



Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS

*Dirigida a personal
de servicios de salud*



Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS

*Dirigida a personal
de servicios de salud*

Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS
Dirigida a personal de servicios de salud

Primera edición, 2011

D.R.© Fundación Mexicana para la Salud A.C.
México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN: 978-607-7897-09-5

Autores:

Dr. Carlos Cruz Palacios
Dr. Ubaldo Ramos Alamillo
Dra. Andrea González Rodríguez

Con la colaboración de:

Dr. Jesús Casillas Rodríguez
Dr. Carlos Conde González

Supervisión técnica:

Dra. Patricia Uribe Zúñiga, FUNSALUD
CENSIDA, Secretaría de Salud de México

Este documento es parte del proyecto “Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidas a HSH, HSH/TS y personas UDI” financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Disponible en www.funsalud.org.mx

ÍNDICE

Introducción	5
I. Las ITS como problema de salud pública	9
Etiología de las ITS (Cuadro 1)	11
Principales complicaciones que producen las ITS (Cuadro 2)	12
II. Formas de transmisión de las ITS	13
Mecanismos de transmisión	13
Factores que incrementan el riesgo de contagio de las ITS	13
III. Dinámica de transmisión de las ITS	17
IV. Manejo integral de las ITS	19
Manejo general de una persona con sospecha de tener una ITS	20
Manejo inicial de la persona con sospecha de ITS (Cuadro 5)	21
Antecedentes de importancia de la persona (Cuadro 6)	21
Examen físico para hombres y mujeres (Cuadro 7)	22
V. Diagnóstico y manejo sindrómico de las ITS	25
V.1 Síndromes relacionados con las ITS	27
Síndrome de secreción uretral	27
Síndrome de secreción vaginal	28
Síndrome de dolor abdominal bajo	30
Síndrome genital ulcerativo	31
Tratamiento para las ITS caracterizadas por úlcera anogenital y/o bucal	33
Tratamiento para sífilis	33
Tratamiento para herpes genital	35
Tratamiento para el chancroide	37
Tratamiento para el linfogranuloma venéreo (LGV)	37
Tratamiento para el granuloma inguinal	38

Síndrome tumoral	39
Condilomas acuminados	39
Moluscos contagiosos	41
Síndrome de inflamación escrotal	42
V. 2 Flujogramas del manejo sindrómico	44
Pasos para el uso de los flujogramas	44
Abordaje de las ITS (Cuadro 8)	45
Flujograma 1. Síndrome de secreción uretral (Sin laboratorio)	45
Flujograma 2. Síndrome de secreción uretral (Con laboratorio)	46
Flujograma 3. Síndrome de secreción vaginal (Sin espejo vaginal)	48
Flujograma 4. Síndrome de secreción vaginal (Con espejo vaginal)	49
Flujograma 5. Síndrome de secreción vaginal (Con espejo vaginal y microscopio)	50
Flujograma 6. Síndrome de dolor abdominal bajo	51
Flujograma 7. Síndrome de úlcera genital	52
Flujograma 8. Dolor y/o edema escrotal	53
Flujograma 9. Tumoraciones	54
VI. Prevención de las ITS en víctimas de violencia sexual	55
VII. Fotografías de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en el país	57
Bibliografía	63
Para obtener más información	67

La presente *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS dirigida a personal de servicios de salud* fue diseñada como una herramienta de consulta cotidiana y práctica para el personal de la salud que se enfrentan a la necesidad de tratar a personas con signos y síntomas de infecciones de transmisión sexual (ITS) y que requieren tomar decisiones rápidas, ya sea para diagnosticar y ofrecerles tratamiento o para referirlas a un nivel superior de atención.

Esta Guía se centra en el manejo sindrómico de las ITS, por considerar que se trata de un abordaje útil en los centros de atención de primer nivel, aunque también ofrece información para ayudar al diagnóstico cuando los centros de salud pueden disponer de pruebas básicas de laboratorio.

Los primeros apartados de este documento ofrecen información general sobre las ITS. Se incluye una descripción de las formas de transmisión de las ITS y la dinámica de transmisión de estas infecciones en los diferentes grupos la población.

El apartado cinco está dedicado a tratar con detalle el manejo de las ITS, desde el abordaje sindrómico, pero también con recomendaciones para hacer estudios de laboratorio cuando existe la posibilidad de hacerlos. Este apartado ofrece información básica sobre los síndromes más comunes provocados por las ITS y los procedimientos a seguir dependiendo de cada caso. Esta sección de la guía ofrece flujogramas de referencia, así como los tratamientos recomendados para ser prescritos en la República Mexicana.

Esta Guía fue elaborada por expertos nacionales en ITS de la Clínica Especializada Condesa del D.F., con la colaboración del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y forma parte del proyecto “Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidas a HSH, HSH/TS, y persona UDI”, financiado por el Fondo Mundial de lucha con el Sida, la Tuberculosis y la Malaria .

Para la elaboración de este documento se hizo una revisión de las herramientas y guías existentes en México para el diagnóstico y tratamiento de las ITS, se

integró el conocimiento y la experiencia de expertos nacionales, así como de las recomendaciones internacionales elaboradas por la Organización Mundial de la Salud en el tema de ITS con el fin de impulsar una estrategia mundial de prevención y control de estas infecciones.

Esperamos que las y los profesionales de la salud encuentren útil la información que aquí se presenta, que puedan utilizarla en su práctica cotidiana y que sirva para apoyar sus esfuerzos en la lucha contra las infecciones de transmisión sexual.

Al abordar temas relacionados a la sexualidad es particularmente importante el no partir de supuestos y promover la inclusión permanente de hombres y mujeres evitando el sexismo, así como visibilizar la diversidad de personas, preferencias sexuales, identidades genéricas y prácticas sexuales.

Uso del lenguaje no sexista e incluyente

Esta Guía se elaboró reconociendo la importancia de usar un lenguaje no sexista a fin de promover una mayor atención “al trato desigual y a la segregación de las personas de un sexo por considerarlas inferiores a las del otro”, mismas que muchas veces se reproducen mediante el lenguaje, las imágenes y los códigos que utilizamos.

Con base en las recomendaciones emitidas por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) para comunicar de una manera libre de sexismo y contribuir a disminuir la discriminación sexualⁱ se utilizaron términos incluyentes en la mayoría de los casos. Se seleccionaron términos incluyentes que no dificultaran la lectura de la Guía como “personal de salud”, “personas adultas” o “personas” en lugar de “adultos”, “pacientes” o “profesionales de la salud”.

Diversidad sexual y servicios de salud

En el trabajo con ITS es fundamental reconocer que existen diversos comportamientos y orientaciones sexuales e identidades genéricas que no están necesariamente dentro de las pautas sociales establecidas como “adecuadas”. Esta situación ha generado actitudes de rechazo y maltrato hacia algunos grupos de la

ⁱ CONAPRED. 10 Recomendaciones para el uso no sexista del lenguaje, 2ª edición, 2009

población como son trabajadores y trabajadoras sexuales, hombres y mujeres que tienen relaciones sexuales con otras personas de su mismo sexo o que se sienten atraídas hacia ellas, o incluso las personas que no obedecen las normas sociales y culturales de la masculinidad y la feminidad.

La homofobia o lesbofobia o la transfobia son una forma de violencia, odio, hostilidad y discriminación contra personas que tienen relaciones sexuales con otras de su mismo sexo o se sienten atraídas hacia ellas. En América Latina y el Caribe, como en muchas otras regiones, la agresión homofóbica es particularmente persistente en la sociedad y surge de la información errónea, la discriminación y los prejuicios, fomentando un ambiente inseguro para las personas y alejándolas de los servicios de salud preventivos y de atención establecidos. Encuestas sobre discriminación realizadas y organizaciones de la sociedad civil han reportado que a pesar de los esfuerzos realizados, la mayoría de las instituciones de salud no cuentan con personal sensibilizado y capacitado para atender a personas homosexuales, trans o lesbianas y que contribuyen frecuentemente a la discriminación y el rechazo.ⁱⁱ

Por ello, es fundamental promover servicios de salud en un ambiente libre de discriminación y estigma hacia cualquier persona, particularmente en los servicios dirigidos a la atención de la salud sexual, incluyendo las infecciones de transmisión sexual y del VIH/SIDA. Esto es un imperativo ético y profesional para cualquiera que tenga la responsabilidad de ofrecer información y servicios de salud a la población.

Patricia Uribe Zúñiga

ⁱⁱ CONAPRED. La Diversidad sexual y los retos de la igualdad y la inclusión. Colección Estudios 5, 2007

I. Las ITS como problema de salud pública

Las infecciones de transmisión sexual representan un serio problema de salud pública en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 900 mil personas se infectan a diario y se registran 340 millones de casos nuevos de ITS cada año en el mundo, y la proporción de casos es mayor entre personas de 15 a 49 años, siendo similar en ambos sexos, observándose un ligero predominio entre los hombres entre las que destacan la sífilis, gonorrea, clamidia y tricomoniasis.

Algunas de las cifras y datos que destaca la OMS para dar cuenta de la gravedad del problema que representan las ITS son: ⁱⁱⁱ

- En las mujeres, las infecciones por gonococo y clamidia que no son tratadas a tiempo, pueden llegar a generar enfermedad pélvica inflamatoria hasta en 40% de los casos. Uno de cada cuatro de estos casos provocan infertilidad.
- En el embarazo, la sífilis temprana no tratada puede provocar una tasa de mortinatalidad de hasta 25% y 14% de las muertes neonatales, lo que significa alrededor de 40% de la mortalidad perinatal global. En el continente africano, la prevalencia de sífilis entre embarazadas, oscila entre 4% y 15%.
- El desarrollo de nuevas vacunas contra la infección por el papilomavirus humano podría evitar cada año la muerte prematura de aproximadamente 240,000 mujeres por cáncer cervicouterino, en las poblaciones de escasos recursos.
- En todo el mundo, cerca de 4,000 recién nacidos al año quedan ciegos como consecuencia de infecciones oculares atribuibles a infecciones gonocócicas y clamidianas maternas no tratadas.

ⁱⁱⁱOMS. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015. Ginebra, OMS, 2007.

Las ITS siguen siendo un serio problema de salud tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. No obstante, los datos epidemiológicos desglosados por regiones muestran que tanto la prevalencia como la incidencia de las ITS son más altas en los países en vías de desarrollo que en los países industrializados.

Además, los datos disponibles en distintas regiones el mundo revelan que las ITS afectan de manera particular a las personas que viven en poblaciones marginadas, ya que generalmente estas personas tienen problemas para acceder a los servicios de salud, a lo que se suma el hecho de que las zonas marginadas carecen de personal calificado y equipo que permita un diagnóstico confiable de las ITS.

En lo que respecta a la mayor o menor prevalencia de las ITS entre los distintos países y grupos poblacionales, la OMS ha señalado que: “Cualquier cifra a nivel mundial, puede ocultar la gran diferencia en incidencia y prevalencia que existe en distintas regiones y países. Aún en los países, la prevalencia podría ser alta en grupos específicos de alto riesgo o en la población en general”.^{iv}

Es obligación del Estado y de la sociedad en su conjunto trabajar para garantizar que todas las personas puedan acceder a servicios de salud que ofrezcan prevención y tratamiento de las ITS mediante intervenciones eficaces. Aunque este objetivo representa un enorme reto para los sistemas de salud de muchas partes del mundo, trabajar para lograrlo es un tema crucial en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.

^{iv} OMS. Módulos de capacitación para el Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual. Módulo 1. Introducción a la prevención y el control de las ITS. 2a edición. s/l, OMS, 2008.

Cuadro 1. Etiología de las ITS más frecuentes

Patógenos	Agente etiológico	ITS	Período de Incubación
Bacterias	<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis	21 días
	<i>Nessiseria gonorrhoeae</i>	Gonorrea	3 a 5 días
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Uretritis, cervicitis	8 a 15 días
	<i>Chlamydia trachomatis</i> L ₁ , L ₂ , L ₃	Linfogranuloma venéreo	8 a 21 días
	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Chancroide	3 a 5 días
	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Granuloma inguinal	2 semanas a 3 meses
	<i>Mycoplasma hominis</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i>	Uretritis, cervicitis	1 a 3 semanas
	<i>Shigella sp</i> <i>Campylobacter sp</i>	Enteritis Enteritis	Variable, depende la infección
	Microorganismos asociados con la vaginosis bacteriana (<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Mobiluncus sp</i>)*	Vaginosis bacteriana, Uretritis	Depende de la infección
Virus	Virus del Herpes simple tipo 2 y 1 (VHS) Virus del herpes humano tipo 5 (Citomegalovirus)	Herpes simple genital Úlceras genitales	2 a 10 días 4 a 8 semanas a más
	Virus del herpes humano tipo 8 Virus del papiloma humano (VPH)	Sarcoma de Kaposi Condilomas acuminados	Variable (en SIDA) 1 a 3 meses
	Virus de la Hepatitis B (VHB) y C	Hepatitis B y C	4-26 semanas (media 6 a 8)
	Virus del <i>Molluscum contagiosum</i> (VMC) Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Moluscos contagiosos SIDA	1 a 2 meses Variable
Protozoarios	<i>Trichomonas vaginales</i>	Tricomoniasis vaginalis	1 a 3 semanas
	<i>Entamoeba histolytica</i> <i>Giardia lamblia</i>	Uretritis, Úlceras genitales, Enteritis	2 a 4 semanas
	<i>Candida albicans</i> y sp.	Candidiasis vaginal, Balanopostitis, Uretritis	2 a 4 semanas
Ectoparásitos	<i>Sarcoptes scabiei</i>	Sarna	2 a 4 semanas
	<i>Phthirus pubis</i>	Pediculosis del pubis	8 a 10 días

*Actualmente vaginosis bacteriana no es considerada como una ITS

Realizado por los Drs. Carlos Cruz/Ubaldo Ramos

Cuadro 2. Principales Complicaciones que producen las ITS

Hombres	Mujeres	Niños
• Orquiepididimitis • Estenosis uretral • Infertilidad • Cáncer de ano o pene • Demencia	• Cáncer cervical • Parto prematuro • Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) • Abortos • Dolor pélvico crónico • Infertilidad • Esterilidad • Embarazo ectópico • Infecciones postparto • Mortalidad materna	• Bajo peso al nacer • Mortalidad perinatal • Malformaciones congénitas • Daño ocular, pulmonar, óseo, neurológico. • Muerte perinatal

Realizados por los Drs. Carlos Cruz y Ubaldo Ramos

II. Formas de transmisión de las ITS

Las ITS se transmiten generalmente mediante el contacto sexual sin protección cuando existe penetración, ya sea vaginal o anal, aunque también es posible adquirir una ITS mediante el sexo oral u otras vías como la sanguínea o perinatal (por ejemplo la sífilis y la hepatitis B).

Las infecciones de transmisión sexual se transmiten generalmente mediante el contacto con:

- Fluidos corporales infectados, como sangre, semen, secreciones vaginales o saliva (hepatitis B).
- A través de la contigüidad de la piel por medio de heridas micro o macro o membranas mucosas como, por ejemplo, mediante una úlcera en la boca, pene, ano o vagina, o por el edema causado por secreciones patógenas en esos mismos sitios.
- Juguetes sexuales contaminados.

Factores que incrementan el riesgo de contagio de las ITS

No todos los casos de contacto sexual sin protección terminan en la transmisión de una ITS, pero que una persona se infecte o no depende de varios factores, como puede verse en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. Factores que incrementan el riesgo de contagio de las ITS

Factores biológicos	• Edad. Las y los jóvenes corren mayor riesgo cuando la iniciación sexual se da en la adolescencia temprana o antes. En las mujeres jóvenes la mucosa vaginal y el tejido cervical es inmaduro, lo que las vuelve más vulnerables a las ITS. • Estado inmunológico. El estado inmunológico del huésped y la virulencia del agente infeccioso afectan la transmisión de las ITS. Las ITS aumentan el riesgo de transmisión de VIH, pero también el VIH facilita la transmisión de las ITS y agrava las complicaciones de las mismas, ya que debilita el sistema inmunológico. • Tipo de relación sexual. Las ITS pueden entrar al organismo con mucha mayor facilidad a través de las mucosas de la vagina, recto o boca que por la piel. Dado que en las mujeres la superficie mucosa de la vagina que se pone en contacto con el agente infeccioso es más grande, ellas pueden infectarse más fácilmente. Los hombres y mujeres que tienen coito anal, debido a la exposición de la mucosa rectal también tienen más posibilidades de infectarse. • Durante el coito, la pareja receptora (hombre o mujer) por lo general se encuentra más expuesta a las secreciones genitales en cuanto a cantidad y duración de la exposición. La falta de lubricación, así como una mayor vascularización de la zona, pueden facilitar lesiones o el ingreso de infecciones; como sucede durante los cambios en el cuello uterino durante el ciclo menstrual, el uso de hormonas o ante la presencia de hemorroides en el recto u otra patología anorrectal. • Circuncisión. Estudios recientes sobre prevención del VIH han demostrado una eficacia del 68% cuando la pareja sexual se encuentra circuncidada. El tener prepucio, es considerado como riesgo en la adquisición de las ITS.
Factores conductuales	Las conductas que aumentan el riesgo de infección incluyen: • Tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas • Tener varias parejas sexuales simultáneas. • Cambiar frecuentemente de parejas sexuales. • Mantener contacto sexual con parejas “casuales”, trabajadoras y/o trabajadores sexuales o sus clientes sin protección. • Compartir juguetes sexuales sin limpieza adecuada previa, que se utilicen en vagina, ano/recto o boca. • Tener relaciones sexuales con penetración y sin protección. • Haber tenido una ITS durante el último año, ya que se corre el riesgo de volver a contraer la infección si no se modifica la conducta sexual. • Tener relaciones sexuales bajo coerción o violencia.

Factores sociales

- **Diferencias de poder.** En una relación sexual cuando existen jerarquías, poder económico, diferencias de edad o aspectos culturales que establecen discriminación hacia un grupo de la población se dan diferencias de poder que ponen en desventaja a una de las partes. En muchas culturas, las mujeres toman pocas decisiones sobre sus prácticas sexuales, lo que les impide protegerse mediante el uso de condones. Un hombre o mujer que es penetrado bajo coerción, que es menor de edad o cuando ofrece un servicio sexual tiene menores posibilidades de negociación y mayores posibilidades de ser infectado.
- **Contextos de mayor riesgo.** Existen grupos de personas especialmente vulnerables a las ITS porque se encuentran en situaciones que dificultan la prevención de las mismas, como son la privación de la libertad, índices altos de violencia sexual o social o de estigma y discriminación, menor acceso a información o servicios de salud sexual adecuados o situaciones donde los usos y costumbres dificultan la negociación de prácticas sexuales protegidas.

Estos grupos incluyen:

- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- Mujeres transgénero.
- Trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes.
- Hombres o mujeres que tienen múltiples parejas sexuales simultáneas.
- Hombres o mujeres alejados de sus parejas sexuales habituales: conductores de largas distancias o soldados.
- Personas privadas de la libertad.
- Mujeres y hombres que viven violencia sexual.
- Jóvenes sin información y servicios adecuados.
- Poblaciones indígenas o marginadas.
- Población migrante.
- Mujeres embarazadas.

III. Dinámica de transmisión de las ITS en la población

Las dinámicas de transmisión de las ITS son sumamente complejas, como hemos visto, involucran una serie de factores biológicos, individuales (de comportamiento) e incluso sociales.

En los últimos veinte años, y como resultado de la propagación de la epidemia de VIH, los especialistas en ITS han ido adquiriendo nuevos conocimientos sobre la forma como se transmiten estas infecciones. Con la elaboración de modelos matemáticos e información recabada mediante investigaciones de campo en determinados grupos de la población, se ha podido demostrar la importancia de las redes sexuales como factores cruciales en la propagación de estas infecciones. Esta comprensión de la dinámica de transmisión está afectando el diseño de las medidas de prevención y control.

Uno de los aspectos que ahora conocemos mejor es que la distribución de las ITS no se mantiene estática en una población determinada. Esto significa que con el paso del tiempo, las epidemias se van modificando y siguen distintas fases caracterizadas por diferentes pautas de distribución y transmisión de los agentes patógenos. Por lo general, en las primeras fases de una epidemia o en algunas zonas geográficas, los agentes patógenos se transmiten con más frecuencia entre grupos de personas que tienen comportamientos sexuales de alto riesgo (llamados “grupos nucleares”), o entre personas con prácticas de riesgo y múltiples parejas sexuales simultáneas y que con frecuencia desconocen los diagnósticos.

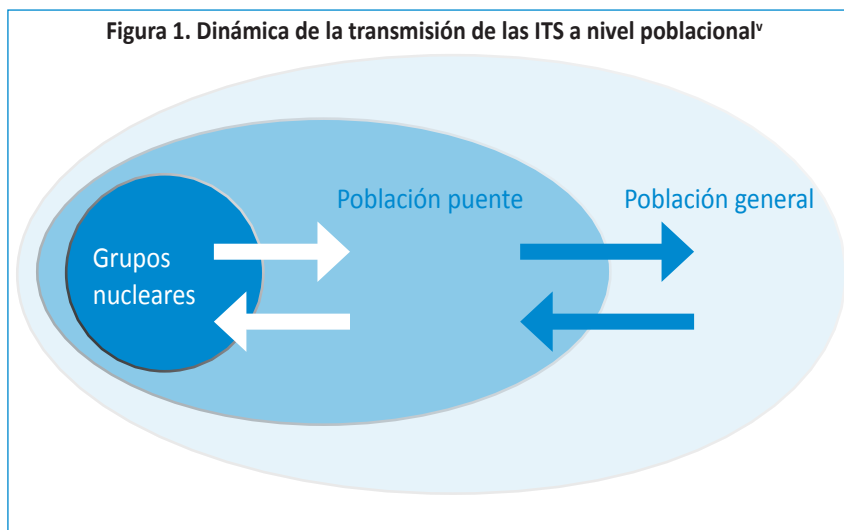
Conforme la epidemia avanza, los agentes patógenos van afectando a poblaciones de menor riesgo, a quienes se les llama “poblaciones puente”.

Debido a que pueden actuar como cadena de transmisión entre los grupos nucleares y la población general. Como ya se ha dicho, las condiciones sociales, culturales y económicas de algunos grupos pueden incrementar su vulnerabilidad para adquirir o transmitir una ITS, lo que puede incluirlos dentro de la categoría de poblaciones puente.

Las redes sexuales pueden ser distintas de un ámbito a otro, pero en general las parejas sexuales de las personas que están en los grupos con elevadas tasas de infección (es decir, las poblaciones puente) tienen el potencial de infectar a otras parejas sexuales.

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

La siguiente figura representa de forma simplificada la dinámica de transmisión de las infecciones de transmisión sexual en la población.



^v OMS. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015. Ginebra, OMS, 2007.

IV. Manejo integral de las ITS

Los y las profesionales de servicios de salud juegan un papel crucial para la prevención y atención adecuada de las ITS, ya que son los encargados de:

- Proveer y/o referir a las personas para obtener consejería preventiva o de reducción de riesgos.
- Evaluar el riesgo de las personas y realizar pruebas de laboratorio de acuerdo con dicho riesgo.
- Diagnosticar y tratar a las personas infectadas con alguna ITS.
- En caso necesario, referirlas a servicios de atención más especializados.
- Reportar los casos de ITS de acuerdo con los criterios establecidos por las autoridades de salud.
- Cumplir con criterios de confidencialidad en todos los procesos.

Tomando en cuenta el papel que juega el personal de servicios de salud para evitar y prevenir la propagación de las ITS, se elaboró un cuadro que resume los pasos a seguir al tratar a una persona con sospecha de tener una ITS.

Cuadro 4. Manejo general de una persona con sospecha de tener una ITS

Pasos a seguir para el manejo adecuado de personas con ITS	
Inicio de la consulta	• Saludar a la persona y preguntarle el motivo de la consulta. • Escuchar sus respuestas y tomar nota de los datos relevantes.
Proveer de información básica sobre ITS	• Explicar qué son las ITS y cómo se adquieren. • Subrayar la importancia de recibir tratamiento para las ITS.
Detección de ITS	• Elaborar la historia clínica de la persona. • Hacer la revisión física, con énfasis en los órganos sexuales, para detectar los síndromes de ITS más comunes. • Realizar pruebas rápidas o solicitar otros estudios de laboratorio si se consideran necesarios y están disponibles. • Invitar a la persona a volver por sus resultados y a obtener el tratamiento que requiere. • Señalar los riesgos de la automedicación.
Tratamiento	• Ofrecer a la persona el tratamiento adecuado a partir de los síndromes detectados, o los resultados de laboratorio obtenidos. • Explicar la importancia de la adherencia al tratamiento para el éxito del mismo.
Prevención	• En todos los casos, ofrecer tratamiento para la pareja y los contactos, así como señalar los riesgos de una reinfección. • En todos los casos positivos de ITS, ofrecer la prueba de VIH. • Promover la detección de otras ITS disponibles, como el Virus Papiloma Humano (VPH) y hepatitis B. • Promover el uso de condones masculinos o femeninos. • Promover barreras de plástico o látex para disminuir las posibilidades de infección en una relación oral o anal o vaginal. • Explicar detalladamente el uso de condones y métodos de barrera y cerciorarse de que no existen dudas. • Promover la limpieza previa de juguetes sexuales o el uso de condones con los mismos. • Ofrecer las vacunas para el VPH y hepatitis B cuando se consideren necesarias dependiendo de cada caso.
Poblaciones especiales	• En HSH: ofrecer la vacunación para hepatitis B, la detección del VPH, VIH y otras ITS. Canalizar a los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e ITS (CAPASITS). • Mujeres embarazadas: ofrecer la prueba de VIH y de sífilis sistemáticamente. Canalizar a los servicios de atención prenatal y planificación familiar. • Personas usuarias de drogas inyectables y otras: ofrecer pruebas de hepatitis B y vacunación, promover la detección de otras infecciones de transmisión sanguínea y canalizar a los Centros “Nueva Vida” o Centros de Integración Juvenil (CIJ) locales • Jóvenes: ofrecer pruebas de ITS y VIH, si se da el caso, y reforzar la necesidad de prevenir la reinfección y el uso de métodos de prevención. Canalizar a CAPASITS más cercano y a los servicios de salud amigables locales gubernamentales o de la sociedad civil (www.generoysaludreproductiva.com.mx).

Cuadro 5. Manejo inicial de la persona con sospecha de ITS

Preguntas generales	Motivo de consulta	Persona con úlceras y con secreción uretral	Mujeres
• Nombre • Edad • Sexo (mujer, hombre, intersexo) • Orientación Sexual (heterosexual, bisexual, homosexual, lesbiana, gay) • Identidad de género (femenino, masculino, transexualidad) • Estado civil • Ocupación • Escolaridad • Lugar de origen y residencia actual • Viajes dentro y fuera del país y prácticas sexuales en ellas	• ¿Qué molestia tiene? (úlceras, secreción uretral/vaginal, tumoraciones) • ¿Cuándo iniciaron las molestias?* • ¿Dónde tiene la molestia? • ¿Cuándo fue su última relación sexual sin protección? • ¿Ha tenido sexo oral? • ¿Ha sido tratado por alguna ITS? • ¿Qué medicamentos ha utilizado?	Úlceras anogenitales: • ¿Es única o tiene varias? • ¿Son dolorosas? • ¿Tiene dolor o hinchazón en la ingle? • ¿Han aparecido más de una vez en el mismo lugar? Secreción uretral: • ¿Cuándo inició la secreción? • ¿Se acompaña de dolor o ardor al orinar? • ¿Tiene dolor en la ingle o más abajo?	• ¿Tiene flujo vaginal? • ¿Hace cuánto tiene el flujo? • ¿Tiene dolor en la parte baja del abdomen? • ¿Siente dolor al tener relaciones sexuales? • ¿Ha visto alguna secreción en su pareja? • ¿Notó algo anormal en su última menstruación? • ¿Se le ha retrasado la menstruación? • Hacer preguntas de gestas, paridad, hijos vivos, muertos, etc.

*Recuerde el periodo incubación, oscila de 3 días hasta 3 meses.

Realizado y modificado por los Drs. Carlos Cruz/Ubaldo Ramos/Patricia Uribe

Cuadro 6. Antecedentes relevantes de la persona

Antecedentes médicos	Tratamiento y alérgias	Historia sexual
• Antecedente de ITS pasadas o presentes (secreción uretral/vaginal, úlceras genitales o tumoraciones) • ¿Ha tenido alguna de ellas? ¿Cuál? • ¿Fue tratada en esa oportunidad? • ¿Completó el tratamiento indicado en esa ocasión? • ¿Se curó?	• ¿Es alérgico a algún medicamento? Si la respuesta es sí ¿a cuál? • ¿Alguna vez le dijeron que no debería tomar un medicamento? • ¿Consume drogas y/o alcohol?	• ¿A qué edad inició su vida sexual? • ¿Tiene pareja sexual actual? • ¿Cuándo fue su última relación sexual? • ¿Sus relaciones son con hombres o mujeres o ambos? • ¿Utiliza condón en sus prácticas sexuales/orales? • ¿Comparte juguetes sexuales? • ¿Esa persona tenía síntomas de una ITS: flujo vaginal, uretral, granos o llagas o “bolitas”, o verrugas etc.? • ¿Ha tenido más de una pareja sexual? • ¿Con cuántas personas ha tenido prácticas sexuales en los últimos 6 meses?

Realizado y modificado por los Drs. Carlos Cruz/Ubaldo Ramos

Cuadro 7. Examen físico para hombres y mujeres

Hombres	Mujeres
• Explicar el procedimiento a realizar. • Posición cómoda del paciente. • Exploración de escroto y sus partes anatómicas (epidídimo, cordón espermático, y testículos), pene, ano y cavidad oral. • Búsqueda de adenopatía inguinal. • Búsqueda de úlceras, secreción uretral, anal u oral, tumoraciones o condilomas o verrugas. • Para inspeccionar mejor la región inguinal y órganos genitales externos, el paciente deberá estar de pie, con las piernas separadas, y el clínico sentado. • Siempre que sea posible, efectuar el tacto rectal buscando tumoraciones y protuberancias, además de crecimiento prostático. • Revisión de la piel con énfasis en tronco, palmas de manos y plantas de pies, observación de exantemas, pápulas y manchas eritematoescamosas, uniformes y con tendencia a la simetría y cavidad oral. (Ver fotos)	• Explicar el procedimiento a realizar. • Posición ginecológica cómoda. • Cubrir con una sábana y/o bata hasta el nivel de las rodillas para obtener un mejor campo visual. • En el examen clínico, se deben observar las estructuras anatómicas (monte de Venus, labios mayores y menores, clítoris, himen, perineo) con la finalidad de identificar lesiones como úlceras, verrugas, tumoraciones que hagan sospechar de ITS. • Para la exploración con espejo vaginal si va a realizar toma de muestras, no lubricar el espejo vaginal, si sólo revisara el canal vaginal, cérvix y fondos de saco colocar lubricante. • Revisar la región anal buscando la presencia de secreción, úlceras y/o tumoraciones. • Revisión de la piel con énfasis en tronco, palmas de manos y plantas de pies, observación de exantemas, pápulas y manchas eritematoescamosas, uniformes y con tendencia a la simetría, cavidad oral y debajo de las mamas (Ver fotos).

Realizado por los Drs. Carlos Cruz/Ubaldo Ramos

Para obtener una mejor información sobre el historial clínico de la persona, el personal médico debe:

- Generar un ambiente de confianza.
- Ser empático.
- Formular siempre sus preguntas con cortesía y respeto, sin importar que tan ocupado o apurado esté.
- Solicitar el permiso de la persona antes de preguntar sobre su conducta sexual.
- Respetar la forma y estilo de vida de la persona. Se recomienda realizar sus preguntas sin prejuicios morales. No emitir juicio alguno de manera verbal o con expresiones corporales que denoten rechazo al comportamiento de la persona.
- Fortalecer la confianza para comprender y demostrar que se entiende la situación por la que está pasando.
- Comentarle que la información proporcionada se maneja con confidencialidad.
- Utilizar palabras que la persona comprenda. Evite el uso de términos médicos que la persona no pueda comprender.
- Es de gran utilidad contar con un glosario de términos, particularmente con personas de poblaciones que utilizan denominaciones y una jerga sexual específica como son jóvenes, poblaciones de hombres que tienen sexo con otros hombres, trans o trabajadores sexuales.
- Evitar preguntas “guiadas” que esperen una confirmación por parte de la persona, permita que responda con sus propias palabras.
- Dar recomendaciones de acuerdo a la realidad y al contexto de cada persona, dejar que decida y participe de acuerdo a las diferentes opciones disponibles.
- Proporcionar información clara, precisa y sencilla de la ITS en cuestión, motivando a la persona a regresar a consultas subsecuentes.
- Informar que la(s) pareja(s) sexual(es) deben recibir tratamiento.
- Notificar la ITS en los formatos establecidos y vigentes.
- Realizar la búsqueda activa de otros problemas relacionados como son la presencia de violencia sexual, uso de alcohol u otras drogas o detección de VIH.
- Canalizar a la persona a otros servicios de acuerdo a las necesidades detectadas.

V. Diagnóstico y manejo sindrómico de las ITS

El manejo sindrómico se utiliza en las patologías infecciosas. El personal de salud trata a las personas por la mayoría o totalidad de los patógenos potencialmente responsables del síndrome.

Un síndrome es un conjunto de síntomas reportados por la persona y de signos identificados durante la exploración física, lo que permite hacer un diagnóstico oportuno y proporcionar un tratamiento en la primera visita, por lo cual, en caso de que la persona no regrese se asegura la curación clínica rompiendo la cadena de transmisión. Como resultado de esto, el personal médico diagnostica y trata las infecciones de transmisión sexual basándose principalmente en el diagnóstico elaborado a partir de la historia clínica y la exploración física, más que en los resultados obtenidos en las pruebas de laboratorio.

Algunas de las ventajas que ofrece el manejo sindrómico de las ITS frente a los otros enfoques son:

- ***Se centra en las ITS más comunes.*** Como las curables: sífilis, gonorrea, clamidia, chancroide, tricomoniasis y candidiasis, entre otras.
- ***Es adecuado para los entornos de atención primaria.*** El abordaje sindrómico brinda atención de alta calidad, ya que trata a las personas que pueden tener más de una ITS con los medicamentos disponibles más efectivos. Incluso si los medicamentos son más costosos, el recibirlo de esta manera resulta menos costoso a largo plazo debido a la cura en la primera vez que acuden a recibir atención.
- ***Incluye el tratamiento de infecciones múltiples.*** Se calcula que aproximadamente 6 de cada 10 personas con ITS presentan dos o más tipos de infecciones al mismo tiempo. Con el enfoque sindrómico, las infecciones múltiples son tratadas desde el inicio y las personas reciben medicamentos eficaces.

Si bien el manejo sindrómico busca el diagnóstico rápido y eficaz de las personas que acuden a los servicios médicos con molestias relacionadas con las ITS, se trata de un enfoque que incluye la educación de la persona como parte integral de la atención. En el manejo sindrómico, el diálogo que se establece entre los trabajadores de la salud y sus pacientes ayuda a estos últimos a completar su tratamiento de las ITS y también busca contribuir a que las personas se decidan a utilizar condones, a cambiar su comportamiento sexual de riesgo, e incluso busca convencerlas a que incluyan a su pareja o parejas en el tratamiento.

Para ser efectivo, el manejo sindrómico de las ITS requiere cubrir una serie de condiciones, que son:

- a. Elaborar una historia clínica completa, la cual debe incluir una breve historia sexual de la persona.
- b. Realizar un examen físico para poder identificar los síndromes que son la base de este tipo de diagnóstico.
- c. Realizar el diagnóstico sindrómico propiamente dicho con ayuda de diagramas de flujo.
- d. Proveer a la persona el mejor tratamiento mejor disponible.
- e. Ofrecer a la persona asesoría para evitar las ITS.

Este apartado de la Guía provee información para poder detectar los síndromes más comunes de las ITS y los pasos a seguir para poder ofrecer el tratamiento más adecuado, dependiendo de los recursos disponibles y los problemas de salud de cada persona. ^{6,7}

V.1. Síndromes clínicos relacionados con la ITS

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 de aspecto mucoso y par luego tornarse en francamente purulenta.

Aspectos clínicos

Etiología

Cuando existe antecedente de una relación sexual, la secreción uretral generalmente está ocasionada por las bacterias: *Neisseria gonorrhoeae* (75%), *Chlamydia trachomatis* (15-40%), *Ureaplasma urealyticum* (30-40%), *Mycoplasma hominis*, *Haemophilus sp.* (20-40%); protozoarios, como la *Trichomonas vaginalis* (5%), hongos, como la *Candida albicans*, junto con *Ureaplasma urealyticum* (20-30%). Otros: *Mycoplasma genitalium* (18-45%), adenovirus, virus del herpes simple tipo 1 (VHS1). Otros agentes involucrados: *Neisseria meningitidis*, *Corynebacterium genitalium*, *Haemophilus influenzae* y *parainfluenzae*.

Las uretritis tienen un periodo de incubación de tres días en promedio, siendo un poco mayor en mujeres (cinco días).

Existen tres formas clínicas de uretritis:

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

En nuestro medio, la mayoría de las uretritis son causadas por *N. gonorrhoeae* aunque va en aumento la infección concomitante con *C. trachomatis*. Se debe

tener presente la zoofilia entre los hombres, siendo una causa más. Se desconoce la frecuencia de las uretritis no gonocócicas en nuestro medio.

Síntomas

La queja de las personas es la secreción de pus por el pene, la mayoría de veces acompañada de ardor o dolor al orinar.

Signos

Hombres no circuncidados: importante ver de dónde proviene la secreción. La secreción suele ser abundante y purulenta o escasa y mucoide. Puede ser necesario “ordeñar” la uretra del paciente con el fin de ver la secreción o volver a examinar al paciente después de que haya retenido la orina al menos por tres horas. El primer episodio de herpes simple 1 o 2 también puede producir secreción uretral.

Laboratorio

Se puede realizar de inmediato el examen microscópico de un *frotis* de la secreción uretral teñido con el método 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.

Las pruebas para Clamidia, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma*, sólo están disponibles en centros de referencia.

Tratamiento

Ver el diagrama de flujo correspondiente.

Síndrome de flujo vaginal

Definición

La persona presenta flujo en la vagina que puede ser leve, moderado o severo y puede tener un mal olor. El flujo puede ir acompañado de prurito, inflamación genital, disuria, dispareunia y/o dolor abdominal bajo.

Aspectos clínicos

Etiología

Los microorganismos más comúnmente encontrados son: *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans* y el conjunto formado por la *Gardnerella vaginalis* y los microorganismos vaginales anaerobios, causantes del flujo directamente, en tanto que *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* lo ocasionan de manera indirecta por medio de cervicitis y flujo del cuello uterino. El primer episodio de herpes simple 1 ó 2 puede también producir exudado vaginal, cervical y vulvar visible.

Síntomas

La idea que tienen las mujeres de lo que constituye un “flujo vaginal anormal” puede variar. 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, etc. Se debe determinar si la mujer está embarazada anotando cuidadosamente la información básica de sus ciclos menstruales.

Signos

Descritos en el Cuadro 8 sobre el manejo de las ITS por síndrome, página 45, y Flujograma 4 sobre síndrome de secreción vaginal, página 49.

Laboratorio

Si se tiene disponible un microscopio, se deberá preparar la muestra en fresco para diferenciar Tricomoniasis de Candidiasis y de Vaginosis bacteriana. No se recomienda la tinción de Gram puesto que no sirve para el diagnóstico de casos femeninos de gonorrea (sensibilidad de 25-50% y especificidad variable). Se recomienda tomar muestras para el cultivo de *Neisseria gonorrhoeae* u otras técnicas para detectar a la bacteria.

Tratamiento

Ver el diagrama de flujo correspondiente. El diagrama será distinto dependiendo de si usted cuenta o no con espejo vaginal para realizar el examen, o si cuenta con microscopio.

Síndrome de dolor abdominal bajo

Definición

Por lo general, el dolor abdominal bajo que afecta a la mujer guarda relación con la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Éste es un término inexacto en materia de diagnóstico que se emplea para denotar casos sospechosos o comprobados de infección pélvica en la mujer (por ejemplo, salpingitis, endometritis, etc.) provocados por microorganismos que generalmente migran a través del conducto genital inferior para invadir el endometrio, las trompas de Falopio, los ovarios y el peritoneo. Es una complicación de las ITS.

Aspectos clínicos

Etiología

Los patógenos comunes transmitidos por vía sexual que causan la EPI son *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* y tal vez *M. hominis*. También se encuentran con frecuencia bacterias facultativas y estrictamente anaerobias, en particular en infecciones recurrentes clínicamente graves.

Síntomas

Un dolor abdominal bajo de intensidad leve a grave, que aparece inicialmente durante la menstruación o poco después de ésta y a veces va acompañado de fiebre o de los síntomas señalados en la parte correspondiente al flujo vaginal, debe llevar al médico a sospechar de EPI y a investigar si han habido ataques similares previos.

Signos

El médico debe descartar la posibilidad de un caso de urgencia médico-quirúrgica (por ej. aborto séptico, obstrucción intestinal, perforación intestinal, apendicitis y embarazo ectópico) y determinar si existe:

- Sensibilidad anormal en la región inferior del abdomen.
- Flujo vaginal.
- Ulceración genital.
- Dispositivo intrauterino (DIU).

- Apertura del cuello uterino o tejido residual de un aborto, que se pueda ver o palpar,
- Sensibilidad anormal al mover el cuello uterino.
- Sensibilidad anormal y/o masas en las estructuras anexas al examen bimanual.
- Temperatura de mayor o igual a 38°C.

Laboratorio

Se necesita efectuar una microscopía directa de una muestra de frotis vaginal en fresco. La presencia de células polimorfonucleares en número superior a las epiteliales sugiere infección de las vías genitales inferiores. Se deben de considerar cultivos o el envío de la paciente al siguiente nivel de atención.

Es muy importante realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías como embarazo ectópico, masas tumorales en anexos, colitis etc.

Síndrome genital ulcerativo

Definición

Una úlcera genital se define como pérdida de la continuidad de la piel de los órganos sexuales. Puede ser dolorosa o indolora y con frecuencia ir acompañada de linfadenopatía regional.

Aspectos clínicos

Las úlceras anogenitales son causa común de consulta médica y de acuerdo con su etiología, pueden tener graves consecuencias, como sífilis sintomática tardía, lesiones mutilantes y actuar como cofactores de la transmisión del VIH.

Etiología

Los agentes que comúnmente producen úlceras en los órganos sexuales, el ano y la boca son *T. pallidum*, *H. ducreyi*, *C. Trachomatis* (serotipos L₁ a L₃), *K. granulomatis* y los virus del herpes simple tipo 2 y 1. Se deben descartar las úlceras por traumatismo que se pueden infectar con otras bacterias.

Las ITS acompañadas frecuentemente de bubones incluyen chancroide, linfogranuloma venéreo (LGV), granuloma inguinal. Las lesiones son indoloras e induradas para el LGV; las úlceras dolorosas que sangran con facilidad son frecuentemente de chancroide; la presencia de lesiones vesiculares o úlceras de bordes eritematoso, “ardorosas” indican infección herpética.

Síntomas

Las personas se quejan generalmente de una o varias úlceras en los órganos sexuales y/o el ano. Los hombres no circuncidados pueden quejarse de secreción por el pene o de imposibilidad de retraer el prepucio. Las mujeres se quejan de ardor al orinar si hay úlceras en la vulva.

Signos

Se deben tener en cuenta el número y las características de las lesiones. Es preciso determinar si hay bubones inguinales.

Laboratorio

Por lo general, las pruebas de diagnóstico de este síndrome no son útiles para adoptar decisiones terapéuticas iniciales a nivel de atención primaria. Cuando sea posible, se debe realizar una tinción de Giemsa o de Wright para determinar la presencia de *Haemophilus ducreyi*, microscopía de campo oscuro y serología para la sífilis con el fin de proporcionar información suplementaria que pueda llevar a establecer un método más específico de tratamiento de la infección.¹⁻⁶

Tratamientos para las ITS que caracterizadas por úlcera anogenital y/o bucal^{10, 11, 13}

Tratamiento para Sífilis

La sífilis es una enfermedad sistémica desde el inicio, producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*. La infección puede clasificarse como adquirida (transmitida por vía sexual o transfusional) y congénita (transmitida de madre a hijo in útero).

La sífilis adquirida se divide en sífilis temprana y tardía. La sífilis temprana comprende los estadios primarios, secundarios y latentes precoces. La sífilis tardía se refiere a la sífilis latente tardía, gomosa, neurológica y cardiovascular.

Tratamiento de primera elección para personas adultas con sífilis terciaria (con y sin VIH/SIDA)

- Penicilina G benzatínica* 7,2 millones de unidades en total, administrado en 3 dosis de 2,4 millones de UI, intramuscular (IM) cada uno, en intervalos de 1 semana.

* Por la presentación farmacéutica en el país, la dosis de Penicilina G de 2, 4 millones de UI debe de ser repartida 1, 200. 000 millones UI en cada nalga, simultáneamente.

Tratamiento de primera elección para personas adultas con sífilis primaria, secundaria y embarazada (con y sin VIH/SIDA)

- Penicilina G benzatínica 2,4 millones de unidades IM en una sola dosis.

Tratamiento de primera elección para personas adultas con sífilis latente temprana y tardía de duración desconocida (con y sin VIH/ SIDA)

Sífilis latente temprana

- Penicilina G benzatínica 2,4 millones de unidades IM en una sola dosis

Sífilis latente tardía o sífilis latente de duración desconocida

- Penicilina G benzatínica 7,2 millones de UI en total, administrado en 3 dosis de 2,4 millones de UI, intramuscular (IM) cada uno, en intervalos de 1 semana.

Tratamiento para personas adultas con sífilis terciaria (con y sin VIH/ SIDA)

- Penicilina G benzatínica 7,2 millones de unidades en total, administrado en 3 dosis de 2,4 millones de UI, intramuscular (IM) cada uno, en intervalos de 1 semana.

Tratamiento de para personas adultas con neurosífilis (Sin VIH/SIDA)

- 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.

Manejo de sífilis congénita (Escenario 1)

Consideraciones

Los recién nacido con enfermedad probada o altamente probable y con:

- un examen físico anormal y consistente con la sífilis congénita;
- un suero de título serológico de prueba no treponémica cuatro veces mayor que el título de la madre, o
- una prueba de campo oscuro positivo de líquidos corporales.

Tratamiento de primera elección para sífilis congénita (Sin VIH/SIDA) Escenario 1 (Ver consideraciones)

- Penicilina G cristalina acuosa, 100.000-150.000 UI/kg/día, administrada a 50.000 unidades/kg /dosis, IV cada 12 horas durante los primeros 7 días de vida y cada 8 horas después por 10 días.
- o
- Penicilina G procaínica, 50.000 UI/kg/dosis, IM en una sola dosis diaria por 10 días.

Manejo de sífilis congénita (Escenario 2)

Consideraciones

Los recién nacidos que tienen un examen físico normal y una prueba serológica no treponémica cuantitativa con título igual o menos de cuatro veces que el de la madre, tener en cuenta:

- La madre no fue tratada, o lo fue insuficientemente, o no tiene documentación de haber recibido tratamiento.
- La madre fue tratada con eritromicina u otra penicilina con otro régimen; *
- La madre recibió tratamiento cuatro semanas antes del parto.

*Una mujer tratada con un régimen distintos de los recomendados en este directrices para el tratamiento deben ser considerados sin tratar.

Tratamiento para Herpes genital simple

La infección por el virus del herpes simple tipo 2 (VHS2) es la principal causa de herpes genital. Su importancia a nivel de la salud pública radica en el rol que puede jugar el VHS2 para facilitar de la transmisión del VIH (al igual que otras lesiones ulcerativas).

A la fecha no existe cura para el herpes genital, pero la evolución de los síntomas se puede modificar con Aciclovir o sus análogos, tan pronto como comienzan los síntomas. El tratamiento puede reducir la formación de nuevas lesiones, la duración del dolor, el tiempo necesario hasta la resolución de las lesiones y la eliminación viral. No se recomienda el tratamiento tópico con Aciclovir.

Tratamiento de elección para el Herpes simple genital y la coinfección por el VIH

- Aciclovir 400 mg por vía oral tres veces al día durante 5-10 días.
- o
- Famciclovir 500 mg por vía oral dos veces al día durante 5-10 días.
- o
- Valaciclovir 1 g por vía oral dos veces al día durante 5-10 días.

Tratamiento elección para el Herpes simple genital sin VIH*

- Aciclovir 400 mg por vía oral tres veces al día durante 7-10 días.
- o
- Aciclovir 200 mg por vía oral cinco veces al día durante 7-10 días.
- o
- Famciclovir 250 mg por vía oral tres veces al día durante 7-10 días.
- o
- Valaciclovir 1 g por vía oral dos veces al día durante 7-10 días.

* El tratamiento puede extenderse si la curación es incompleta después de 10 días de la terapia

Tratamiento de elección para el Herpes simple genital y la coinfección por el VIH (supresiva)

- Aciclovir 400-800 mg por vía oral dos veces o tres veces al día.

o

- Famciclovir 500 mg por vía oral dos veces al día.

o

- Valaciclovir 500 mg por vía oral dos veces al día.

Terapia supresiva para el Herpes simple genital

- Aciclovir 400 mg por vía oral dos veces al día.

o

- Famciclovir 250 mg por vía oral dos veces al día.

o

- Valaciclovir 500 mg por vía oral una vez al día.

o

- Valaciclovir 1 g por vía oral una vez al día.

Tratamiento para el Herpes genital recurrente

- Aciclovir 400 mg por vía oral tres veces al día durante 5 días.

o

- Aciclovir 800 mg por vía oral dos veces al día durante 5 días.

o

- Aciclovir 800 mg por vía oral tres veces al día durante 2 días.

o

- Famciclovir 125 mg por vía oral dos veces al día durante 5 días.

o

- Famciclovir 1g día por vía oral dos veces al día durante 1 día.

o

- Famciclovir 500 mg una vez al día, seguido de 250 mg dos veces al día por 2 días.

o

- Valaciclovir 500 mg por vía oral dos veces al día durante 3 días.

o

- Valaciclovir 1 g por vía oral una vez al día durante 5 días.

Tratamiento para el Chancroide

La combinación de una úlcera genital dolorosa y acompañada de adenopatía inguinal supurativa dolorosa, sugiere el diagnóstico de chancroide. El agente causal es el *H. ducreyi*, un bacilo anaerobio facultativo gramnegativo. La infección es frecuente en muchas partes del mundo como África, el Caribe y el sudeste asiático. No se recomienda el uso de tetraciclinas o penicilinas para el tratamiento del chancroide debido a la resistencia antimicrobiana generalizada en todas las regiones geográficas.

Tratamiento de primera elección para el Chancroide

- Azitromicina 1 g por vía oral en una dosis única.
 - O
 - Ceftriaxona 250 mg por vía intramuscular (IM) en una sola dosis.
 - O
 - Ciprofloxacino * 500 mg por vía oral dos veces al día durante 3 días. *
 - Eritromicina 500 mg por vía oral tres veces al día durante 7 días.
- * Ciprofloxacino está contraindicado para mujeres embarazadas y lactantes.

Tratamiento para el Linfogranuloma venéreo (LGV)

El linfogranuloma venéreo (LGV) es causado por *C. trachomatis* serotipos L₁, L₂ o L₃. Es muy frecuente entre las personas heterosexuales y se caracteriza por una pápula o a veces úlcera genital autolimitada que ocurre en el sitio de la inoculación y posteriormente se acompaña de adenopatías inguinales dolorosas y unilaterales.

Tratamiento de primera elección para el LGV

- Doxiciclina 100 mg por vía oral dos veces al día durante 21 días.
- O
- Eritromicina 500 mg por vía oral cuatro veces al día durante 21 días.

Infección anogenital no complicada

- Doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días.
- O
- Azitromicina, 1 g por vía oral, como dosis única.

Infección por clamidia durante el embarazo

- Eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días.
- O
- Amoxicilina, 500 mg por vía oral, 3 veces al día durante 7 días.

Tratamiento para Granuloma inguinal (Donovanosis)

Es causado por una bacteria gramnegativa intracelular, la *Klebsiella granulomatis* (previamente conocida como *Calymmatobacterium granulomatis*). La enfermedad se manifiesta clínicamente en forma de lesiones ulcerosas, progresivas e indoloras sin linfadenopatía regional. Las lesiones tienen una alta vascularización y pueden sangrar fácilmente al tacto. Muy rara en el país.

Tratamiento de elección para el Granuloma inguinal

- Doxiciclina 100 mg por vía oral dos veces al día por 3 semanas o hasta que las lesiones hayan sanado.
- Azitromicina 1 g por vía oral una vez por semana por 3 semanas o hasta que las lesiones hayan sanado.
- Ciprofloxacino 750 mg vía oral dos veces al día por 3 semanas o hasta que las lesiones hayan sanado.

Tratamiento de segunda elección

- Eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día.
- Tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día.
- Trimetoprim 80 mg / sulfametoxazol 400 mg, 2 tabletas por vía oral, dos veces al día por un mínimo de 14 días.

Síndrome Tumoral (condilomas acuminados o verrugas anogenitales) y los Moluscos contagiosos

Se decide incluir este síndrome por la frecuencia de esta ITS en la consulta diaria de la Clínica y sin temor a equivocarnos, del país. De la frecuencia de moluscos, como una ITS, se desconoce en el país (NA).

Condilomas acuminados o verrugas anogenitales

Definición

Estas son neoformaciones o “tumorações” a expensas de la primera capa de la piel, del color de la mucosa y/o piel donde se va a asentar, con una superficie similar a la de una “coliflor”, de tamaño variable, que aparecen en los órganos sexuales, la región perianal, uretra o cavidad oral.

Etiología

El agente causal es el virus del papiloma humano (VPH), del cual se han reconocido hasta ahora más de 100 tipos. Los más frecuentemente asociados a neoplasia intraepitelial (cáncer cervicouterino, ano o pene) son el 16 y 18, especialmente en personas que están infectadas con el VIH; y los productores de condilomas acuminados, el 90% son causados por 6 u 11, además de los 1, 2, 3, 4. Los tipos de VPH 16, 18, 31, 33 y 35 se encuentran ocasionalmente en condilomas anogenitales visibles.^{32, 33, 34}

Información general

Los condilomas acuminados o verrugas genitales en mujeres y hombres son una afección muy común en las clínicas de ITS, aunque existe mucha información a nivel mundial, en los países no industrializados es relativamente poca.

Síntomas y signos

Se caracterizan por ser lesiones indoloras. Su manifestación clínica es la formación del condiloma acuminado, lesión que puede ser única o múltiple y de tamaño variable, a nivel del cuello cervical y vagina la visualización de las lesiones se realiza a través de colposcopia.

Periodo de incubación

Es variable, oscilando de 3 semanas y 8 meses, con un promedio de 2-3 meses.

Diagnóstico diferencial

Las afecciones que se pueden considerar incluyen: condilomas lata de la sífilis, molusco contagioso, quiste sebáceo, pápulas perladas de la corona del glande de

Tratamiento de elección para Condilomatosis anogenital y boca

Terapia con químicos

Aplicado por el médico

- Podofilina entre el 10 y el 25% en tintura. Con posterior lavado con agua y jabón a las 4 horas.*
- Ácido tricloroacético (ATC) al 80 a 90%. La aplicación debe repetirse semanalmente.

Terapia con medios físicos

- Crioterapia con nitrógeno líquido. Las aplicaciones se deben repetir semanal o quincenalmente
- Electrocirugía
- Escisión quirúrgica.

Autoaplicado por el paciente

- Podofilotoxina, crema al 0,5%, dos veces al día durante 3 días, seguido de 4 días sin tratamiento, con repetición del ciclo hasta 4 veces, bajo estricta supervisión médica.
- Imiquimod al 5%, crema aplicada 3 veces por semana hasta 16 semanas. La superficie tratada debe lavarse con jabón y agua entre 6 y 10 horas después de la aplicación. Las manos se deben lavar con agua y jabón inmediatamente después de la aplicación.

*Nota: No se ha establecido la seguridad de la podofilotoxina y el Imiquimod en el embarazo, la Podofilina está contraindicada. Ningún tratamiento es completamente satisfactorio.

Tratamiento de elección para Condilomatosis cervicales y vaginales

Condilomas vaginales

- Crioterapia con nitrógeno líquido.
- Podofilina entre el 10 y el 25%.
- ATC entre el 80 al 90%.

Condilomas cervicales

- El tratamiento de las verrugas cervicales no debe iniciarse hasta conocer los resultados del frotis cervical.

Recomendaciones para el tratamiento de condilomas cervicales

- La usuaria debe referirse a clínica de displasias para tratamiento con electrocirugía, criocirugía y si hay lesiones en fondos de saco, paredes laterales de vagina con láser.
- No usar ATC o Podofilina, Imiquimod.

color rosa y apariencia normal.

Molusco contagioso

Etiología e información general

El molusco contagioso es causado por el poxvirus *Molluscum contagiosum*. Esta afección es cosmopolita y el virus se propaga por contacto directo. En los niños, las lesiones son comunes en la cara, tronco y las extremidades, al igual que personas con VIH o SIDA. 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 las nalgas con lesiones múltiples y que guardan relación con el estado de la inmunidad de la persona afectada.

Síntomas y signos

Se caracterizan por la aparición de múltiples neoformaciones semiesféricas, perladas y con umbilicación central. Asintomáticas.

Diagnóstico

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

Síndrome de inflamación escrotal

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, el conducto deferente a veces con eritema y edema de la piel del escroto. El testículo adyacente también suele estar inflamado (orquitis), lo que produce epididimiorquitis.

Importancia

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

Etiología

Los microorganismos transmitidos por vía sexual son la causa más frecuente de este trastorno en los hombres de hasta 35 años de edad, en comparación con los hombres de más de 35 años. Cuando además se presenta secreción uretral, el origen probablemente esté relacionado con patógenos como la *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis*. En hombres de mayor edad, en quienes una infección de transmisión sexual es poco probable, el origen puede estar relacionado con otras infecciones generales, como, por ejemplo, la infección por *Escherichia coli*, *Klebsiella sp.* o *Pseudomonas aeruginosa*.

La orquitis tuberculosa, acompañada generalmente por epididimitis, es siempre secundaria a lesiones en otras localizaciones, especialmente pulmonares y óseas. En la brucelosis, generalmente causada por *Brucella melitensis* o *Brucella abortus*, la orquitis suele ser clínicamente más evidente que la epididimitis. Muy rara vez *T. pallidum*. El virus de la parotiditis es un agente muy común en jóvenes postpúberes.

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

Síntomas

El paciente 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.

Signos

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

Laboratorio

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

Tratamiento de elección de la inflamación escrotal

- Ceftriaxona 250 mg, IM dosis única, más
- Doxiciclina 100 mg, vía oral dos veces al día por 10 días.

Alternativas

- Levofloxacino 500 mg, vía oral una vez al día por 10 días.
- Ofloxacino 300 mg, vía oral dos veces al día por 10 días.

V.2. Flujogramas del manejo sindrómico

1. Secreción uretral sin microscopio.
2. Secreción uretral con microscopio.
3. Secreción vaginal sin espejo.
4. Secreción vaginal con espejo vaginal y sin microscopio.
5. Dolor abdominal bajo.
6. Úlcera genital.
7. Síndrome de inflamación escrotal.
8. Tumoraciones.

Pasos para el uso de flujogramas

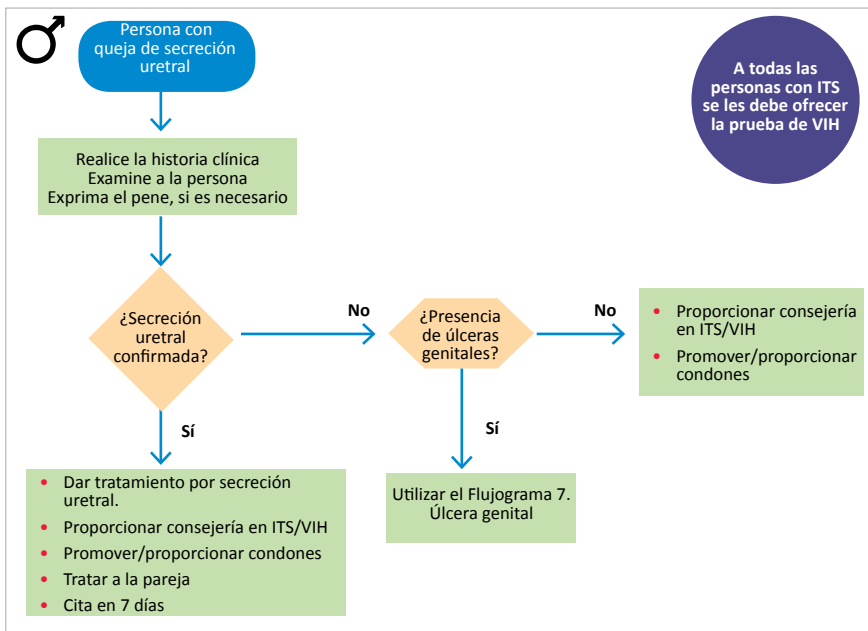
- Inicie preguntando sobre las señales y síntomas que presenta la persona.
- Identifique el flujograma que debe usar de acuerdo con los síntomas y signos referidos y con el equipo disponible para hacer el diagnóstico.
- La figura del problema clínico generalmente lleva a otra figura de acción, lo cual exige que usted examine a la persona paciente y realice la historia clínica.
- A continuación, vaya hacia a la figura de decisión. Luego de recoger la historia y examinar al paciente debe tener la información necesaria para elegir SÍ o NO.
- Dependiendo de la opción hay otras figuras de decisión y acción.

Cuadro 8. Manejo de las ITS por síndrome

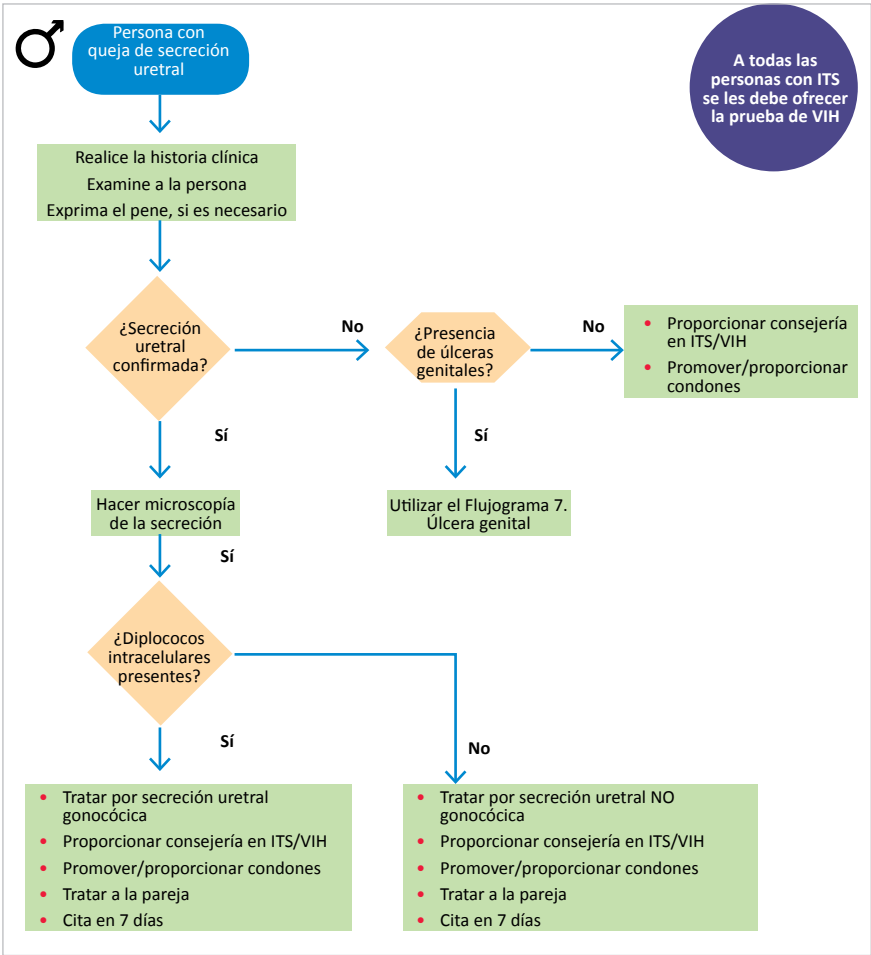
Síndrome	Síntomas comunes	Señales comunes	ITS comunes
• Secreción vaginal	• Secreción vaginal • Prurito • Dolor a la micción • Dispareunia • Olor fétido	• Edema de vulva • Hiperemia de vulva • Secreción vaginal y/o cervical	• Vulvovaginitis • Tricomoniasis • Candidiasis • Gonorrea • Infección por Clamidia
• Secreción uretral	• Secreción uretral • Prurito • Estranguria • Polaquiuria • Olor fétido	• Secreción uretral (si es necesario, pida al paciente ordeñar la uretra)	• Gonorrea • Infección por Clamidia • Tricomoniasis • Micoplasma • Ureaplasma
• Úlcera genital	• Úlcera genital	• Úlcera genital • Aumento de ganglios inguinales	• Sífilis • Chancro Blando • Herpes genital • Donovanosis
• Dolor abdominal pélvico en la mujer	• Dolor pélvico • Dolor durante la relación sexual	• Secreción purulenta cervical • Dolor a la palpación abdominal • Dolor a la movilización del cuello • Temperatura > 37,5°C.	• Gonorrea • Infección por Clamidia • Infección por anaerobios

Realizado y modificado por los Drs. Carlos Cruz/Ubaldo Ramos

Flujograma 1. Síndrome de secreción uretral (Sin laboratorio)



**Flujograma 2. Síndrome de secreción uretral
(Con laboratorio)**



Tratamientos de primera elecci3n para la secreci3n uretral gonoc3cica

- Ceftriaxona 500 mg por v3a intramuscular en dosis 3nica
o
- Azitromicina 1 g v3a oral en dosis 3nica
• o
- Doxiciclina 100 mg por v3a oral dos veces al d3a por 7 d3as

Tratamiento alternativo

- Eritromicina base, 500 mg por v3a oral cada 6 horas por 7 d3as
o
- Eritromicina etilsuccinato, 800 mg v3a oral cada 6 horas por 7 d3as
o
- Levofloxacino 500 mg v3a oral una vez al d3a por 7 d3as
o
- Oxfloxacino 300 mg v3a oral dos veces al d3a por 7 d3as

Tratamiento recomendado de primera elecci3n para Uretritis recurrente y persistente

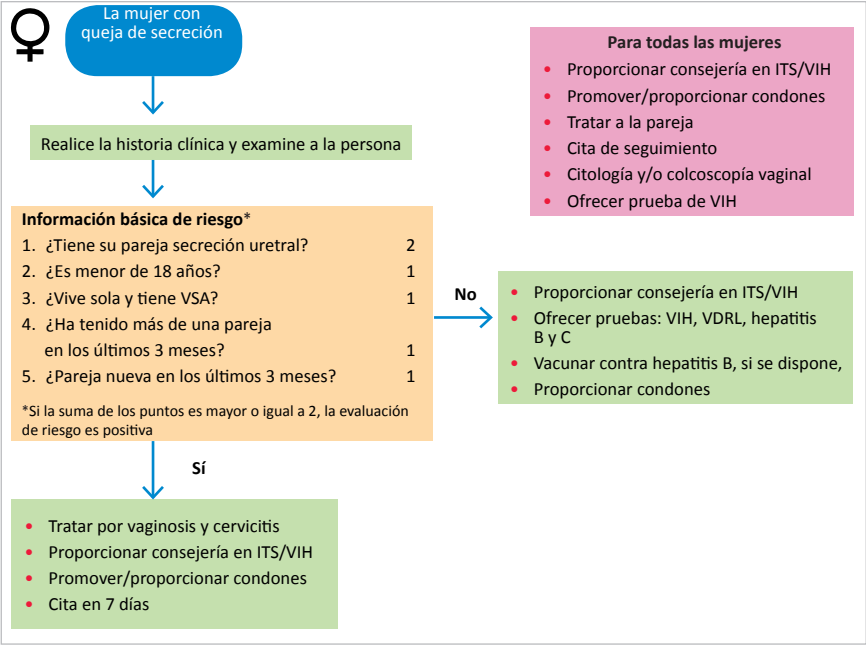
- Metronidazol 2 gramos v3a oral, dosis 3nica
o
- Tinidazol 2 g v3a oral dosis 3nica
m3s
- Azitromicina 1 g v3a oral en dosis 3nica (si no se utiliza para el episodio inicial).
- Moxifloxacino 400 mg por v3a oral una vez al d3a durante 7 d3as es muy eficaz
contra el *M. genitalium* (confirmado por laboratorio).

Tratamiento recomendados para sindrom3tico en la uretritis/cervicitis No gonoc3cica *

- Azitromicina 1 g por v3a oral en una dosis 3nica
o
- Doxiciclina 100 mg por v3a oral dos veces al d3a durante 7 d3as.

*Considere la posibilidad de un tratamiento concomitante para la infecci3n gonoc3cica si la prevalencia de la gonorrea es alta en la poblaci3n en fase de evaluaci3n.

**Flujograma 3. Síndrome de secreción vaginal
(Sin espejo vaginal)**



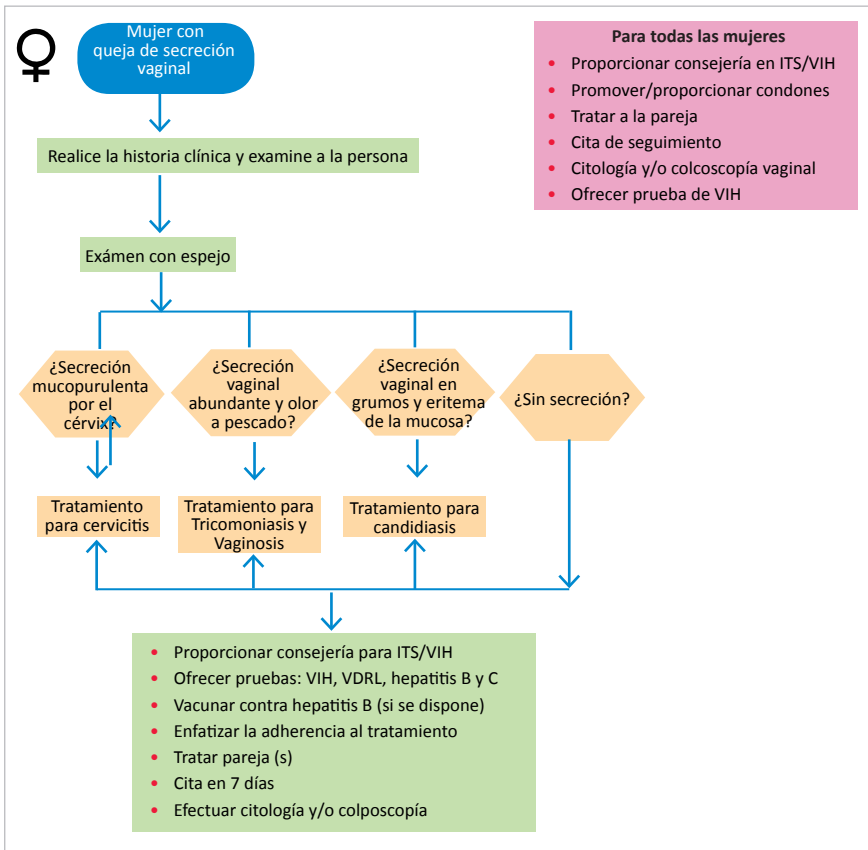
Regímenes recomendados para la secreción vaginal

- Metronidazol 500 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días *
 - Metronidazol, Gel de al 0,75%, un aplicador lleno (5 g) por vía intravaginal, una vez al día durante 5 días
 - Clindamicina Crema de al 2%, un aplicador lleno (5 g) por vía intravaginal en la hora de acostarse durante 7 días **
- * El consumo de alcohol debe evitarse durante el tratamiento y durante 24 horas a partir de entonces.
- ** La crema de Clindamicina es a base de aceite y podría dañar los condones de látex y diafragmas durante 5 días después de su uso.

Régimen alternativo para el flujo vaginal (Vaginosis bacteriana)

- Tinidazol 2 g por vía oral una vez al día durante 3 días
- Tinidazol 1 g por vía oral una vez al día durante 5 días
- Clindamicina 300 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días
- Clindamicina 100 mg, óvulos intravaginal, uno antes de acostarse por 3 días.

Flujograma 4. Síndrome de secreción vaginal (Con espejo vaginal)



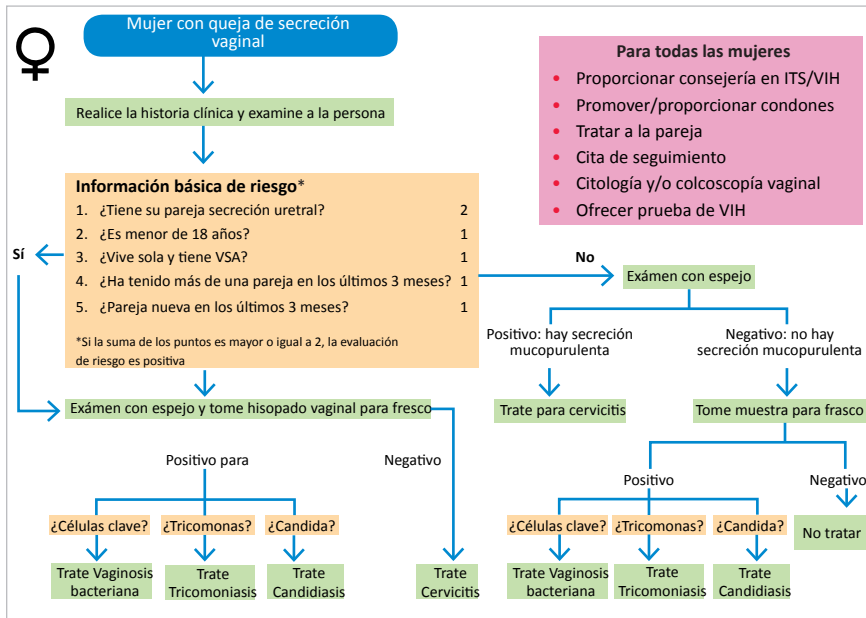
Regímenes recomendados para Tricomoniasis

- Metronidazol 2 g vía oral dosis única
- Tinidazol 2 g vía oral, dosis única

Esquema alternativo

- Metronidazol 500 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días

Flujograma 5. Síndrome de secreción vaginal (Con espejo vaginal y con microscopio)



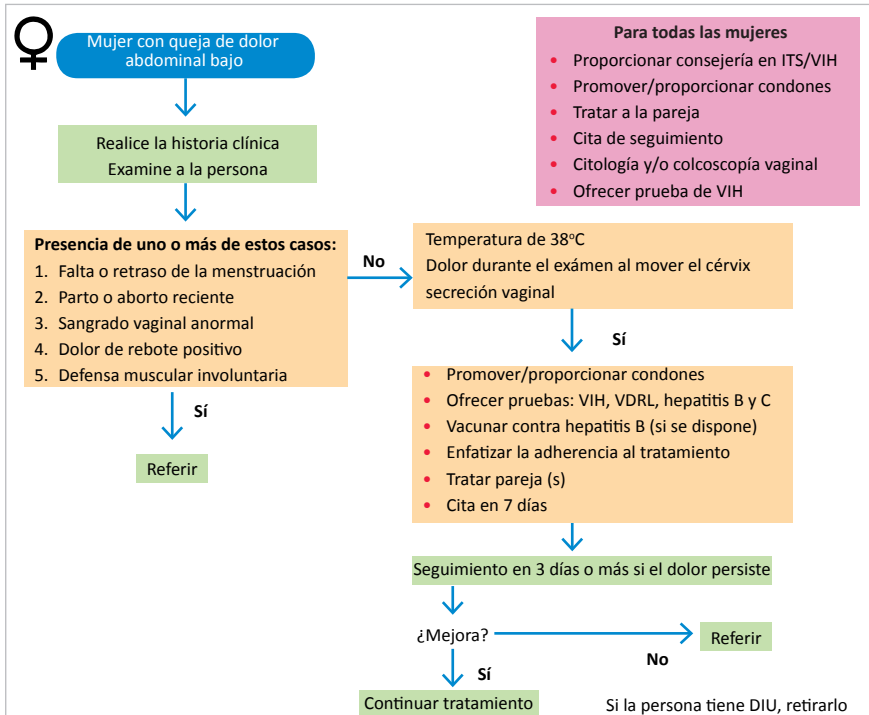
Régimen para el flujo vaginal (Candidiasis)

- Butoconazol 2% crema 5 g intravaginal por 3 días
- Clotrimazol 1% crema 5 g intravaginal por 7 a 14 días
- Clotrimazol 2% crema 5 g intravaginal por 3 días,
- Miconazol 2% crema 5 g intravaginal por 7 días,
- Miconazol 4% crema 5 g intravaginal por 3 días,
- Miconazol 100 mg vaginal supositorio, uno diario por 7 días,
- Miconazol 200 mg vaginal supositorio, uno diario por 3 días,
- Miconazol 1,200 mg vaginal supositorio, uno por un día,
- Tioconazol 6.5% ungüento 5 g intravaginal en dosis única

Terapia oral

- Fluconazol 150 mg vía oral dosis única.

Flujograma 6. Síndrome de dolor abdominal bajo (EPI)



Régimen parenteral "A" recomendado para la EPI

- Cefotetan 2 g IV cada 12 horas
- o
- Cefoxitin 2 g IV cada 6 horas
- más
- Doxiciclina 100 mg por vía oral o IV cada 12 horas

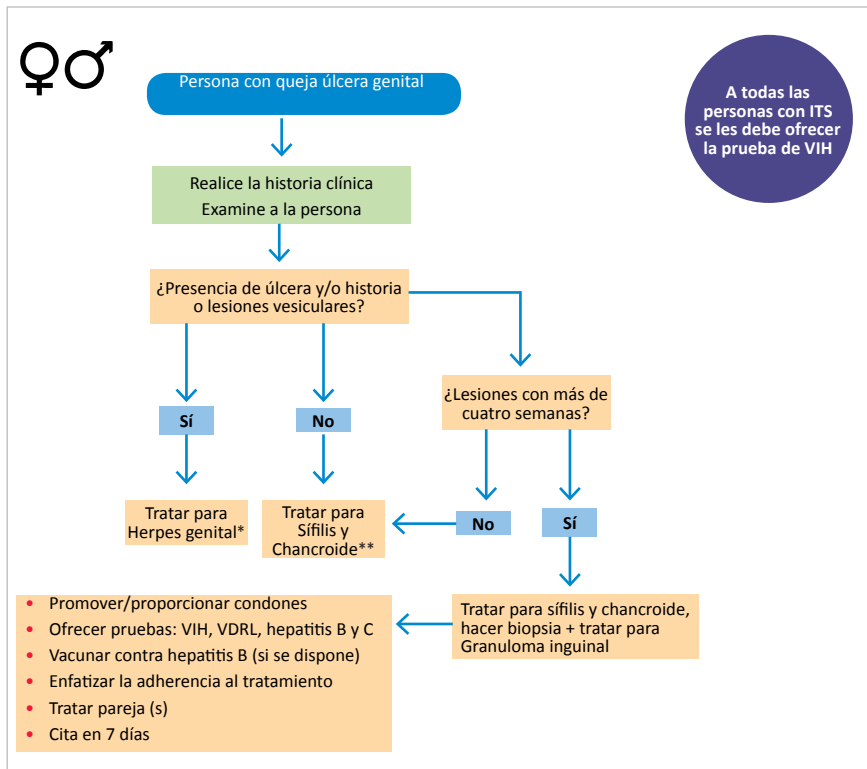
Régimen parenteral "B" recomendado para la EPI

- Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas
- más
- Gentamicina dosis de carga IV o IM (2 mg / kg de peso corporal), seguida por una dosis de mantenimiento (1,5 mg / kg) cada 8 horas. Dosis diaria individual (3-5 mg / kg) puede ser sustituido.

Alternativa parenteral Regímenes

- Ampicilina/sulbactam 3 g IV cada 6 horas.
- más
- Doxiciclina 100 mg por vía oral o IV cada 12 horas.

Flujograma 7. Síndrome de úlcera genital

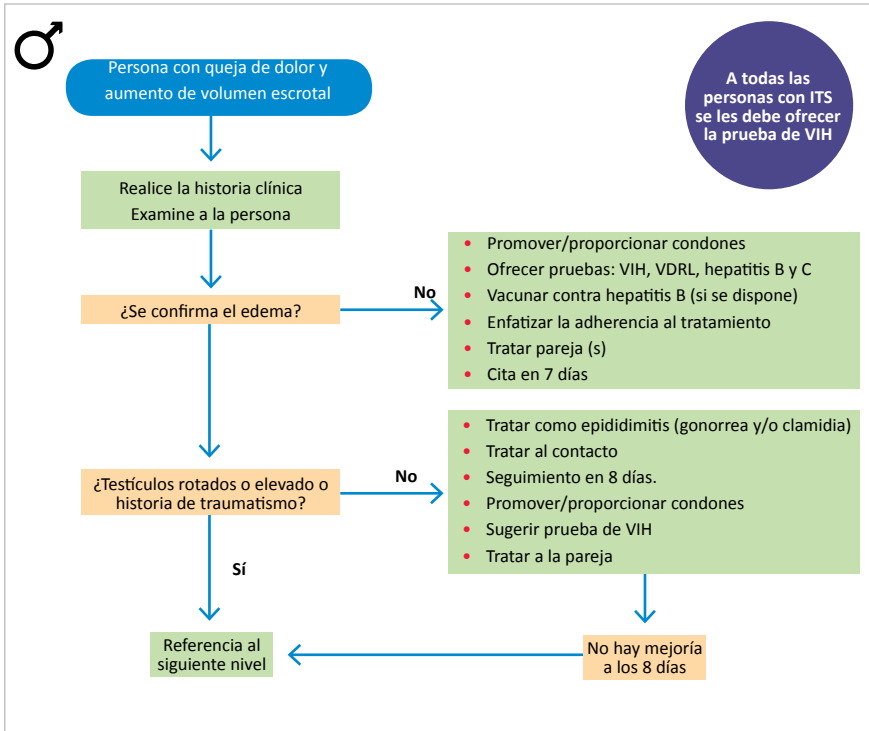


Para el tratamiento ver páginas 32 a 37

* En casos de herpes, tratar la sífilis si el VDRL o RPR resultasen reactivos, lo que será visto en el seguimiento. Si el cuadro no sugiere herpes, tratar la sífilis y el chancro blando.

** Si fueren lesiones ulcerosas múltiples y si la seroprevalencia de herpes fuese igual o mayor a 30% en la región, se debe tratar al herpes concomitantemente a la sífilis y al chancro blando.

Flujograma 8. Dolor escrotal y/o edema



Flujograma 9. Tumoraciones



Persona con queja de tumores en la región anogenital

Realice la historia clínica
Examine a la persona

¿Se confirman los condilomas en ano, pene, cérvix o boca?

No

- Promover/proporcionar condones
- Ofrecer pruebas: VIH, VDRL, hepatitis B y C
- Vacunar contra hepatitis B (si se dispone)
- Enfatizar la adherencia al tratamiento
- Tratar pareja (s)
- Cita en 7 días

Sí

- Manejo de acuerdo a lo indicado en el cuadro
- Tratar a los contactos
- Seguimiento en 15 días
- Promover/proporcionar condones
- Sugerir prueba de VIH

No hay mejoría a los 8 días

Referencia al siguiente nivel

A todas las personas con ITS se les debe ofrecer la prueba de VIH

Tratamiento de primera elección para los condilomas acuminados anogenitales Por autoaplicación

- Podofilotoxina 0,0015 gramos crema.
- Imiquimod crema al 5%.

Aplicadas por el personal médico

- La crioterapia con nitrógeno líquido. Repetir las aplicaciones cada 1-2 semanas.
- Podofilina resina de 10% -25%.
- El ácido tricloroacético (ATC) 80% -90%.
- Extirpación quirúrgica: por la escisión con tijera, por afeitado, curetaje o electrocirugía.

Tratamiento de primera elección para los condilomas acuminados vaginales

Aplicadas por el personal médico

- La crioterapia con nitrógeno líquido. Repetir las aplicaciones cada 1-2 semanas
- El ácido tricloroacético (ATC) 80% -90%*

*Si una cantidad excesiva de ácido se aplica, el área tratada debe ser polvo de talco con bicarbonato de sodio, o preparados de jabón líquido para eliminar el ácido sin reaccionar. Este tratamiento se puede repetir cada semana, si es necesario.

VI. Prevención de las ITS en víctimas de violencia sexual

El abuso sexual está ligado a problemas de salud pública y reproductiva, como las ITS y el embarazo no deseado. La violencia sexual practicada durante el embarazo representa un factor de riesgo para la salud de la mujer y del feto, ya que aumenta la posibilidad de complicaciones obstétricas, aborto y de recién nacidos con bajo peso al nacimiento. Las ITS adquiridas durante la violencia sexual deben ser detectadas, tratadas y sujetas a seguimiento médico.

La atención a la víctima de violencia sexual incluye:

- Profilaxis con Ceftriaxona, Doxiciclina o Azitromicina y Metronidazol.
- Profilaxis para evitar un embarazo no deseado (cuando hay penetración y eyaculación vaginal).
- Profilaxis para VIH.
- 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); y
- Cita para apoyo psicológico y realización de serología para sífilis (luego de 30 días) y para el VIH (luego de 3 meses).
- Vacuna contra hepatitis B.

Cuadro 9. Profilaxis contra las ITS no virales

Profilaxis para gonorrea	
• Ceftriaxona 250 mg vía intramuscular en dosis única.	
	o
• Cefixima 400 mg vía oral en dosis única.	
	más
• Metronidazol 2 g VO dosis única.	
	más
• Azitromicina 1 g VO dosis única o Doxiciclina cápsulas 100 mg 1 cada 12 horas por 7 días.	
	o
• Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días.	

VII. Fotografías de las ITS más frecuentes en el país



Chancro sífilítico típico en prepucio: úlcera bien delimitada de bordes elevados firme, de base limpia no mayor a 1 cms de diámetro, casi siempre única.



Chancro sífilítico típico en prepucio: úlcera bien delimitada de bordes elevados firme, de base limpia, ejemplificando el signo del “botón engastado” a la palpación.



Secundarismo: máculas eritematosas, que simulan una roseola, distribuidas en el tronco y mano derecha.



Síndrome mano-pie de la sífilis: maculopápulas eritematoescamosas distribuidas en la superficie de las manos y pies.



Secundarismo sífilítico: condilomas latas de la sífilis, distribuidos alrededor de la vulva y en glande., son lesiones blandas la palpación, diferentes al condiloma vira o acuminado



Vesículas agrupadas en "racimo" sobre la superficie de cuerpo del pene.



Úlceras confluentes de bordes eritematosos con secreción serosa abundante sobre el prepucio.



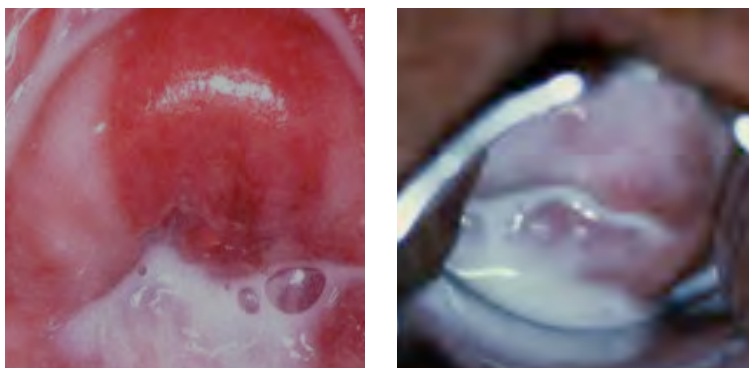
Múltiple úlceras pequeñas con halo eritematoso, de aspecto sucio en labios mayores de vulva.



Úlceras aplanadas de bordes elevados y de aspecto sucio, en la 1ra. se observa el "signo del beso", acompañadas de edema del pene.



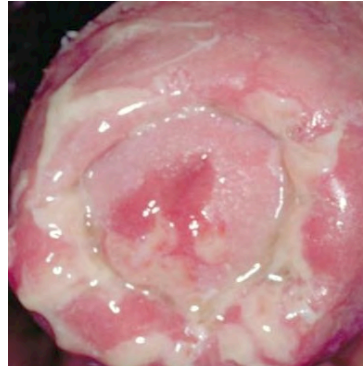
Se observa salida de secreción blanquecina, abundante a través de la vagina con mucosas de aspecto normal.



Se observa salida de secreción blanquecina abundante a través del cérvix con eritema del mismo.



Se observa salida de secreción transparente a levemente mucoide (2da. Foto) a través del meato urinario.



Se observa secreción blanquecina abundante en la uretra y prepucio, en la 2da. Eritema del meato urinario.



Se observan múltiples neoformaciones exofíticas, de aspecto verrugoso, asentadas en el prepucio de más o menos medio cms de diámetro.



Se observan múltiples neoformaciones exofíticas, de aspecto verrugoso, asentadas en la región perianal, ambas ocluyendo la entrada del canal anal de más o menos 1 a 10 cms de diámetro. También conocidos como condilomas gigantes de Buschke-Lowenstein.



Se observan múltiples neoformaciones de aspecto perlado con umbilicación central, distribuidas sobre el pene. En la segunda foto, una solitaria; en las últimas, para la umbilicación central, de más o menos 0.3 cms de diámetro.

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

13. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Organización Mundial de la Salud 2005.
14. Organización Mundial de la Salud. Atención a los Pacientes con Enfermedades de Transmisión Sexual. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Serie informes técnicos N. 810. Ginebra. 1991.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica. 2005.
16. World Health Organization - Sexually Transmitted Diseases: Policies and principles for prevention and care. WHO/UNAIDS, 1997.
17. Moherdau F, Vuylsteke B, Siqueira LF, dos Santos Junior MQ, Jardim ML, de Brito AM, de Souza MC, Willers D, Sardinha JC, Benzaken AS, Ramos MC, Bueno H, Rodrigues LG, Chequer. PJ. Validation of national algorithms for the diagnosis of sexually transmitted diseases in Brazil: results from a multicenter study. *Sex Transm Infect.* 1998 Jun;74 Suppl 1:S38-43.
18. Fitzpatrick Th., Allen JR., Polano MK., Suurmond D., Wolff K. Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology. McGraw-Hill, Inc. 1992. Second Edition.
19. Hunter Handsfield H, MD. Color atlas and synopsis of sexually transmitted diseases. McGraw-Hill, Inc. 1992.
20. Perea EJ y col. Enfermedades de transmisión sexual. Ediciones Doyma. 1993.
21. Perea E. J. Enfermedades de Transmisión Sexual. *Medicine.* 6 (72): 3235-48. 1994.
22. CDC. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2008. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2009.
23. Riedner G, Rusizoka M, Todd J, et al. Single-dose azithromycin versus penicillin G benzathine for the treatment of early syphilis. *N Engl J Med* 2005; 353: 1236-44.
24. Hook EW, III, Martin DH, Stephens J, et al. A randomized, comparative pilot study of azithromycin versus benzathine penicillin G for treatment of early syphilis. *Sex Transm Dis* 2002; 29: 486-90.
25. Morbidity and Mortality Weekly Report. Guidelines for the prevention and control of Congenital Syphilis. CDC. Supplement. V.37.N.S-1. January 15, 1998
26. Botella Llusia J. Las enfermedades de transmisión sexual en la mujer. Salvat editores, S.A. 1988. 185-87.
27. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 12ª. Edición. Salvat. 1990.
28. Krugman S., Katz, S. L. Enfermedades infecciosas. Editorial Interamericana McGraw-Hill, 8ª edición; Pág. 286. México. ISBN 968-25-1467-3.

29. MacMillan A, Scott GR. Colour Aids Sexually Transmitted Diseases. Churchill Livingstone. Logman Group UK Limited 1991.
30. Wentworth, Ph, Judson FN, MD, Gilchrist MJR Ph. Laboratory Methods for diagnosis for Sexually Transmitted Disease. 2Th. Edition. American Public Health Association. 1991. 13 -20.
31. Campion MJ: Clinical manifestations and natural history of genital human papillomavirus infection. *Obstet Gynecol Clin North Am* 14:363-388, 1987.
32. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Virus del papiloma humano, Parte II. Volumen 4/1996. McGraw-Hill. Interamericana Editores, S.A. de CV., 1997.
33. Gross G., Jablonska S., Pfister H., et al. Genital Papillomavirus Infections. Modern Diagnosis and Treatment. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg 1990.
34. Consenso multidisciplinar del Foro VPH. Infección por el Virus del Papiloma Humano. Volumen 44, No.7, julio 2001 de la Revista Progresos de Obstetricia y ginecología. Edit. DOYMA.
35. Degos R. Dermatología. 2da. Edición en español. La Prensa Mexicana, S.A. 1984. 89-92.
36. Control of Communicable Diseases in Man. Benenson A. Editor. 15th edition. 1990.81, 86, 185, 212, 420 p.
37. Vilaplana Juan. Diccionario de dermatología. Editorial JIMS. Barcelona, España. 1992. 41, 119 p
38. 38. The manual for Targeted Intervention Research on Sexually Transmitted Illnesses with Community Members. Helitzer-Allen DL, Allen HA Jr. AIDSCAP/ USAID. 1994.
39. Atención Médica a personas violadas. Pedroza Islas L.A; Ramos Alamillo U. Y cols. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. México 2007.
40. Bohlke K, Davis RL, Marcy SM, et al. Risk of anaphylaxis after vaccination of children and adolescents. *Pediatrics* 2003; 112:815–20.
41. CDC. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *MMWR* 2001; 50 (No. RR-11).

Para obtener más información

Ave de México	Diversitel 01 800 821 22 97 http://avedemexico.org.mx
CENSIDA Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA	Telsida 01 800 712 0886 y 01800 712 0889 (Lunes a viernes de 9:00 a 21:30 hrs) www.censida.salud.gob.mx
CDC Centers for de Disease Control and Prevention	www.cdc.gov
Clínica Especializada Condesa	Benjamín Hill # 24, Colonia Condesa, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 06140, México D.F, México Tels. 5515-4093 y 52716439
CONADIC Consejo Nacional Contra las Adicciones	Centro de Orientación Telefónica (COT): 01 800 911 2000 www.conadic.gob.mx
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx
INMUJERES	01 800 0 911 466 www.inmujeres.gob.mx
ONUSIDA en español	www.unaids.org:80/es/
OMS Organización Mundial de la Salud	www.who.int/es/
PAHO Organización Panamericana de la Salud	http://new.paho.org/mex/
Secretaría de Salud	www.salud.gob.mx
Vida sin Violencia	http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx



D.R.© Fundación Mexicana para la Salud A.C.