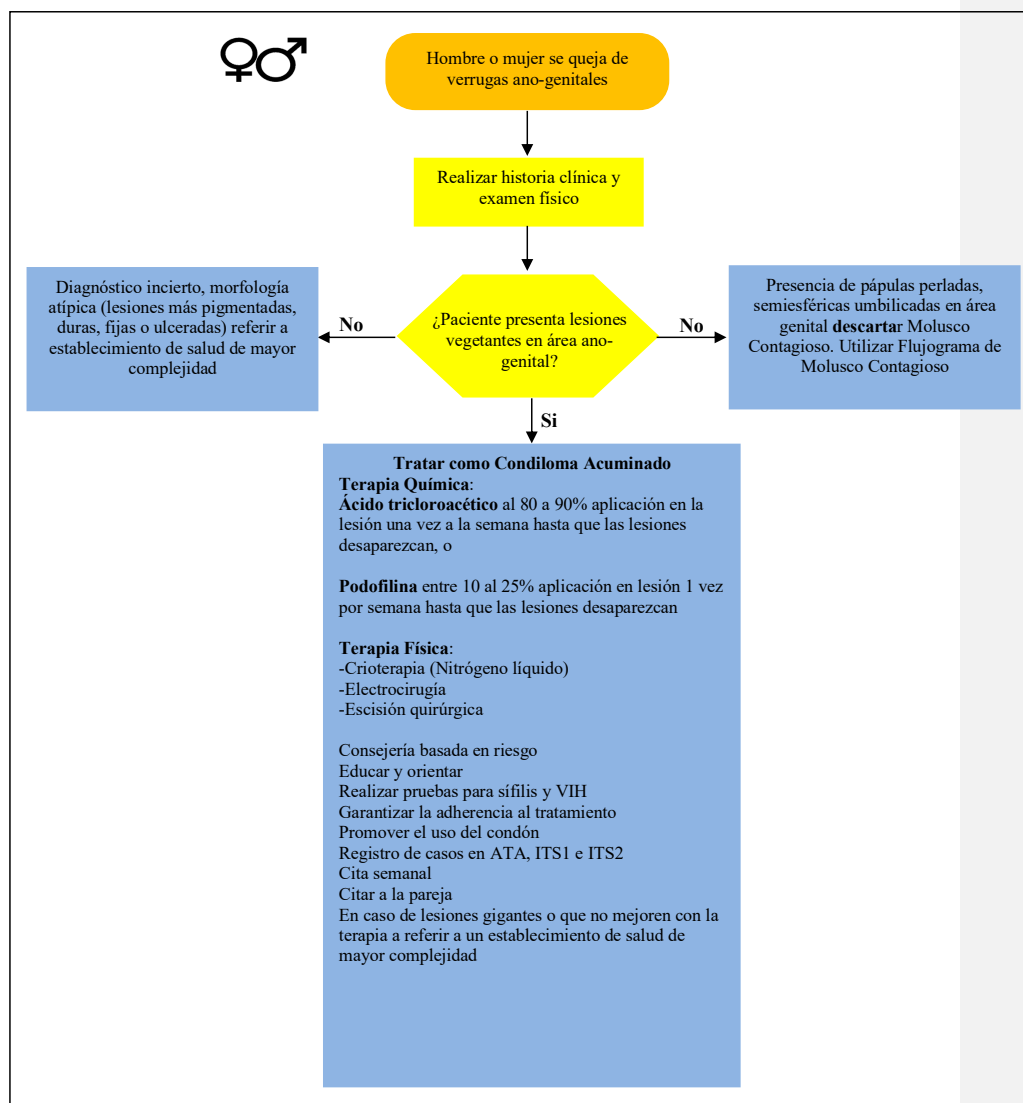


Ilustración 12 Condiloma vulvar

Diagrama de flujo de condiloma acuminado



### 3.2.8. Molusco Contagioso (*Molluscum contagiosum*)

---

#### Definición

Es una enfermedad viral benigna causada por un Poxvirus (*Molluscum contagiosum*) auto inoculable, que de manera excepcional se transmite por contacto sexual, apareciendo en área genital. Es mas frecuente en niños, adultos jóvenes e inmunosuprimidos (10).

#### Etiopatogenia

Se han detectado cuatro subtipos del *Virus Molluscum Contagiosum* (MCV), el más prevalente como ITS es el MCV-2. Para el contagio es necesario el contacto directo con las lesiones y con fómites infectados, en niños es frecuente la contaminación en piscinas, más fáciles en aguas cálidas (10).

**Período de incubación:** de 3 a 12 semanas

#### Signos y síntomas

Se caracterizan por la aparición de múltiples neoformaciones (pápulas) semiesféricas, perladas y con umbilicación central, con tamaño de 1 a 5 milímetros de diámetro, no pruriginosas. Afecta sobre todo a piel y mucosas, en los niños las lesiones son comunes en cara, troncos y extremidades, y en la etapa adulta los sitios de lesiones de ITS son los órganos sexuales, la región inferior del abdomen, la parte interna de los muslos y glúteos, con lesiones múltiples y que guardan relación con la inmunidad de la persona infectada (10) (2).

**Diagnóstico:** clínico por el reconocimiento de las lesiones, se debe diferenciar con el condiloma acuminado sobre todo cuando las lesiones son únicas y pequeñas.

**Tratamiento:** escisión local por curetaje de las lesiones, crioterapia y electrocauterio.

#### Terapia física para el tratamiento del molusco contagioso

- ▶ Curetaje de las lesiones
- ▶ Crioterapia (Nitrógeno líquido)
- ▶ Electrocirugía

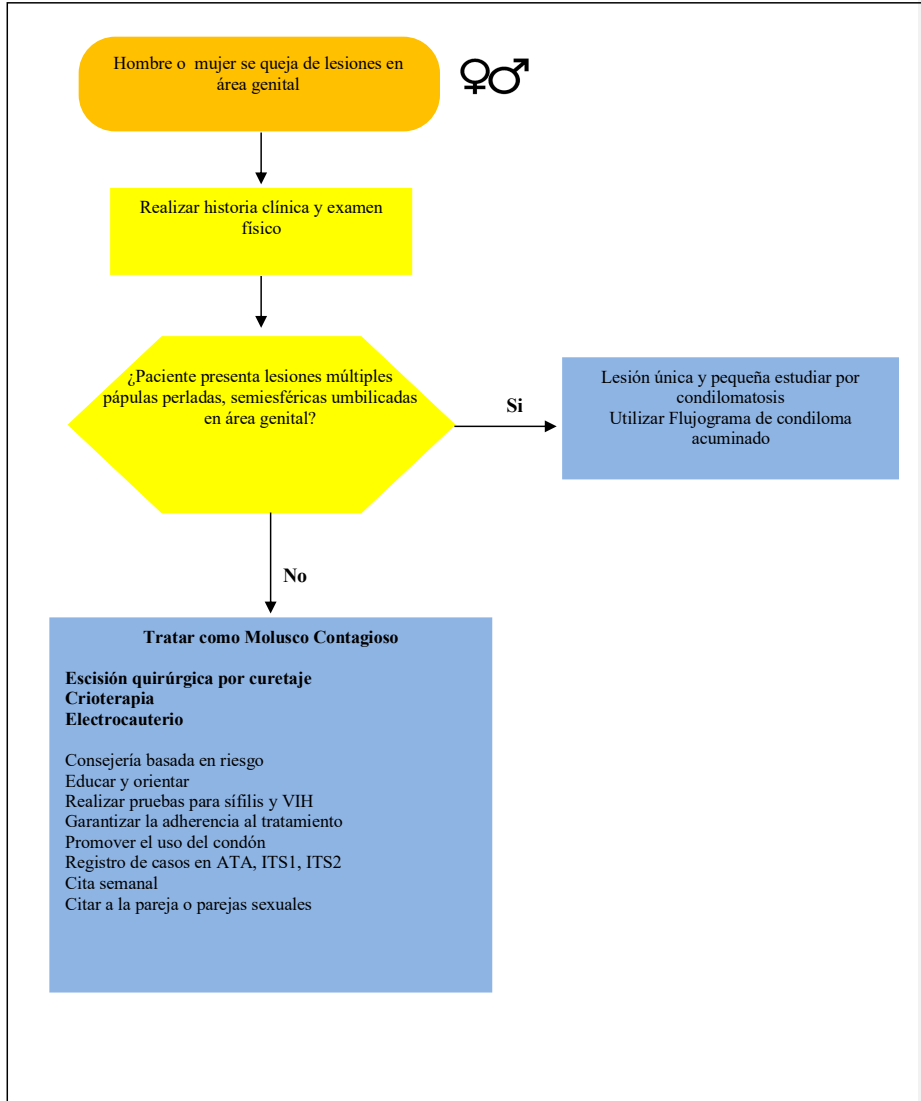


Ilustración 13 Curetaje de molusco contagioso



Ilustración 14 Molusco contagioso

### Diagrama de flujo de Molusco contagioso



### 3.2.9. Prurito Genital

---

- Escabiosis (sarna)
- Pediculosis púbica

#### Escabiosis

---

**Definición:** Ectoparasitosis producida por el ácaro de la sarna humana, el *Sarcoptes scabiei*. Es un ácaro octópodo que parasita la piel del huésped. Es un proceso común en cualquier edad, que puede afectar a todos los estratos sociales, es más frecuente en grupos que viven en hacinamiento y con prácticas higiénicas escasas.

El adulto lo adquiere habitualmente por contacto sexual, mientras que en los niños/as la transmisión es convencional (10).

Para prevenir la estigmatización social, no se debe denominar a la escabiosis (sarna) como una ITS cuando la causa probable es el contacto corporal.

**Etiopatogenia:** se relaciona con la higiene deficiente y al tener relaciones sexuales con múltiples parejas. La transmisión se produce por contacto directo íntimo, no por contactos breves.

Una vez que el ácaro alcanza el huésped, busca pareja o, si es una hembra ya grávida, horada un túnel en el que desova a un ritmo de dos huevos al día durante 2 meses. Las larvas salen del huevo tras 2-4 días, abandonan el túnel, y las ninfas mudan tras 4-6 días, iniciando un nuevo ciclo como adultos. A los 15-20 días desde que se puso el huevo, la hembra ya es ovígera. El macho muere tras la cópula.

**Período de incubación:** es variable, desde 2 días hasta 2 meses.

**Signos y síntomas:** el síntoma cardinal es el prurito, predominantemente nocturno, que por lo general se desarrolla entre 2 y 6 semanas después de la infestación; por reacción de sensibilización a las excreciones de la hembra del ácaro depositadas en los surcos de la piel.

Las lesiones cutáneas son escoriaciones y surcos característicos, terminados en una vesícula puntiforme negra donde está la hembra. Además se puede encontrar lesiones papulares eritematosas, incluso vesículas, pústulas o costras, que pueden crecer hasta formar nódulos. Es frecuente encontrar lesiones por rascado.

Puede afectar a cualquier zona del cuerpo, sobre todo a partes calidas, pliegues y zonas de presión de la ropa. Las más habituales son las, manos y pies en los surcos interdigitales, cara flexora de las muñecas, axilas, espalda, nalgas, abdomen, ombligo y genitales. Es excepcional en cara y cabeza, y excepto en lactantes y ancianos. En mujeres afecta pezones, zona inferior de los glúteos y abdomen, y en varones a axilas, codos, cintura, muslos y genitales (pene y escroto). Las pápulas de la sarna en glande son de color rojo, y la presencia de pápulas en pene y escroto en un paciente con prurito se pueden considerar patognomónico de sarna.

**Diagnóstico:** El diagnóstico de sospecha se realiza por visualización del surco y eminencias acarinas, pero la certeza es por demostración microscópica del acaro, sus huevos o heces en raspado de las lesiones.

**Laboratorio:** En sangre hay elevación de IgG e IgM (10)

**Tratamiento:** el tratamiento es con escabicidas tópicos.

#### **Tratamiento de la escabiosis en adultos, adolescentes y niños mayores.**

- ▶ **Lindano al 1%** en loción o crema, con la aplicación de una capa delgada por todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo, enjuagar minuciosamente después de 8 horas.  
○
- ▶ **Permetrina al 5%** en crema, se recomienda repetir el tratamiento 2 veces más en intervalos de 1 semana.

#### **En personas con VIH.**

- ▶ **Ivermectina 200 mcg/Kg de peso dosis semanal por 3 semanas**

No se recomienda el uso de lindano durante el embarazo y en la lactancia.

#### **Tratamiento de la escabiosis en niños y menores de 10 años, embarazadas y mujeres que amamantan.**

- ▶ **Permetrina al 5%** en crema, aplicado en todo el cuerpo, se recomienda repetir el tratamiento 2 veces más en intervalos de 1 semana.

**Otras consideraciones:** Muchas veces, el prurito persiste durante varias semanas después de un tratamiento adecuado. Quizás sea necesario repetir el tratamiento por una única vez si no se

observa mejoría clínica después de una semana. Se deberán administrar tratamientos semanales adicionales solamente si se demuestra la presencia de ácaros vivos. Si se asegura la ausencia de reinfección y el cumplimiento del paciente, se puede tener en cuenta el tratamiento antiinflamatorio tópico, ya que una reacción alérgica puede ser la causa de la manifestación clínica. Las prendas de vestir o la ropa de cama que el paciente pudo haber contaminado los dos días previos al comienzo del tratamiento deben lavarse y secarse bien, o limpiarse en seco (23).

### **Pediculosis púbica**

---

**Definición:** infestación del vello pubiano por el ectoparásito *Phthirus pubis*, conocido como ladilla. Es un insecto hematófago que se alimenta al menos una vez al día de sangre humana. Es de la familia de los piojos, tiene seis patas y es más corto que el piojo de la cabeza (10).

**Etiopatogenia:** la transmisión es por contacto sexual, pero no exclusivo, siendo frecuente a través de la ropa interior.

**Período de incubación:** al ser una parasitosis externa, desde el mismo momento del contacto se produce el paso del piojo de un huésped al nuevo.

**Síntomas y signos:** el síntoma principal es el prurito en el área genital, junto a petequias puntiformes o maculas de 2 a 5 mm en el lugar de la picadura. El prurito está producido por la sensibilización a la saliva del parásito. Además se puede visualizar el parásito o sus liendres adheridas al vello. Es posible la presencia de dermatitis en el área ano-genital.

**Diagnóstico de la Pediculosis púbica:** se realiza mediante visualización directa del parásito o sus liendres. Las liendres del *P. pubis* son de color marrón oscuro, a diferencia de las del piojo de la cabeza y del cuerpo, que son blancas o color crema.

### Tratamiento para Pediculosis púbica:

#### Tratamiento de la pediculosis púbica:

- ▶ **Permetrina al 1%**  
○
- ▶ **Lindano al 1%** en loción o crema.

### Consideraciones especiales:

- La primera elección es la permetrina al 1% en crema o loción. Mata al piojo y al huevo. Se puede elevar hasta el 5% en caso de fracaso terapéutico.
- El lindano al 1% (hexacloruro de gammabenceno) también es efectivo. Se debe mantener 12 horas y ducharse luego.
- Se recomienda repetir el tratamiento a la semana.
- Tratar a la pareja sexual de la misma manera.
- En el caso de la embarazada utilizar permetrina al 1%
- En caso de afectación periocular suele ser suficiente la eliminación mecánica con vaselina estéril 2 veces diarias durante 1 semana.
- Además de la desparasitación cutánea, se debe proceder al lavado de la ropa interior y sábanas.



Ilustración 15 y 16 Lesiones provocados por escabiosis



Ilustración 18 ectoparásito *Phthirus pubis*

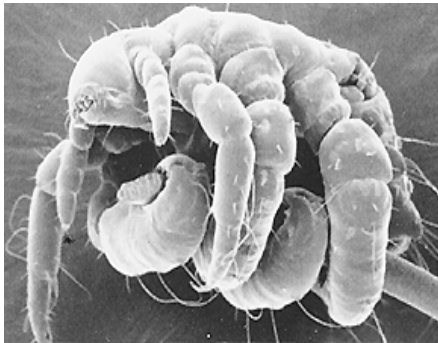


Ilustración 17 Pediculosis púbica



### 3.3. Diagnóstico y tratamiento de los síndromes de infecciones de transmisión sexual extra-genitales

---

#### 3.3.1. Conjuntivitis neonatal

---

**Definición:** Inflamación de la conjuntiva (28) en neonatos desde el primer día hasta las dos semanas de nacido(a) (26).

La conjuntivitis neonatal (oftalmia neonatal) puede provocar ceguera cuando la causa es *N. gonorrhoeae* y se retarda el tratamiento.

**Etiopatogenia:** Los microorganismos más comunes que pueden pasar de la madre al niño o niña durante el nacimiento a través del canal del parto son la *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.

En los países en vías de desarrollo, *N. gonorrhoeae* es responsable entre el 20% y el 75% y *C. trachomatis* entre el 15 y el 35% de los casos que se presentan para la atención médica. Otras causas comunes son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus* spp. y *Pseudomonas* spp. (23).

**Período de incubación:** De 1 a 4 días

**Signos y síntomas:** Se presenta de 1 a 13 días después del parto, por lo general es bilateral caracterizado por edema, hiperemia y secreción conjuntival purulenta; sin tratamiento evoluciona a edema, opacidad y úlcera córnea y durante la segunda o tercera semana con un riesgo alto de desarrollar ceguera (27). La infección por Gonorrea puede causar perforación de la córnea y una destrucción significativa en las estructuras más profundas del ojo, mientras que la *Chlamydia* es menos destructiva (26).

**Diagnóstico:** Es basado en la clínica.

**Laboratorio:** Si se dispone de laboratorio, tomar muestra de la secreción conjuntival y realizar tinción de Gram en busca de diplococos Gram negativos y cultivo para *N.gonorrhoeae* y otras bacterias. .

**Tratamiento sintrómico:**

Debido a la semejanza en las manifestaciones clínicas y posibles complicaciones de las infecciones por gonococo y clamidia en condiciones donde es imposible diferenciar estas dos infecciones, el tratamiento que se administra debe cubrir a ambos agentes patógenos. Dicho abordaje incluirá el tratamiento con dosis única para gonorrea y el tratamiento con dosis múltiples para clamidia (23).

El tratamiento de la conjuntivitis neonatal incluye medicamentos contra *N. gonorrhoeae* y *T. trachomatis*.

- **Ceftriaxone** 50 mg por Kg de peso IM dosis única hasta un máximo de 125 mg

O

- **Kanamicina**, 25 mg / kg por vía intramuscular, como dosis única, hasta un máximo de 75mg

Mas

- **Eritromicina** en suspensión, 50 mg / kg diarios (por vía oral en 4 dosis) durante 14 días

**Tratamiento etiológico:**

Si se cuenta con resultados laboratoriales que orienten y/o confirmen el diagnóstico etiológico, se utilizara el siguiente esquema:

El tratamiento de la conjuntivitis neonata gonocócica.

- **Ceftriaxone** 50 mg por Kg de peso IM dosis única hasta un máximo de 125 mg

O

- **Kanamicina**, 25 mg / kg por vía intramuscular, como dosis única, hasta un máximo de 75mg

El tratamiento de la conjuntivitis neonatal por Clamidia.

- **Eritromicina** en suspensión, 50 mg / kg diarios (por vía oral en 4 dosis) durante 14 días

**Consideraciones:**

- No hay evidencia que indique que el tratamiento adicional con un agente tópico ofrece algún beneficio adicional.
- Las dosis únicas de ceftriaxone y kanamicina son de probada eficacia.
- Si la conjuntivitis de inclusión (debido a clamidia) recidiva después de haber completado el tratamiento, debe reiniciarse el tratamiento con eritromicina durante 2 semanas.

**Los pacientes deben ser reevaluados a las 48 horas.**

**Prevención de infecciones oculares (oftalmia neonatal)**

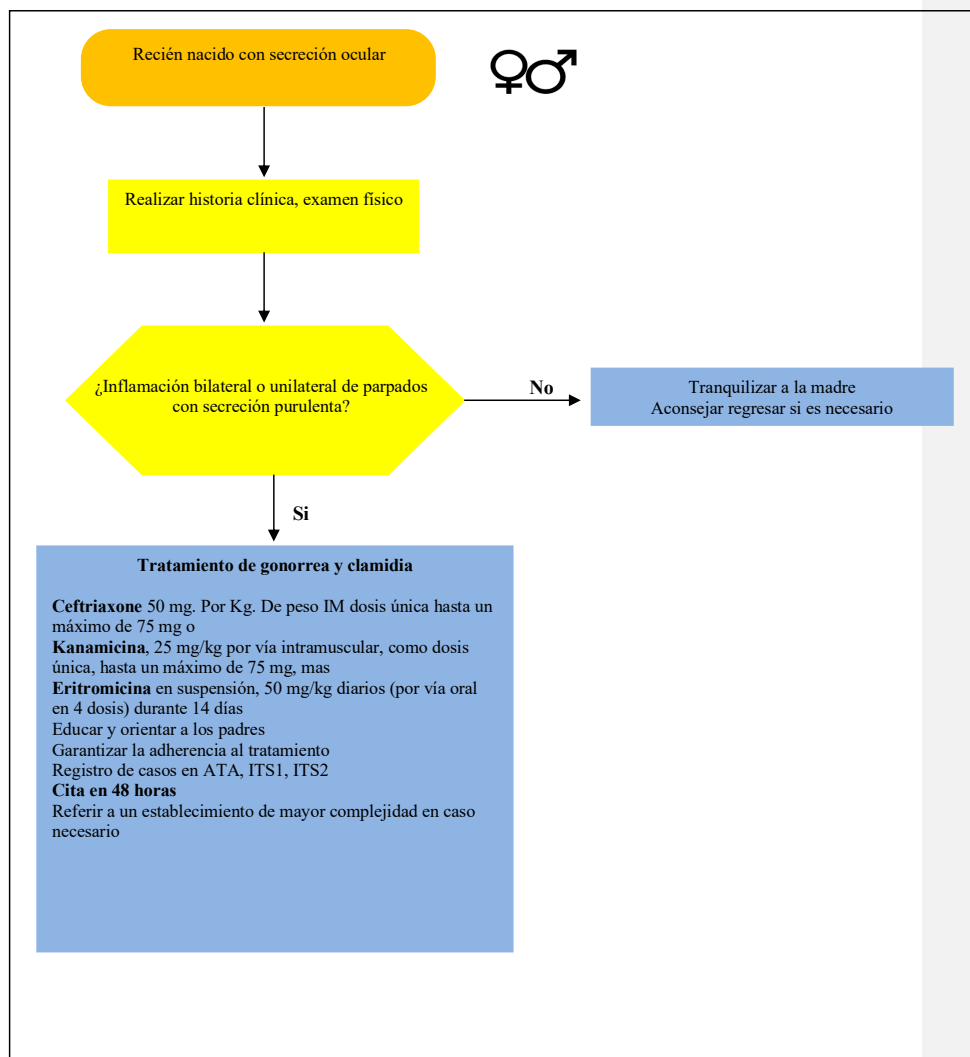
El proveedor de salud responsable de la atención del recién nacido realizara profilaxis ocular **para evitar la colonización** por patógenos susceptibles (oftalmía gonocócica). **Procedimiento:**

- Limpiar los ojos con un paño suave, húmedo y limpio.
- Limpiar desde el ángulo interno hacia el ángulo externo del ojo.
- Aplicar ungüento o gotas de eritromicina, tetraciclina oftálmica sin esteroides en el ángulo interno del párpado inferior de cada ojo por una sola vez dentro de la primera hora del nacimiento (14).



Ilustración 19 Neonato con oftalmia gonocócica

### Diagrama de flujo de conjuntivitis neonatal



### 3.3.2. Faringitis de transmisión sexual

---

**Definición:** Infección de la faringe provocada por diferentes microorganismos a través de contactos de tipo sexual. Puede afectar a todas las estructuras desde oro-faringe hasta laringo-faringe.

**Etiopatogenia:** El microorganismo más frecuentemente implicado es la *Neisseria gonorrhoeae*, aunque también *Treponema pallidum* y *Chlamydia trachomatis*.

La transmisión habitual es por la práctica del sexo oral (Fellatio y/o cunnilingus).

Existe mayor incidencia en hombres que tienen sexo con hombres

**Período de incubación:** variable según cada agente patógeno

**Signos y síntomas:** habitualmente no es posible diferenciarlas del resto de las faringitis, con frecuencia son asintomáticas u oligo-sintomáticas. De presentar síntomas habrá disfagia, odinofagia y/o exudado mucopurulento en faringe, puede acompañarse de adenopatías, eritema faríngeo y fiebre de leve intensidad. En el caso del gonococo puede aparecer exudado blanquecino-amarillento con inflamación en amígdalas y puede evolucionar hacia infección gonocócica diseminada o aparecer en el transcurso de la misma.

En cuanto al treponema, la cavidad oral es la localización extra-genital más frecuentemente afectada en sífilis. En la sífilis primaria aparece la amígdala indurada de forma unilateral con adenopatías cervicales indoloras. En caso de sífilis secundaria hay inflamación con exantema blanco grisáceo que luego se transforma en pápulas rojizas. Se puede acompañar de lesiones ulcerosas en cualquier localización oro- faríngea. (26) (10)

#### Diagnóstico de Faringitis de transmisión sexual

---

**Clínico:** Dado a lo inespecífico de la clínica, el diagnóstico se basa en el frotis y en las diferentes técnicas serológicas para cada caso.

**Laboratorial:** Si el establecimiento de salud cuenta con laboratorio, ante la sospecha de una faringitis de transmisión sexual:

- ▶ Indicar la realización de pruebas serológicas para sífilis
- ▶ Realizar la toma de muestra de exudado faríngeo para envío a laboratorio para estudio (examen en fresco, tinción gram, y cultivo)

### Tratamiento para Faringitis de transmisión sexual

---

**Tratamiento sintomático:** Indicar tratamiento que incluya medicamentos contra gonorrea, clamidia y sífilis.

#### Tratamiento de sintomático de la faringitis de transmisión sexual

- ▶ **Ciprofloxacina** 500 mg VO dosis única  
O
- ▶ **Ceftriaxone** 250 mg IM dosis única  
O
- ▶ **Azitromicina** 1 gr VO dosis única  
MÁS
- ▶ **Doxiciclina** 100 mg VO cada 12 horas, durante 7 días  
O
- ▶ **Azitromicina** 1 gr VO dosis única  
MÁS
- ▶ **Penicilina Benzatinica** 2,4 millones de unidades IM PPS 1 dosis cada semana por 3 semanas.

**Tratamiento etiológico:** si por medio del laboratorio se identifican los agentes etiológicos de la faringitis de transmisión sexual, indicar el tratamiento específico para cada entidad.

**Tratamiento de la faringitis de transmisión sexual causada por *N. gonorrhoeae***

- ▶ **Ciprofloxacina** 500 mg VO dosis única
- 
- ▶ **Ceftriaxone** 250 mg IM dosis única
- 
- ▶ **Azitromicina** 1 gr VO dosis única

**Tratamiento de la faringitis de transmisión sexual causada por *C. trachomatis*:**

- ▶ **Azitromicina** 1 g por vía oral en una dosis única
- 
- ▶ **Doxiciclina** 100 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días.

**Tratamiento de la faringitis de transmisión sexual causada por *T. pallidum*:**

- ▶ **Penicilina G Benzatinica** 2,4 millones de UI IM PPS por 3 dosis con intervalos de 1 semana entre cada dosis

En caso de **embarazo** está contraindicado el uso de Ciprofloxacina y Doxiciclina, utilizar:

- ▶ Eritromicina estearato etil succinato 500 mg VO cada 6 horas por 7 días.

En caso de contraindicación por alergia a la Penicilina Benzatinica utilizar:

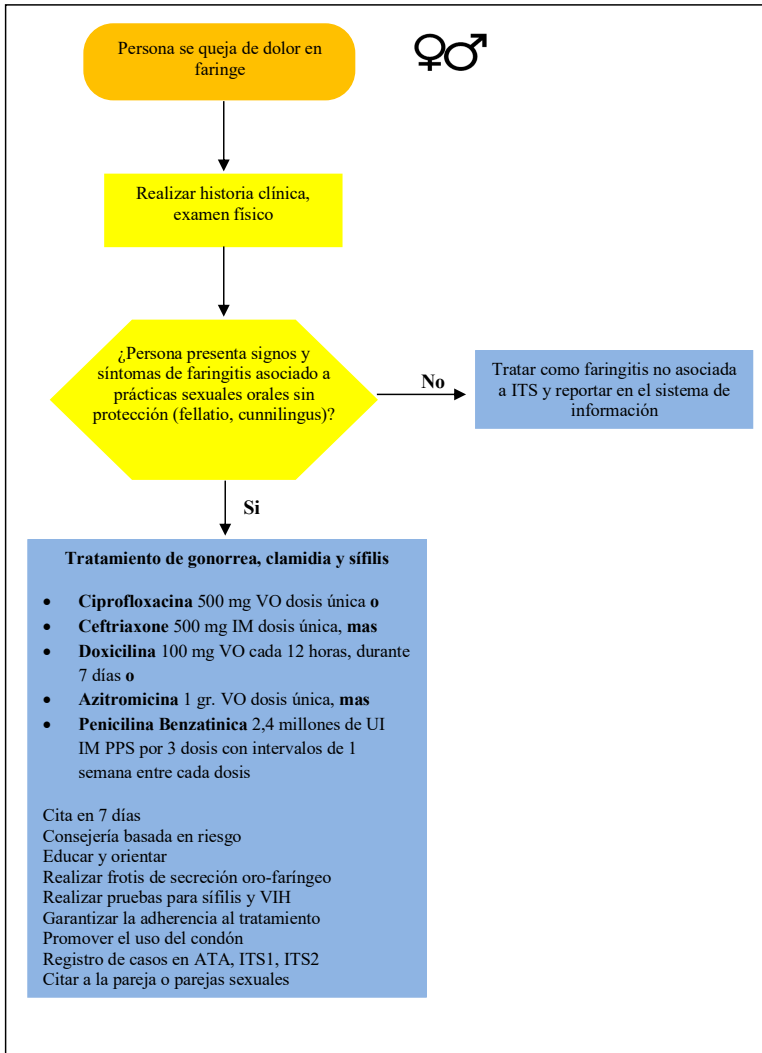
- ▶ Eritromicina 500 mg VO cada 6 horas por 15 días.

**Recomendaciones generales:**

A toda persona con faringitis de transmisión sexual brindar las siguientes recomendaciones generales:

- ▶ Citar en 7 días para evaluación de control
- ▶ Proporcionar información y orientación del cumplimiento del tratamiento
- ▶ Establecer contacto con la/s pareja/s sexuales para evaluación e instaurar un tratamiento en forma inmediata y efectiva. Estas acciones deberán ser realizadas con sensibilidad, teniendo en cuenta los factores sociales y culturales para evitar problemas éticos y prácticos, tales como el rechazo y la violencia, en especial contra las mujeres. Se debe realizar la notificación a la pareja de tal manera que la información se maneje de forma confidencial (23).
- ▶ Ofrecer los servicios de consejería y prueba de VIH
- ▶ Promover el uso consistente y proporcionar condones

Diagrama de flujo de Faringitis de transmisión sexual



### 3.3. Proctitis, proctocolitis y enteritis

**Definición:** Inflamación del recto que cursa con hemorragia, dolor y ocasionalmente secreción de moco y/o pus. Hombres y mujeres pueden contraer infecciones anorectales o intestinales por transmisión sexual por variedad de prácticas sexuales, que incluye coito anal receptivo y contacto sexual oral-anal (10)

**Etiopatogenia:** puede ser causado por varios agentes patógenos (Ver cuadro N°6)

Cuadro N°6 Causas etiológicas de proctitis, proctocolitis y enteritis.

Proctitis	Proctocolitis	Enteritis
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Shigella spp.</i>	<i>Giardia duodenalis</i>
<i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Campylobacter spp.</i>	<i>Cryptosporidium spp</i>
<i>Treponema pallidum</i>	<i>Salmonella spp.</i>	<i>Isospora</i>
<i>Virus herpes simple</i>	<i>Entamoeba histolytica</i>	<i>Mycrosporidia</i>
	<i>Cryptosporidium spp</i>	<i>Mycobacterium avium intracellulare</i>
	<i>Citomegalovirus</i>	<i>Citomegalovirus</i>

**Período de incubación:** Variable, según el agente causal.

#### Signos y síntomas

Pueden variar según el agente causal y la localización del proceso, aunque gran parte de las personas son asintomáticas.

Los síntomas más frecuentes de proctitis son: necesidad continua de evacuación, dolor ano-rectal, secreción anal que puede ser purulenta o mucóide, sangrado rectal, tenesmo, estreñimiento.

La proctocolitis se manifiesta por: afectación rectal, diarrea, dolor y distensión abdominal, en ocasiones síntomas sistémicos como fiebre. El virus herpes y la sífilis suelen afectar más el área perianal y el orificio anal y suelen ser muy dolorosas dada la abundancia de terminaciones nerviosas de la zona. La Chlamydia y la Gonorrea suelen afectar más el recto y dada las pocas terminaciones sensitivas de esta zona pueden ser indoloras.

### Diagnóstico de Proctitis, proctocolitis y enteritis

---

**Clínico:** Anamnesis encaminada a descartar ITS, examen físico que incluya exploración abdominal, inspección peri-anal y exploración de adenopatía inguinales.

**Laboratorio.** Si el establecimiento de salud cuenta con laboratorio:

- ▶ Indicar y tomar muestras según sea el caso para cultivos de secreciones,
- ▶ Exámenes microscópicos de heces y coprocultivo;
- ▶ Rectoscopia;
- ▶ Reacción en cadena de la polimerasa y ligasa útil para Chlamydia; descartar otras ITS concomitantes.

### Tratamiento para Proctitis, proctocolitis y enteritis

---

**Tratamiento sintomático:** El propio de las infecciones causales.

Las personas con Proctitis aguda y una historia de relaciones sexuales anales pueden ser tratadas sintómicamente contra **Chlamydia y Gonorrea** en espera de los resultados microbiológicos:

**El tratamiento de la proctitis aguda incluye medicamentos contra *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis***

- ▶ **Ciprofloxacina** 500 mg VO dosis única  
○
- ▶ **Ceftriaxone** 250 mg IM dosis única  
○
- ▶ **Doxiclina** 100 mg VO dos veces al día por 7 días  
○
- ▶ **Azitromicina** 1 gr VO dosis única

**Si se sospecha de úlcera sifilítica:**

- ▶ **Penicilina Benzatinica** 2.4 millones UI IM dosis única PPS

Si se sospecha de **úlcera por herpes virus:**

- ▶ Aciclovir 400 mg VO cada 8 horas por 7 días.

Si la persona presenta signos y síntomas de proctocolitis, proctitis y enteritis **NO** asociados a historia de prácticas sexuales ano-rectales:

- ▶ Tratar como proctocolitis, proctitis y enteritis por otras causas (no de transmisión sexual)

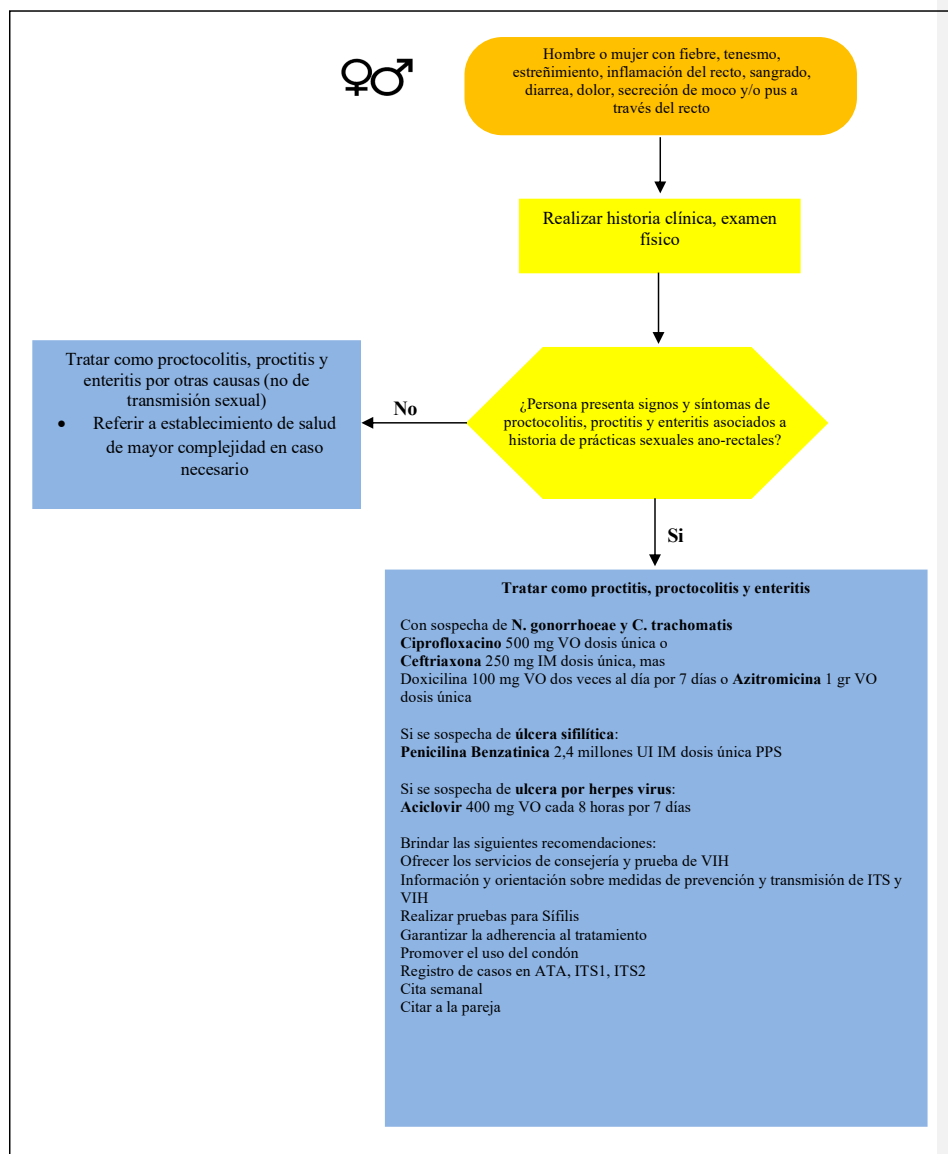
**Referir** a establecimiento de salud de mayor complejidad en caso necesario

### **Recomendaciones generales**

A toda persona con proctitis, proctocolitis y enteritis brindar las siguientes recomendaciones generales:

- ▶ Citar en 7 días a evaluación de control
- ▶ Proporcionar información y orientación del cumplimiento del tratamiento
- ▶ Establecer contacto con la/s pareja/s sexuales de los y las pacientes para evaluación e instaurar un tratamiento en forma inmediata y efectiva. Estas acciones deberán ser realizadas con sensibilidad y tomar en cuenta los factores sociales y culturales para evitar problemas éticos y prácticos, tales como el rechazo y la violencia, en especial contra las mujeres. Se debe realizar la notificación a la pareja de tal manera que la información se maneje de forma confidencial (23).
- ▶ Ofrecer los servicios de consejería y prueba de VIH
- ▶ Promover el uso consistente y proporcionar condones

Diagrama de flujo de proctitis, proctocolitis y enteritis



## Capítulo 4

# Vigilancia centinela de las infecciones de transmisión sexual (ITS)

La vigilancia centinela de las ITS (VICITS) forma parte de las estrategias del sistema de vigilancia epidemiológica la cual es congruente con la política de la Secretaría de Salud, con el objetivo de mejorar la prestación de servicios, que incluyen: la atención clínica, estudios de laboratorio y la prevención a través de la educación para cambios de comportamiento sexual de las personas en condiciones de mayor riesgo de exposición a las ITS y al VIH.

Estas personas son:

- [Mujeres y hombres que ejercen el trabajo sexual y sus clientes](#)
- [Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres](#)
- [Transexuales](#)
- [Garífunas](#)
- [Personas con VIH](#)

El manejo incluye:

### A. Primera Visita

En la primera visita realizar las siguientes actividades:

- ▶ [Llenado del Formulario de antecedentes e historia clínica](#)
- ▶ [Brindar consejería en VIH: pre y post prueba](#)
- ▶ [Colección de muestras para VIH e ITS \(clamidia, gonorrea, vaginosis bacteriana, tricomoniasis, sífilis, candida abicans\).](#)
- ▶ [Después de esta visita inicial las personas trabajadoras sexuales serán evaluadas en las UMIETS con una visita rutinaria cada mes y visitas completas cada tres meses.](#)

#### a) [Evaluación clínica y consejería en primera visita:](#)

**Deleted:** La vigilancia centinela de las ITS (VICITS) forma parte de las estrategias del sistema de vigilancia epidemiológica lo cual es congruente con la política de la Secretaría de Salud la cual persigue mejorar la prestación de servicios, que incluyen: la atención clínica, estudios de laboratorio y la prevención a través de la educación para cambios de comportamiento sexual de las personas en condiciones de mayor riesgo de exposición a las ITS y al VIH. ¶

**Formatted:** Font: (Default) +Body (Calibri), 11 pt

**Formatted:** Font: (Default) +Body (Calibri), 11 pt

**Deleted:** Estas personas son:¶  
<#>Mujeres y hombres que ejercen el trabajo sexual y sus clientes¶  
<#>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres ¶  
<#>Transexuales ¶  
<#>Garífunas¶  
<#>Personas con VIH¶

- ▶ [Llenado de la ficha de antecedentes \(esta ficha se llenará en la primera visita o visita inicial y luego una vez cada año\)](#)
- ▶ [Llenado de la historia clínica y examen físico \(esta ficha se llenará en esta y en cada consulta trimestral subsiguiente\)](#)
- ▶ [Consejería pre-prueba de VIH e ITS](#)
- ▶ [Consejería post-prueba de VIH](#)
- ▶ [Promoción del uso del condón](#)
- ▶ [Examen físico completo en mujeres y hombres](#)
- ▶ [Colección de muestras](#)
- ▶ [Diagnóstico](#)
- ▶ [Tratamiento](#)

b) [Muestras recolectadas en la primera visita:](#)

[Para hombres y mujeres:](#)

- [Sangre venosa 5ml para RPR y confirmación con TPPA en caso de ser positiva. De ser positivo el RPR se harán controles de seguimiento.](#)
- [Sangre capilar para prueba de VIH si el participante da consentimiento para la misma. Se utilizará el algoritmo diagnóstico que el país ha determinado.](#)

[En mujeres:](#)

[Muestra endocervical :](#)

- [Citología cervical \(se repite cada año\)](#)
- [Muestra para realizar la prueba de Reacción en cadena de polimerasa \(PCR por sus siglas en inglés\) para \*C. trachomatis\*, \*N. gonorrhoeae\*, \*Virus de papiloma humano\*, y \*Herpes virus\*](#)

[Muestra vaginal:](#)

- [Examen en fresco para tricomoniasis, candidiasis y conteo de nugent para identificar células clave \(\*Gardnerella vaginalis\*\)](#)
- [Coloración de Gram de fondo de saco y/o paredes vaginales. El frotis debe ser tomado y evaluado el resultado en la misma consulta.](#)

- De la muestra de fondo de saco agregar 2 gotas de Hidróxido de potasio al 10% (KOH) para liberación de aminas, que produce el olor típico de pescado en casos de Vaginosis bacterianas
- De la muestra de fondo de saco colocar una cinta de medición de pH, para determinar el pH vaginal (acidez y alcalinidad de la secreción); el pH normal de la vagina es de 3.8 a 4.5, en la vaginosis bacteriana se eleva por encima de 5 (alcalino).

#### **En hombres:**

Muestra del meato:

- ▶ Gram para diplococos gram-negativos intracelulares y leucocitos Muestra para realizar PCR para *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *Virus de papiloma humano*, *Mycoplasma genitalium* y *Herpes virus*

#### **B. Visita cada 3 meses**

Cada 3 meses se realizará un examen completo con los siguientes procedimientos:

a) Evaluación clínica y consejería:

- ▶ Promover el uso del condón
- ▶ Llenado de la historia clínica y examen físico
- ▶ Examen físico completo en mujeres y hombres
- ▶ Colección de muestras
- ▶ Diagnóstico
- ▶ Tratamiento

b) Muestras recolectadas:

#### **En mujeres:**

Muestra endocervical :

- Citología cervical (se repite cada año)
- Muestra para realizar la prueba de Reacción en cadena de polimerasa (PCR por sus siglas en inglés) para *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *Virus de papiloma humano*, *Mycoplasma genitalium* y *Herpes virus*

#### Muestra vaginal :

- [Examen en fresco para tricomoniasis, candidiasis y conteo de nugent para identificar células clave \(\*Gardnerella vaginalis\*\)](#)
- [Coloración de Gram de fondo de saco y/o paredes vaginales. El frotis debe ser tomado y evaluado el resultado en la misma consulta.](#)
- [De la muestra de fondo de saco agregar 2 gotas de Hidróxido de potasio al 10% \(KOH\) para liberación de aminos, que produce el olor típico de pescado en casos de Vaginosis bacterianas.](#)
- [De la muestra de fondo de saco colocar una cinta de medición de pH, para determinar el pH vaginal \(acidez y alcalinidad de la secreción\); el pH normal de la vagina es de 3.8 a 4.5, en la vaginosis bacteriana se eleva por encima de 5 \(alcalino\).](#)

#### En hombres:

#### Muestra del meato :

- [Gram para diplococos gram-negativos intracelulares y leucocitos](#)

#### Deleted: ¶

#### Primera Visita ¶

En la primera visita realizar las siguientes actividades: ¶  
<#>Llenado del Formulario de antecedentes e historia clínica, ¶  
<#>Brindar consejería en VIH: pre y post prueba ¶  
<#>Colección de muestras para VIH e ITS (clamidia, gonorrea, vaginosis bacteriana, tricomoniasis, sífilis, *Candida albicans*). ¶  
<#>Después de esta visita inicial los y las trabajadoras sexuales serán evaluados en las UMIETS con una visita rutinaria cada mes y visitas completas cada tres meses. ¶

#### Evaluación clínica y consejería en primera visita ¶

<#>Consejería pre-prueba de VIH e ITS, promoción del uso del condón ¶  
<#>Consejería post-prueba de VIH ¶  
<#>Llenado de la ficha de antecedentes (esta ficha se llenará en la primera visita o visita inicial y luego una vez cada año) ¶  
<#>Llenado de la historia clínica y examen físico (esta ficha se llenará en esta y en cada consulta trimestral subsiguiente) ¶  
<#>Examen físico completo en mujeres y hombres ¶  
<#>Colección de muestras ¶  
<#>Diagnóstico ¶  
<#>Tratamiento ¶

#### Muestras recolectadas en la primera visita: ¶

#### Para hombres y mujeres: ¶

<#>Sangre venosa 5ml para RPR y confirmación con TPPA en caso de ser positiva. De ser positivo el RPR se harán controles de seguimiento. ¶  
<#>Sangre capilar para prueba de VIH si el participante da consentimiento para la misma. Se utilizará el algoritmo diagnóstico que el país ha determinado. ¶

#### En mujeres: ¶

#### Muestra endocervical : ¶

<#>Citología cervical (se repite cada año) ¶  
<#> Muestra para realizar la prueba de Reacción en cadena de polimerasa (PCR por sus siglas en inglés) para *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *Virus de papiloma humano*, y *Herpes virus* ¶  
Muestra vaginal: ¶  
<#>Examen en fresco para tricomoniasis, candidiasis y conteo de nugent para identificar células clave (*Gardnerella vaginalis*) ¶  
<#>Coloración de Gram de fondo de saco y/o paredes vaginales. El frotis debe ser tomado y evaluado el resultado en la misma consulta. ¶  
<#>De la muestra de fondo de saco agregar 2 gotas de Hidróxido de potasio al 10% (KOH) para liberación de aminos, que produce el olor típico de pescado en casos de Vaginosis bacterianas ¶  
<#>De la muestra de fondo de saco colocar una cinta de medición de pH, para determinar el pH vaginal (acidez y alcalinidad de la secreción); el pH normal de la vagina es de 3.8 a 4.5, en la vaginosis bacteriana se eleva por encima de 5 (alcalino). ¶

#### En hombres: ¶

#### Muestra del meato: ¶

<#>Gram para diplococos gram-negativos intracelulares y leucocitos Muestra para realizar PCR para *C. trachomatis*, *N. ...* [1]

Formatted: Spanish (Traditional Sort)

Formatted

Formatted

Formatted

## Capítulo 5

### Situaciones especiales

---

#### 5.1. Personas víctimas de **violencia** sexual

Deleted: asalto

La atención de las personas víctimas de violencia sexual se orienta a la profilaxis, diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico de las ITS cuando corresponda y derivación a salud mental para atención especializada y a otras especialidades médicas si procede.

El examen médico debe ajustarse en forma rigurosa a los signos clínicos observados y a los hallazgos encontrados.

La infección por Gonorrea, Clamidia, Tricomoniasis, Sífilis y Vaginosis Bacteriana pueden ser prevenidas con la administración de una asociación de antibióticos. Los criterios para decidir tipo de antibiótico y dosis son en base a la edad, edad gestacional si estuviera embarazada y posibles alergias (27).

La atención a la persona que sufre violencia sexual incluye:

- ▶ Profilaxis con Ceftriaxona o Cefixima, Doxiciclina o Azitromicina y Metronidazol.
- ▶ Profilaxis post exposición para VIH de acuerdo a algoritmos nacionales (29).
- ▶ Toma de muestra de sangre para: sífilis, VIH, hepatitis B y C (para el conocimiento del estado serológico al momento de la atención y su posterior comparación)
- ▶ Cita para apoyo psicológico
- ▶ Realización de serología para sífilis (luego de 30 días) y para el VIH (luego de 3 meses).
- ▶ Vacuna contra hepatitis B.

**Profilaxis recomendada para personas víctimas de violencia sexual para prevenir infecciones no víricas (9).**

- **Ceftriaxona** 250 mg IM en una sola dosis  
○
- **Cefixima** 400 mg por vía oral en una sola dosis  
Mas
- **Metronidazol** 2 g por vía oral en una sola dosis  
Mas
- **Azitromicina** 1 g por vía oral en una dosis única  
○
- **Doxiciclina** 100 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días

## **5.2 Niños(as), adolescentes e infecciones de transmisión sexual**

Es importante el abordaje estandarizado para el manejo de las ITS en niños/as y adolescentes que se piensa han sido víctimas de abuso sexual debido a que la infección puede ser asintomática. Una ITS que no se diagnostica ni se trata puede dar lugar a una complicación imprevista en estadios tardíos y existe la posibilidad de transmisión.

La identificación de un agente patógeno de transmisión sexual en un niño/a después del período neonatal sugiere, en la mayoría de los casos, abuso sexual. Sin embargo, hay excepciones: por ejemplo, la infección rectal o genital con *C. trachomatis* en niños/as jóvenes puede originarse a partir de una infección contraída en el período perinatal que puede persistir hasta los tres años. Además, se han identificado vaginosis bacteriana y micoplasma genital en niños/as sometidos y no sometidos/as a abuso sexual.

Las verrugas genitales, aunque sugieren una agresión, no son específicas de abuso sin otra evidencia. Cuando la única evidencia de abuso es el aislamiento de un microorganismo o la detección de anticuerpos contra un agente de transmisión sexual, los hallazgos se deben confirmar y evaluar cuidadosamente.

Los prestadores de salud que sospechan un abuso deben tener en cuenta las opciones disponibles con respecto a la consejería especializada, el apoyo social y la reparación del daño.

Se debe realizar el examen de niños(as) y adolescentes para determinar si hubo abuso o agresión sexual de forma que se minimice el trauma posterior adicional. La decisión para evaluar a un individuo con el fin de determinar la presencia de una ITS debe adoptarse según el caso individual.

Los proveedores de salud que trabajan con niños(as) y adolescentes deben mostrar el debido respeto y mantener la confidencialidad del caso. Deben ser capacitados para obtener una buena historia clínica y sexual y para saber cómo superar el miedo de la paciente al examen pélvico.

Las situaciones que comprenden un alto riesgo de ITS y una indicación sólida para la realización de pruebas y análisis incluyen:

- ▶ Conocimiento que el presunto agresor sufre una ITS o VIH o un alto riesgo de contraer una ITS
- ▶ Signos y síntomas de una ITS al realizar la exploración física.

Se debe tener especial cuidado en la recolección de las muestras necesarias con el objeto de evitar traumas psicológicos y físicos al paciente. Las manifestaciones clínicas de algunas ITS pueden ser diferentes en niños y adolescentes en comparación con las de los adultos.

Algunas infecciones son asintomáticas o permanecen indetectables. Raramente se necesita, si es que se necesita alguna vez, un espéculo pediátrico en el examen de víctimas pre-púberes de una agresión sexual. De hecho, la habilidad, sensibilidad y experiencia son más importantes en estas situaciones que cualquier tecnología especialmente desarrollada. Los médicos que realizan la exploración física y la toma de muestras deben estar especialmente capacitados en la evaluación de la agresión o el abuso sexual a niños(as) y adolescentes.

Si el contacto inicial es reciente, el proveedor de salud debe realizar una consulta de seguimiento aproximadamente una semana después del último contacto para repetir la exploración física y recolectar muestras adicionales; de esta manera, transcurrirá suficiente tiempo para permitir la incubación de los agentes infecciosos. De manera similar, también es necesario realizar una consulta de seguimiento adicional aproximadamente a las 12 semanas después del último contacto sexual para tomar muestras de suero y permitir que transcurra el tiempo suficiente para que se desarrollen anticuerpos.

#### **Examen inicial**

Incluir en el examen inicial y cualquier examen posterior lo siguiente:

- ▶ Cultivos para *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* de muestras recolectadas de la faringe y el ano en ambos sexos, la vagina en las mujeres, y la uretra en los varones. No se deben obtener muestras cervicales en el caso de niñas prepúberes.  
Ante la presencia de secreción de la uretra, la muestra que se toma en el meato es un sustituto adecuado a la muestra por hisopado intrauretral. Para el aislamiento de *N. gonorrhoeae* se deben usar solamente los sistemas de cultivo estándar.
- ▶ Examen microscópico en fresco y Gram de una muestra obtenida por hisopado vaginal para la infección por *T. vaginalis* y/o otros patógenos. La presencia de células clave en una niña con flujo vaginal sugiere vaginosis bacteriana. El significado de las células clave u otros indicadores de vaginosis bacteriana como indicador de exposición sexual en presencia o ausencia de flujo vaginal es incierto.
- ▶ Cultivo de tejidos para *virus del herpes simplex* y microscopía de campo oscuro o pruebas directas de anticuerpos fluorescentes para *T. pallidum* (cuando estén disponibles) de una muestra recolectada de vesículas o úlceras en niños de cualquier edad y en adolescentes.

### **Examen a las 12 semanas de la agresión**

Se debe realizar un examen aproximadamente a las 12 semanas posteriores a la última exposición sexual para permitir el desarrollo de anticuerpos contra los agentes infecciosos. Se deben tener en cuenta las pruebas serológicas para los siguientes agentes: *T. pallidum*, VIH y virus de la hepatitis B.

### **Tratamiento presuntivo**

No se recomienda el tratamiento presuntivo para niños(as) sometidos(as) a una agresión o abuso sexual ya que las mujeres jóvenes parecen tener un riesgo más bajo de infección ascendente que las mujeres adolescentes o adultas y se puede garantizar un seguimiento periódico. Sin embargo, algunos(as) niños(as) o sus padres o tutores pueden mostrar gran preocupación por la posibilidad de contraer una ITS, incluso si el médico percibe que el riesgo es bajo. En algunos casos, atender las preocupaciones del paciente es una indicación apropiada para el tratamiento presuntivo.

### **Síndrome de úlcera genital**

La sífilis se presenta de la misma manera en adolescentes y adultos. Los estadios de chancro primario, sífilis secundaria, sífilis latente y respuestas serológicas son los mismos en ambos grupos.

### **Verrugas anogenitales**

Las verrugas se presentan como lesiones condilomatosas, papulosas o planas, su presentación es similar a la que se observa en los adultos.

### **Flujo vaginal**

Aproximadamente el 85% de las mujeres con infección gonocócica no presenta síntomas. Sin embargo, puede haber prurito vulvar, secreción leve, uretritis o proctitis. En niñas prepúberes, puede presentarse una vulvovaginitis purulenta.

De manera similar, la infección por *C. trachomatis* es asintomática en la mayoría de casos. Los síntomas que pueden aparecer en la adolescente son sangrado intermenstrual, sangrado postcoital y aumento de las secreciones vaginales.

Las tres causas más frecuentes de flujo vaginal anormal son: *T. vaginalis*, candidiasis y vaginosis bacteriana. *T. vaginalis* se transmite por vía sexual y causa una secreción maloliente molesta con dolor e irritación vulvar. También puede ser totalmente asintomática.

*C. albicans* es poco frecuente en adolescentes antes de la pubertad. Cuando está presente, la adolescente puede presentar flujo, prurito vulvar, dispareunia, dolor perianal o una fisura en el introito. Los ataques de vulvitis candidiásica pueden ser cíclicos y corresponderse con la menstruación.

La vaginosis bacteriana no provoca vulvitis y la adolescente no manifestará prurito o dolor.

## ANEXOS

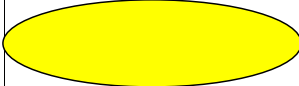


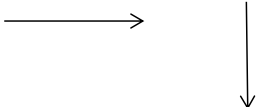
## Diagramas de flujo para identificación de síndromes de ITS

El diagrama de flujo es una herramienta fundamental para la elaboración de un procedimiento, ya que a través de ellos podemos ver gráficamente y en forma consecutiva el desarrollo de una actividad determinada (30).

Se ha diseñado un diagrama de flujo para cada uno de los síndromes de ITS. El diagrama de flujo es un árbol de decisión-acción y sirve de guía para confirmar la presencia del síndrome por lo cual se debe dar tratamiento a él(la) usuario(a) (4).

Los diagramas de flujo están diseñados gráficamente para mejor comprensión. Cada acción o decisión está enmarcada en un símbolo y tiene una o dos rutas de salida hacia otro símbolo que encierra otra acción o decisión.

A continuación se describe cada símbolo del diagrama de flujo y lo que representa (30).

Símbolo	Nombre	Descripción
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un Procedimiento.
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que deben realizarse las tareas.

## Bibliografía.

1. OMS. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006 - 2015. Ginebra : Ediciones de la OMS, 2007.
2. Carlos Cruz Palacios, Ubaldo Ramos Alamillo et al. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS dirigida al personal de salud. México, D.F. : Fundacion Mexicana para la Salud A.C., 2011.
3. Secretaria de Salud de Honduras. Informe de atenciones por infecciones de transmision sexual. Tegucigalpa : s.n., 2013.
4. Secretaria de Salud de Honduras, TEPHINET. Guía para el manejo sindromico de las infecciones de transmision sexual. Tegucigalpa, M.D.C. : Imprenta Honduras, 2011.
5. Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Abreu, Idania Castro. 2010, Revista Habanera de Ciencias Medicas, pág. 707.
6. Organización Mundial de la Salud. Módulos de capacitación para el manejo sindromico de las Infecciones de transmisión sexual. Ginebra : Ediciones de la OMS, 2008.
7. Organizacion Mundial de la Salud. Infecciones de transmision sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica. Ginebra : s.n., 2005.
8. CARE Perú. Módulo de capacitación. Manejo sindrómico de las ITS. Lima : R&E Publicaciones, 2009.
9. Universidad de Salamanca . Ediciones Universidad de Salamanca. [En línea] [Citado el: 23 de Mayo de 2014.] <http://dicciomed.eusal.es/palabra/sindrome>.
10. Ministerio de sanidad, politica Social e Igualdad de España. Guía de buena práctica clínica en infecciones de transmision sexual. Madrid : OMC, 2011.

11. Department of Health and Human services Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and mortality Weekly Report. Sexually Transmitted diseases treatment Guidelines, 2010. 2010. 59.
12. Ministerio de Salud y Prevision Social de Bolivia. Guía del manejo sindrómico de las infecciones de transmision sexual. La Paz : s.n., 2001.
13. Organización Mundial de la Salud , REVISION 2012. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo , Guia basica.
14. Secretaria de Salud de Honduras. Normas Nacionales para la atencion materno-neonatal. Tegucigalpa : s.n., 2010.
15. —. Norma para el manejo integral de la sífilis materna y congénita. Tegucigalpa : s.n., 2011.
16. Melgar, Maria Luisa y Stanley, Blanco. Sub Programa de eliminacion de la sífilis materna y congénita. Bolivia 1998-2002. La Paz, Bolivia : Ministerio de de Salud y Prevención social, 1998.
17. Moraes Mario, Estevan Miguel. Actualizacion en sífilis congénita temprana. [En línea] Arch.Pediatr.Urug., 03 de 2012. [Citado el: 18 de 09 de 2014.] [www.scielo.edu.uy](http://www.scielo.edu.uy).
18. Risk factors for congenital syphilis in infants of women with syphilis in South Caroline. Mobley, Julie, McKeown, Robert y Jackson, Kirby, et al. 4, s.l. : American Journal of Public Health, 1998, Vol. 88.
19. Secretaria de Salud de Honduras. Manual de normas y procedimientos de atencion integral a la mujer. Tegucigalpa : Departamento de salud Materno infantil, 1999.
20. Nelson, Waldo, Vaughan, Víctor y Behrman, Richard. Tratado de Pediatría. Mexico D.F. : Interamericana, 1987.
21. Estudio seroepidemiológico de sífilis, hepatitis B y VIH en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal en las regiones sanitarias Metropolitanas, 2,2,4,6 y 7 de Honduras. Sierra, Manuel, Pinel, Rolando y Paredes, Karla, et al. Tegucigalpa : Departamento ETS/SIDA/TB, 1999.

22. Ministério de Saude, Coordenacáo Nacional de Doencas sexualmente transmissiveis e AIDS. Boletim epidemiológico Sífilis congénita-situacao atual. 1990.
23. Organizacón Mundial de la Salud. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmision sexual. Suiza : s.n., 2005.
24. —. Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance. s.l. : World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1999.
25. Evaluacón de los criterios de Nugent y Amsel para el diagnóstico de vaginosis bacteriana. Navarrete Paola, Dominguez Mariana, Castro Ericka y Zeleman Raúl. 7, Santiago : Revista Médica Chile, 2000, Vol. 128.
26. Secretaria de Salud de Honduras. Manual de normas y procedimientos de atención a usuarios(as) de servicios de salud por infecciones de transmision sexual. Tegucigalpa M.D.C. : Imprenta Honduras, 2006.
27. Ministerio de Salud de Chile. Normas de manejo y tratamiento de infecciones de Transmision Sexual (ITS). Santiago : s.n., 2008.
28. Universidad de Salamanca. Dicciomed . [En línea] 28 de Mayo de 2014.  
<http://dicciomed.eusal.es/palabra/conjuntivitis>.
29. Secretaria de Salud de Honduras. Manual de atención integral al adulto y adolescente con VIH. Tegucigalpa : s.n., 2014.
30. Secretaria de Relaciones Exteriores SRE. Guía técnica para la elaboracón de manuales de procedimientos. Mexico : s.n., 2004.
31. Secretaria de Salud de Honduras. Modelo Nacional de Salud. Tegucigalpa M.D.C. : s.n., 2013.
32. Secretaria de Salud de Honduras, CDC. Vigilancia Centinela de ITS para mujeres TS. Historia Clínica de ITS para mujer TS. 2013.

33. Secretaria de Salud de Honduras. Conjunto de prestaciones en Salud (CPS). Tegucigalpa MDC : s.n., 2014.
34. —. Norma de prevencion de la transmision del VIH de madre a hijo(a). Tegucigalpa : s.n., 2014.
35. Dallabetta, Gina, Marie, Llaga y Lamptey, Peter. Pruebas treponémicas y ni treponémicas en en el control de las enfermedades de transmision sexual. Un mamual para el diseño y la administracion de programas.
36. Godoy, Alejandro. III taller nacional sobre transmision perinatal de las ETS/VIH/SIDA. Tela, Atlantida : Secretaria de Salud, division ETS/SIDA, 1996.
37. Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Abreu, Idania Castro. 2010, Revista Habanera de Ciencias Medicas, pág. 707.
38. Secretaria de Salud de Honduras. Norma de prevencion de la transmision del VIH de madre a hijo(a). Tegucigalpa : s.n., 2014.

## Ilustraciones

1. **Ilustración 1** Vesículas en pene, Obtenida de <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-internacional-andrologia-262/ulceras-genitales-debidas-mrsa-90035250-casos-clinicos-2011>
2. **Ilustración 2** Úlcera genital en pene. Obtenida de <http://hombresconcarisma.blogspot.com/2014/08/gonorrea-uretritis-gonococica-en-el.html>
3. **Ilustración 3** Úlcera genital en labios mayores. Obtenida de [http://www.lookfordiagnosis.com/mesh\\_info.php?term=Chancroide&lang=2](http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Chancroide&lang=2)
4. **Ilustración 4** Secreción uretral Obtenida de [http://web.udl.es/usuarios/dermatol/PaginesGrans/uretritis\\_no\\_gonococicaG2.html](http://web.udl.es/usuarios/dermatol/PaginesGrans/uretritis_no_gonococicaG2.html)
5. **Ilustración 5** Secreción uretral Obtenida de [http://web.udl.es/usuarios/dermatol/PaginesGrans/uretritis\\_no\\_gonococicaG2.html](http://web.udl.es/usuarios/dermatol/PaginesGrans/uretritis_no_gonococicaG2.html)
6. **Ilustración 6** Flujo vaginal. Obtenida en <http://medicinaesencial.blogspot.com/2012/12/examen-de-los-genitales-femeninos.html>
7. **Ilustración 7** Flujo cervical. Obtenida en <http://medicinaesencial.blogspot.com/2012/12/examen-de-los-genitales-femeninos.html>
8. **Ilustración 8** Bubón inguinal. Obtenida en Guía de manejo sindrómico de las ITS SESAL
9. **Ilustración 9** Edema de escroto. Obtenida en Guía de manejo sindrómico de las ITS SESAL
10. **Ilustración 10** Condilomatosis en pene. Obtenido en [http://centrourologicosiglo21.com/frameset.php?url=/photo\\_1174569\\_condilomas-en-el-pene.html](http://centrourologicosiglo21.com/frameset.php?url=/photo_1174569_condilomas-en-el-pene.html)
11. **Ilustración 11** Condilomatosis perianal. Obtenido en <http://tuxchi.iztacala.unam.mx/disweb/piel->
12. **Ilustración 12** Condilomatosis vulvar Obtenido en <http://michaelachitussi.blogspot.com/2013/09/infecciones-tracto-femenino-vulva-vagina.html>

13. **Ilustración 13** Curetaje de molusco contagioso obtenido en [michaelachitussi.blogspot.com/2013/09/infecciones-tracto-femenino-vulva-vagina.html](http://michaelachitussi.blogspot.com/2013/09/infecciones-tracto-femenino-vulva-vagina.html)
14. **Ilustración 14** Molusco contagioso obtenido en [michaelachitussi.blogspot.com/2013/09/infecciones-tracto-femenino-vulva-vagina.html](http://michaelachitussi.blogspot.com/2013/09/infecciones-tracto-femenino-vulva-vagina.html)
15. **Ilustración 15** Lesiones provocadas por escabiosis obtenida en Escabiosis [michaelachitussi.blogspot.com/2013/09/infecciones-tracto-femenino-vulva-vagina.html](http://michaelachitussi.blogspot.com/2013/09/infecciones-tracto-femenino-vulva-vagina.html)
16. **Ilustración 16** Lesiones provocadas por escabiosis obtenida en Escabiosis [michaelachitussi.blogspot.com/2013/09/infecciones-tracto-femenino-vulva-vagina.html](http://michaelachitussi.blogspot.com/2013/09/infecciones-tracto-femenino-vulva-vagina.html)
17. **Ilustración 17** Pediculosis pubis Obtenida en [michaelachitussi.blogspot.com/2013/09/infecciones-tracto-femenino-vulva-vagina.html](http://michaelachitussi.blogspot.com/2013/09/infecciones-tracto-femenino-vulva-vagina.html)
18. **Ilustración 18** Agente causal de pediculosis pubis Obtenido en [michaelachitussi.blogspot.com/2013/09/infecciones-tracto-femenino-vulva-vagina.html](http://michaelachitussi.blogspot.com/2013/09/infecciones-tracto-femenino-vulva-vagina.html)
19. **Ilustración 19** Neonato con oftalmia gonocócica. <http://www.clinicavalle.com/galeria-alteraciones-oculares/conjuntiva/>



|

