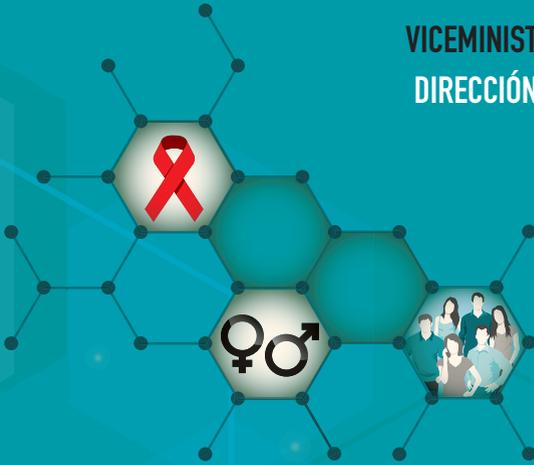


VICEMINISTERIO DE REDES DE SALUD COLECTIVA
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD SEGURA
PROGRAMA NACIONAL DE SIDA / ITS



Guía para el manejo sintrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

República Bolivariana de Venezuela
Ministerio del Poder Popular para la Salud 2018





VICEMINISTERIO DE REDES DE SALUD COLECTIVA
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD SEGURA
PROGRAMA NACIONAL DE SIDA / ITS

Guía para el manejo sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

República Bolivariana de Venezuela
Ministerio del Poder Popular para la Salud **2018**

© 2018 República Bolivariana de Venezuela - Ministerio del Poder Popular para la Salud

Todos los derechos reservados

Depósito Legal: MI2017000936

ISBN: 978-980-6678-07-1

Tiraje: Segunda edición – Agosto 2018 – 5.000 ejemplares

Autor Institucional:

Ministerio del Poder Popular para la Salud

Participación Técnica:

OPS / OMS Venezuela y ONUSIDA Venezuela

Proyecto Gráfico:

Arte Impreso HM, C.A.

Ficha Bibliográfica

Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Guía para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual / Ministerio del Poder Popular para la Salud et al. - Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2018.

88 p.: il.

ISBN: 978-980-6678-07-1

1. Infecciones de Transmisión Sexual. 2. Infecciones por Hepatitis y Zika. 3. I. Ministerio del Poder Popular para la Salud. II. Organización Panamericana de la Salud. III ONU Sida IV. Título.

(Clasificación NLM: WC 142)



Esta publicación es producto del trabajo realizado por el Programa Nacional de SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, dependencia del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva del Ministerio del Poder Popular para la Salud y la cooperación técnica y financiera de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS).

LISTADO PROTOCOLAR

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

Carlos Alvarado

MINISTRO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

Marisela Bermúdez

VICEMINISTRA DE REDES DE SALUD COLECTIVA

Maria Gabriela Miquilareno

VICEMINISTRA DE SALUD INTEGRAL

Odilia Gómez

VICEMINISTRA DE REDES DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE SALUD

Armando Marín

VICEMINISTRO DE HOSPITALES

Gerardo Briceño

VICEMINISTRO DE RECURSOS DE TECNOLOGÍA Y REGULACIÓN

José Manuel García

DIRECTOR GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Yasmira Betancourt

DIRECTORA GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD

Deisy Matos

DIRECTORA DE SALUD SEGURA

COORDINADORA PROGRAMA NACIONAL DE SIDA / ITS

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

José Moya

REPRESENTANTE EN LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

COMITÉ TÉCNICO REVISOR

Deisy Matos

Directora de Salud Segura
Coordinadora Programa Nacional de Sida / ITS

Pedro Rodríguez

Coordinador Programa Estatal de Sida / ITS, estado Aragua

EQUIPO COLABORADOR

José Fuentes

Coordinador Programa Estatal de Sida / ITS, Distrito Capital

Carla L. Rondón

Coordinadora de Prevención del Programa Nacional de Sida / ITS

Lowing Nahur González

Equipo técnico del Programa Nacional de Sida / ITS

Yennifer Adriana Romano

Analista del Programa Nacional de Sida / ITS

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Soledad Pérez Évora

Bertha Gómez

Daniel Vargas

Tulia Hernández

Onusida Venezuela

Regina López de Khalek

Sociedad Venezolana de Infectología

María Graciela López
Mario Comegna
Martin Carballo
Napoleón Guevara

MÉDICOS COLABORADORES EN LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA

Ahivis Bárbara Donaly Paraco Rodríguez
Ana Lorenza Pirona
Ana Rosa Ibarra
Belén Brumaide Álvarez
Carmen Italia Quintero
Diana Elizabeth Villa
Jacqueline Mejías de Aguiar
Jesús María Carneiro
Jonathan Daniel García
Jorge Mawad Zammar
Juan José Nogales
Carmela Notarandrea Esqueda
Mirna Ron Gutiérrez
Myriam Maissi Sepúlveda
Ramiro Torres Acosta
Rosario Angélica Gutiérrez
Reina Del Valle Campo
Yajaira Beatriz Roldán

TABLA DE CONTENIDO

PREFACIO	11
¿Qué es el manejo sindrómico de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS)?	13
Normas relevantes para la atención infecciones de transmisión sexual	15
I. CAPÍTULO 1. Secreciones	17
1.1. Síndrome de secreción uretral	19
1.2. Síndrome de secreción anorectal	21
1.3. Síndrome de secreción orofaríngea	23
1.4. Síndrome flujo vaginal	24
1.5. Secreción oftálmica	28
1.5.1. Conjuntivitis neonatal	28
1.5.2. Conjuntivitis en adultos asociada a ITS	29
II. CAPÍTULO 2. Úlcera	31
2.1. Síndrome de úlcera genital	33
III. CAPÍTULO 3. Síndrome verrugoso (Lesiones genitales vegetantes)	37
3.1. Verrugas genitales	39
3.1.1. Condiloma acuminado (virus de papiloma humano)	39
3.1.2. Molusco contagioso (<i>molluscipoxvirus</i>)	39
IV. CAPÍTULO 4. Ectoparásitos	43
4.1. Escabiosis	45
4.2. Pediculosis	45
V. CAPÍTULO 5. Síndrome de dolor abdominal	49
5.1. Flujograma para la atención del dolor abdominal	52
VI. CAPÍTULO 6. Bubón genital	53
6.1. Flujograma para la atención de pacientes con bubón genital	56

VII. CAPÍTULO 7. Consideraciones generales	59
7.1. Consideraciones para el tratamiento de las parejas sexuales	61
7.2. Fracaso terapéutico y reinfección	64
VIII. CAPÍTULO 8. Profilaxis posexposición de ITS y anticoncepción de emergencia	67
8.1. Anticoncepción de emergencia	69
8.2. Profilaxis posexposición de las ITS	70
8.3. Profilaxis posexposición del VIH	72
8.4. Inmunización profiláctica contra la hepatitis B	72
8.5. Toxoide antitetánico	72
IX. CAPÍTULO 9. El Zika y la transmisión sexual	73
9.1. Transmisión a través de la actividad sexual	75
9.1.1. ¿Qué tipo de actividad sexual hace que una persona corra riesgo de contraer el virus del Zika si su pareja está infectada?	76
9.1.2. ¿Por cuánto tiempo el virus del Zika puede transmitirse a las parejas sexuales después de la infección inicial?	76
9.1.3. ¿Cuán común es para un hombre o una mujer transmitir el Zika a su pareja sexual?	76
9.1.4. ¿Qué debería decirles a los pacientes que están preocupados por contraer el Zika por vía sexual?	76
9.2. Recomendaciones provisionales	77
X. CAPÍTULO 10. Hepatitis virales	79
10.1. Interpretación de los resultados en el caso de hepatitis B	83
10.2. Tratamiento y prevención de las hepatitis	84
10.2.1. Hepatitis B	84
10.2.2. Hepatitis C	84
10.3. Flujograma para la atención del caso sospechoso de hepatitis	85
Bibliografía	87



PREFACIO

Existen más de 30 agentes patógenos bacterianos, víricos y parasitarios que pueden transmitirse principalmente por vía sexual pero también a través de productos sanguíneos o transferencia de tejidos, así como ocasionalmente por otras vías no sexuales, incluso pasar de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. Históricamente las infecciones de transmisión sexual han sido un grave problema de salud pública, lo que supone una inmensa carga sanitaria y económica a nivel mundial. Se calcula que todos los años se producen más de 340 millones de casos nuevos curables, como las infecciones por *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Trichomonas vaginalis*, en hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años; la mayor proporción se observa en Asia meridional y sudoriental, seguida por el África subsahariana y por América Latina y el Caribe.

A partir de 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó el término “Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)”, porque en muchos casos las personas pueden estar infectadas por gérmenes, virus, bacterias o parásitos sin manifestar ningún síntoma, como es el caso del VIH, la hepatitis B, entre otras ITS.

Este manual de consulta rápida nos guiará en el abordaje terapéutico de las ITS desde una visión sindrómica, distribuida por capítulos. Asimismo se tratarán algunos puntos controversiales respecto a los mecanismos y abordajes en cuanto a la transmisión sexual del Zika, así como algunas consideraciones básicas para el manejo de la hepatitis desde la atención primaria en salud.



¿Qué es el manejo sintomático de infecciones de transmisión sexual (ITS)?

Ser portador de una ITS aumenta considerablemente el riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), por generar puertas de entrada para el mismo (úlceras, tejido inflamado, escoriaciones etc.).

Para frenar el incremento en la incidencia de casos y prevenir complicaciones, e incluso, la muerte, cada ITS debe ser tratada adecuadamente.

En los servicios de atención de salud generalmente usan uno de dos abordajes en el diagnóstico de las ITS:

- **Diagnóstico etiológico:** mediante el uso de pruebas de laboratorio que identifica el agente causal.
- **Diagnóstico clínico:** mediante el uso de la experiencia clínica que identifica los síntomas típicos de una ITS específica.

El diagnóstico etiológico a menudo se considera el abordaje ideal en medicina, y el diagnóstico clínico es la opción cuando no hay servicios de laboratorio disponibles.

A pesar de los esfuerzos, a menudo los servicios de ITS no alcanzan a tratar a la mayoría de las personas infectadas. La única manera de reducir la incidencia de estas infecciones es tratar a los pacientes con ITS en su primer contacto con el servicio de salud. Para que un servicio de salud diagnostique y brinde tratamiento para una ITS debe ser posible realizar el diagnóstico sin la utilización de equipo y metodologías de laboratorio sofisticadas; debe estar disponible una sólida capacitación para todos los proveedores de salud de primera línea; recursos, fármacos, condones, siempre deben estar disponibles, accesibles y asequibles.



El manejo sindrómico se basa en la identificación de grupos coherentes de síntomas y signos fácilmente reconocibles (síndromes) y la provisión de tratamiento que abarque la mayoría de los microorganismos responsables de cada uno de ellos. La estrategia de manejo sindrómico está diseñada para capacitar a los proveedores de servicios en el tratamiento de pacientes con ITS durante el contacto con el paciente. Cualquier proveedor de servicios que haya sido capacitado en la elaboración de la historia clínica, la realización del examen físico y el uso de diagramas de flujo para el manejo de casos de ITS pueden sentirse seguro a la hora de hacer un diagnóstico sindrómico y tratar a pacientes con ITS.

La OPS / OMS recomienda utilizar el manejo sindrómico de ITS debido a que:

- Responde a los síntomas del paciente, por lo que está orientado al problema.
- Trata al paciente en la primera visita; de esta manera, la atención de las ITS es más accesible, ya que puede implementarse en el nivel de atención primaria de la salud.
- Si los fármacos necesarios están disponibles y son accesibles, el tratamiento sindrómico puede interrumpir el contagio a otra persona.
- Utiliza flujogramas que guían al trabajador de la salud a través de pasos lógicos.
- Brinda la oportunidad y el tiempo para la educación y la orientación introduciendo medidas preventivas y de promoción, tales como educación y distribución de condones.



Normas relevantes para la atención de infecciones de transmisión sexual

1. Las infecciones de transmisión sexual deben ser atendidas en todos los niveles de atención donde llegue el paciente. Se considera que las ITS constituyen una URGENCIA. Todo consultante debe ser informado sobre las medidas de prevención inherente a dichas patologías.
2. Una vez atendido el paciente se debe referir a una consulta para el seguimiento y el abordaje de los contactos (investigación y tratamiento), según lo especificado en cada uno de los flujogramas, ***siguiendo los lineamientos de la guía de consejería de VIH del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).***
3. El registro de todas las ITS es obligatorio y debe ser reportado en el sistema nacional de vigilancia epidemiológica.
4. Todo consultante con sospecha de una ITS requiere pruebas para despistaje de sífilis, VIH y hepatitis según lo especificado en los flujogramas.
5. En toda embarazada es obligatorio realizar prueba de despistaje para sífilis y debe recibir tratamiento inmediato, independientemente del mes de gestación y dar tratamiento a la pareja.

CAPÍTULO 1

SECRECIONES

Todos aquellos fluidos de uretra masculina,
mucosa vaginal, mucosa anal, cavidad
orofaríngea y mucosa ocular



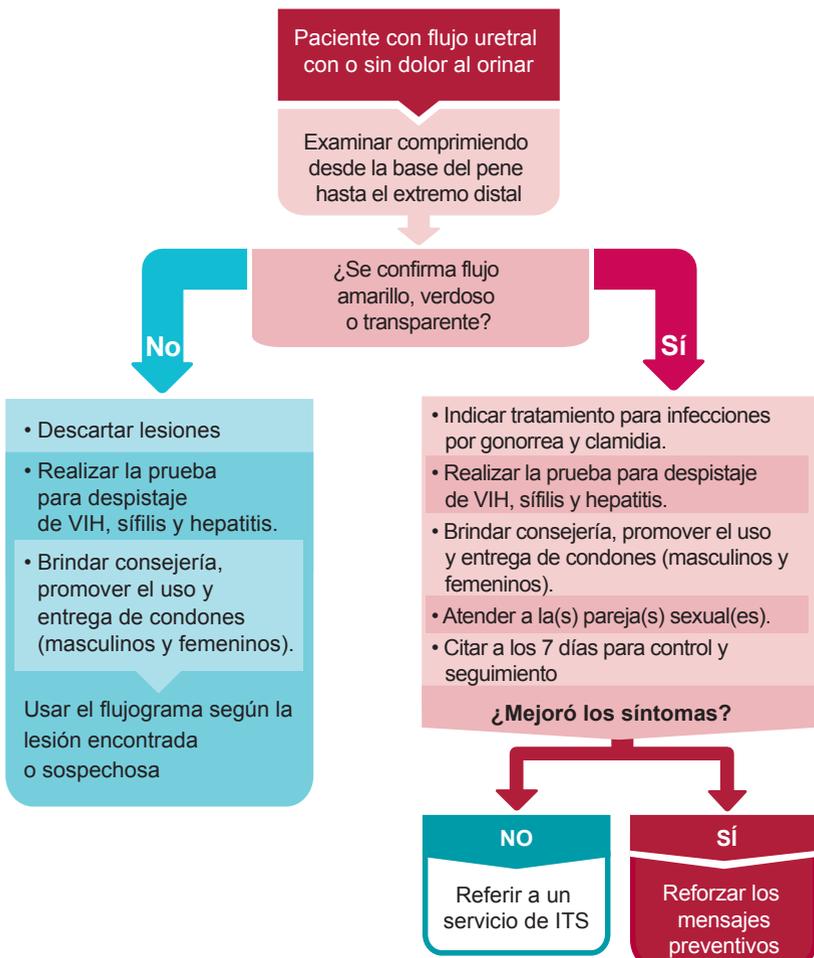
1.1 Síndrome de secreción uretral

En los varones, secreción (con o sin disuria), que se observa en el meato uretral, con o sin presionar la uretra.

1.1.1. Diagnósticos diferenciales

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

1.1.2. Flujoograma de atención del paciente con secreción uretral





**Tabla 1. Tratamiento de la secreción uretral
por gonorrea y clamidea**

Elección	Tratamiento	Dosis
Esquema I	ceftriaxona + azitromicina	250 mg IM en dosis única 1 g vía oral en dosis única
Esquema II	cefixime + azitromicina	400 mg vía oral en dosis única 1 g vía oral en dosis única
Esquema alternativo	ceftriaxona + doxiciclina* (no usar en embarazadas)	250 mg IM en dosis única 100 mg vía oral por 7 días
En caso de alergia a la cefalosporina Esquema alternativo	gentamicina + azitromicina	240 mg IM en dosis única 2 g vía oral en dosis única

Fuente: Recomendaciones OPS/OMS 2016; Guía de Tratamiento ITS- CDC 2015

(*) Se deberán evitar la doxiciclina, la tetraciclina, la ciprofloxacina, la norfloxacina y la ofloxacina en el embarazo y la lactancia. El estolato de eritromicina está contraindicado durante el embarazo debido a la hepatotoxicidad relacionada con los fármacos; solo debe utilizarse eritromicina base o etilsuccinato de eritromicina.



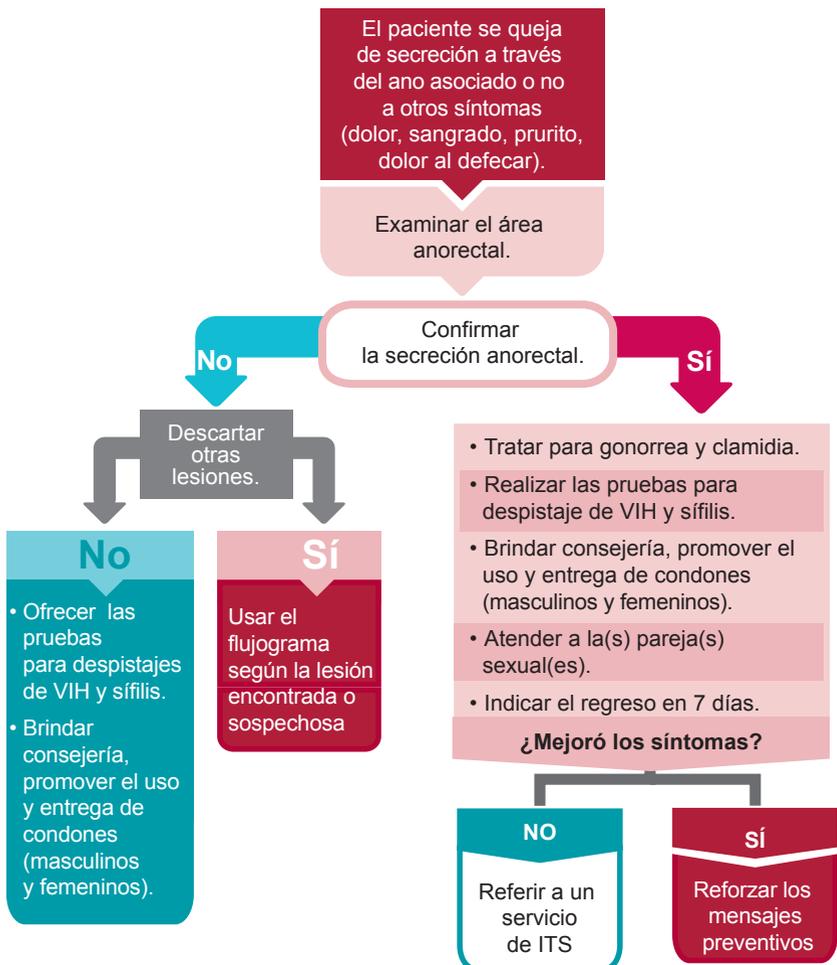
1.2. Síndrome de secreción anorectal

Presencia de fluidos, a través del ano, acompañado o no de dolor, sangrado, prurito o dolor al defecar.

1.2.1. Diagnósticos diferenciales

Fisura anorectal, acceso perianal, proctitis, prolapso hemorroidal agudo y neoplasias.

1.2.2. Flujograma de atención de pacientes con secreción anorectal





**Tabla 2. Tratamiento de la secreción ano-rectal
(Incluye mujeres embarazadas*)**

Elección	Tratamiento	Dosis
Esquema I	ceftriaxona + azitromicina	250 mg IM en dosis única 1 g vía oral en dosis única
Esquema II	cefixime + azitromicina	400 mg vía oral en dosis única 1 g vía oral en dosis única
Esquema alternativo	doxiciclina + eritromicina	100 mg vía oral por 7 días 500 mg 4 veces al día por 4 días
En caso de alergia a la cefalosporina	gentamicina + azitromicina	240 mg IM en dosis única 2 g vía oral en dosis única

(*) Se deberán evitar la doxiciclina, la tetraciclina, la ciprofloxacina, la norfloxacina y la ofloxacina en el embarazo y la lactancia. El estolato de eritromicina está contraindicado durante el embarazo debido a la hepatotoxicidad relacionada con los fármacos; solo debe utilizarse eritromicina base o etilsuccinato de eritromicina.



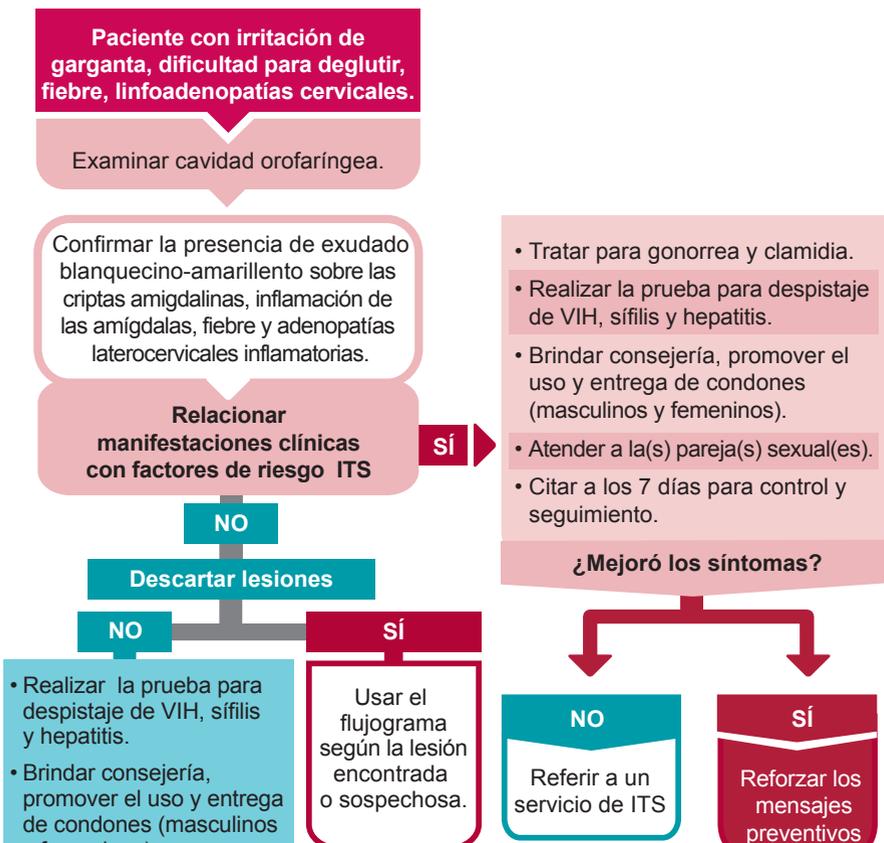
1.3. Síndrome de secreción orofaríngea

Afecta la cavidad bucal, amígdalas y faringe, principalmente asintomático, puede cursar con: irritación de garganta, dificultad para deglutir, fiebre, linfadenopatías cervicales, dolor en el cuello, secreción nasal, congestión nasal, dolor muscular, rigidez articular, dolor de cabeza y alteración del sentido del gusto. Este síndrome está relacionado con prácticas de sexo oral sin protección.

1.3.1. Diagnósticos diferenciales

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

1.3.2. Flujograma de atención de pacientes con secreción orofaríngea





**Tabla 3. Tratamiento de la secreción orofaríngea
(Incluye mujeres embarazadas*)**

Elección	Tratamiento	Dosis
Esquema I	ceftriaxona + azitromicina	250 mg IM en dosis única 1 g vía oral en dosis única
Esquema II	cefixime + azitromicina	400 mg vía oral en dosis única 1 g vía oral en dosis única
Esquema alternativo	doxiciclina* + eritromicina	100 mg vía oral por 7 días 500 mg 4 veces al día por 4 días
En caso de alergia a la cefalosporina	gentamicina + azitromicina	240 mg IM en dosis única 2 g vía oral en dosis única

(*) Se deberán evitar la doxiciclina, la tetraciclina, la ciprofloxacina, la norfloxacina y la ofloxacina en el embarazo y la lactancia. El estolato de eritromicina está contraindicado durante el embarazo debido a la hepatotoxicidad relacionada con los fármacos; solo debe utilizarse eritromicina base o etilsuccinato de eritromicina.

1.4. Síndrome flujo vaginal

Es un flujo diferente al fisiológico, que puede estar acompañado o no de dolor abdominal bajo o prurito vaginal. El flujo vaginal anormal se presenta en las mujeres afectadas por una vaginitis (cervicitis en la vagina), una cervicitis (inflamación del cuello del útero) o ambas.



Tabla 4. Diagnóstico diferencial de las vulvovaginitis

	Normal	Candidiasis	Vaginosis por <i>Gardnerella vaginalis</i>	Trichomonas
Signos y síntomas	Ninguna o flujo transparente	Leucorrea blanquecina, densa, “aspecto de requesón”. No maloliente. Prurito. Dispareunia. Disuria.	Leucorrea blanco-grisácea, poco densa, homogénea, con olor a pescado (mayor poscoital por el depósito de líquido seminal alcalino). No dispareunia.	Leucorrea verde-amarillenta Maloliente (10%). Dispareunia. Disuria. Hemorragia poscoital.
Otras causas de flujo vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Menopausia y bajos niveles de estrógeno, que pueden llevar a resequedad vaginal y otros síntomas (vaginitis atrófica). • Cuerpo extraño olvidado, que puede causar un olor fétido. • Químicos que se encuentran en detergentes, suavizantes de telas, aerosoles femeninos, ungüentos, cremas, duchas y espumas anticonceptivas o jaleas o cremas, que pueden causar irritación de la vagina o la piel alrededor de esta. • Cáncer del cuello uterino, de la vagina, el útero o las trompas de Falopio. • Afecciones cutáneas tales como vaginitis descamativa y liquen plano 			



1.4.1. Flujo de atención de mujeres con flujo vaginal

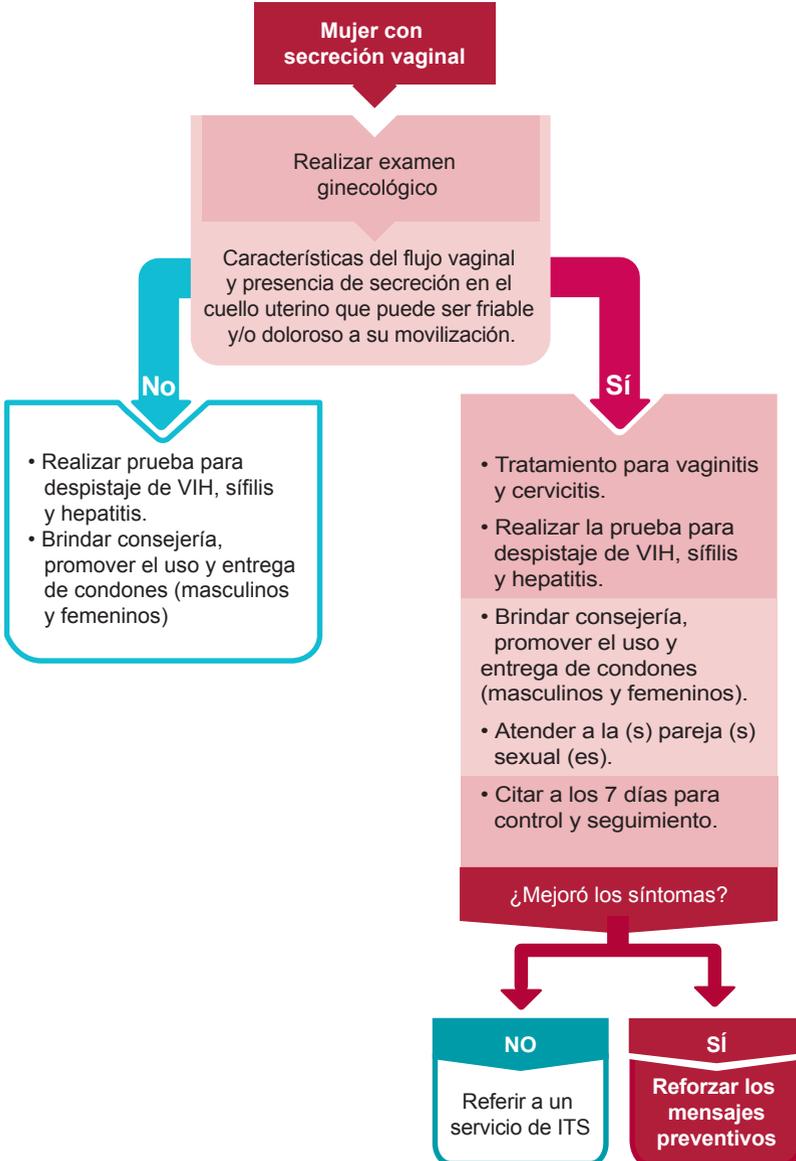




Tabla 5. Tratamiento de flujo vaginal

	Elección	Tratamiento	Dosis
Vaginitis bacteriana o por tricomoniasis	Esquema I	metronidazol*	2 g vía oral en dosis única
	Esquema II	tinidazol*	2 g vía oral en dosis única
Vaginitis (candidiasis)	Esquema I	clotrimazol (óvulos)	500 mg vía intravaginal en dosis única
	Esquema II	fluconazol**	150 mg vía oral en dosis única
Vaginitis y cervicitis	Esquema I	ciprofloxacina*** + azitromicina	500 mg vía oral en dosis única 1 g vía oral en dosis única
	Esquema II	ciprofloxacina*** + doxiciclina***	500 mg vía oral en dosis única 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días
Durante el embarazo	Durante el primer trimestre está contraindicado. Solo puede utilizarse a partir del segundo trimestre	metronidazol*	500 mg cada 12 horas por 7 días

(*) Debe advertirse a las pacientes que toman metronidazol o tinidazol que deben evitar el consumo de alcohol. No se recomienda el uso de metronidazol en el primer trimestre del embarazo.

(**) Fluconazol vía oral para el tratamiento de candidiasis en las mujeres embarazadas puede causar abortos espontáneos.

(***) Se deberán evitar la doxiciclina, la tetraciclina, la ciprofloxacina, la norfloxacina y la ofloxacina en el embarazo y la lactancia.

Nota: en el caso de las embarazadas con vaginitis bacteriana se puede usar clindamicina, metronidazol en gel o clindamicina en crema vaginal.



1.5. Secreción oftálmica

1.5.1. Conjuntivitis neonatal

Presencia de enrojecimiento ocular, inflamación y secreción oftálmica en un recién nacido. Si presenta flujo ocular purulento, este signo puede corresponder a una conjuntivitis causada por ITS de la madre o de la persona que lo cuida.

1.5.1.1. Conducta en el nivel de la red de atención primaria o comunal de salud

Previo lavado de manos, limpiar cada ojo del neonato desde el borde interno hacia el externo con una solución salina o agua estéril, utilizando una torunda de algodón, limpia y nueva para cada ojo. Después, deben lavarse las manos cuidadosamente.

1.5.1.2. Flujograma para la atención de la conjuntivitis neonatal

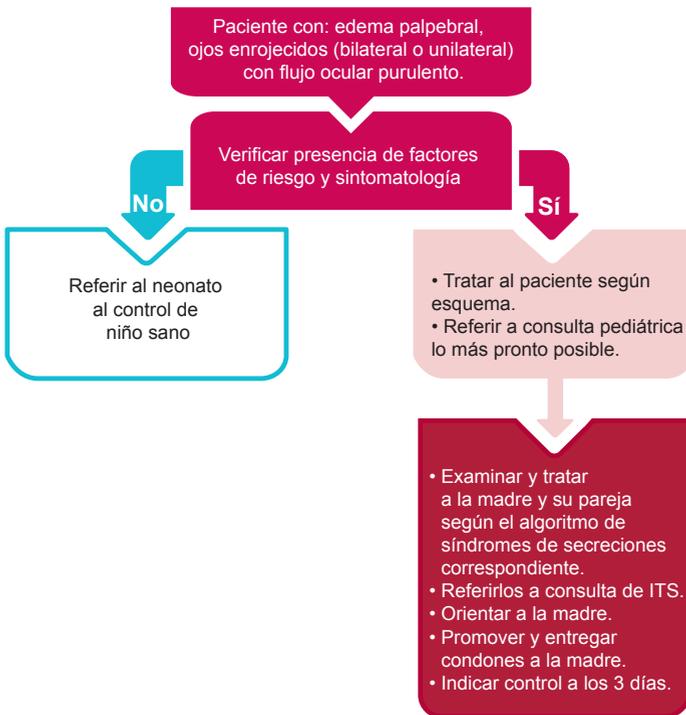




Tabla 6. Tratamiento de la conjuntivitis neonatal*

Elección	Tratamiento	Dosis
Esquema I	ceftriaxona + azitromicina	50 mg / kg / (máximo 150 mg) IM en dosis única 20 mg / kg 7 día vía oral, una dosis diaria por tres días
Esquema II	kanamicina + azitromicina**	25 mg / kg / (máximo 75 mg) IM en dosis única 20 mg / kg 7 día vía oral, una dosis diaria por tres días

(*) Como profiláctico para evitar la oftalmia por ITS se puede usar: clorhidrato de tetraciclina 1% pomada para los ojos, eritromicina 0.5% pomada para los ojos, solución de povidona yodada al 2,5% (a base de agua), solución de nitrato de plata al 1% o cloranfenicol 1% pomada para los ojos.

(**) En reemplazo de la azitromicina puede usar eritromicina 50 mg / kg / día, dividido en cuatro dosis diarias por 14 días.

1.5.2. Conjuntivitis en adultos asociada a ITS

Inflamación purulenta hiperaguda de la conjuntiva ocular, que se transmite por contacto con la secreción producida por gonococo, sea de forma directa o indirecta, puede producir complicaciones graves de úlcera corneal y perforación ocular.

Puede presentar además: hiperemia conjuntival marcada, con gran tumefacción palpebral, infarto del ganglio preauricular y papilas conjuntivales.

1.5.3. Diagnósticos diferenciales

Conjuntivitis viral, otras bacterias, alérgicas y síndrome de ojo rojo.



1.5.4. Flujoograma para la atención de pacientes con conjuntivitis gonocócica en adultos

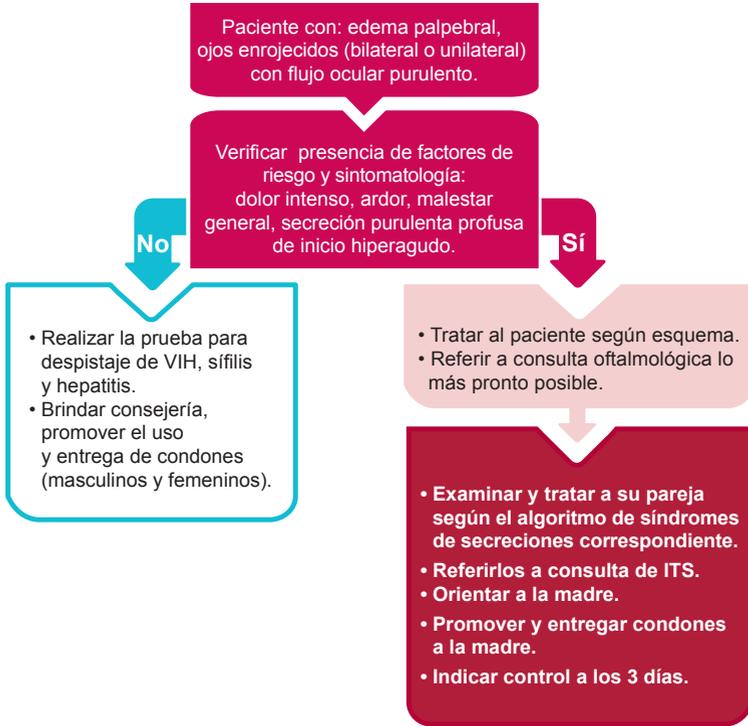


Tabla 7. Tratamiento de la conjuntivitis en adultos (Incluye mujeres embarazadas)

Elección	Tratamiento	Dosis
Esquema I	ceftriaxona	250 mg IM en dosis única
Esquema II	cefixime	400 mg vía oral en dosis única

CAPÍTULO 2

ÚLCERA

Es una solución de continuidad de la superficie cutánea o mucosa



2.1. Síndrome de úlcera genital

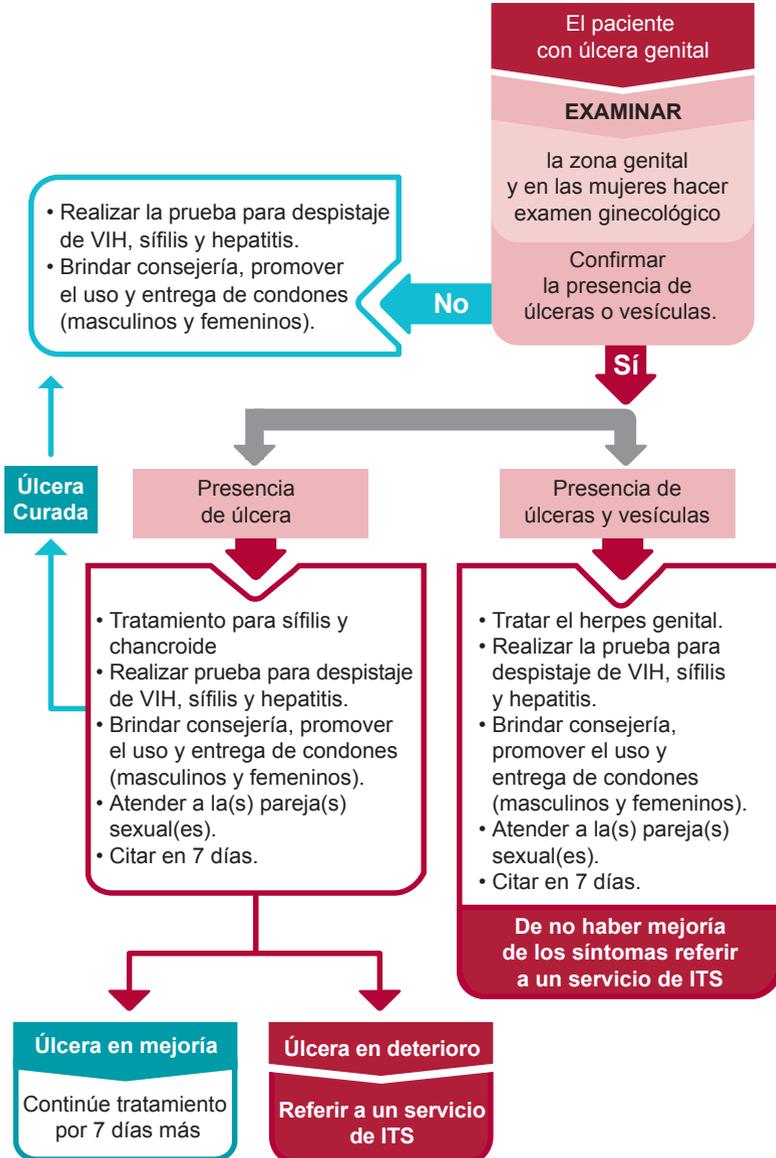
Presencia de una solución de continuidad en piel o mucosa que puede ser dolorosa o indolora, con o sin secreción, relacionada con patógenos de transmisión sexual, generalmente ubicada en el área genital, aunque puede aparecer en áreas extragenitales (boca, garganta, manos, ano).

Tabla 8. Diagnóstico diferencial de las úlceras

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



2.2. Flujograma para la atención de pacientes con úlcera genital





**Tabla 9. Tratamiento úlceras genitales*
(Incluye mujeres embarazadas)**

	Elección	Tratamiento	Dosis
Sífilis primaria	Esquema I	penicilina benzatínica	2.4 millones UI IM una dosis.
	Esquema II	doxiciclina**	100 mg VO cada 12 horas por 14 días.
Sífilis secundaria	Esquema I	penicilina benzatínica	2.4 millones UI IM 3 dosis con intervalo de una semana (dosis total 7.2 millones UI).
	Esquema II	doxiciclina**	100 mg. VO cada 12 horas por 28 días.
Chancroide (chancro blando)	Esquema I	azitromicina	1g vía oral única dosis
	Esquema II	ceftriaxona	250 mg IM única dosis
	Esquema III	ciprofloxacina**	500 mg vía oral cada 12 horas por 7 días
Herpes		aciclovir**	400 mg vía oral cada 8 horas por 7 días
		valaciclovir**	1 g vía oral cada 12 horas por 7 días.

(*) Para el caso del tratamiento de úlceras por linfogranuloma venéreo o granuloma inguinal ver tabla 14.

(**) Estos fármacos están contraindicados en mujeres embarazadas o en período de lactancia. En caso de herpes genital en las embarazadas administre aciclovir cuando el beneficio supere al riesgo.

a) Sífilis primaria: se caracteriza por la aparición del “chancro” después de un periodo de incubación de aproximadamente 3 semanas (10-90 días). El chancro es la primera manifestación de la sífilis y se localiza en el punto de inoculación del treponema. Se manifiesta como una erosión indolora, circunscrita y de bordes elevados redondeados u ovals y base indurada. A veces, suele ser difícil de detectar en mujeres debido a su localización interna.

Cuando el chancro se localiza en la zona genital se acompaña de cambios en los ganglios linfáticos inguinales, encontrándose a la palpación varios ganglios aumentados de tamaño, duros y poco dolorosos. Sin tratamiento el chancro involuciona y cicatriza en 2 a 6 semanas.

b) Sífilis secundaria: se produce a las 3 a 12 semanas de la aparición del chancro. Se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas que surgen en este período: la roséola sífilítica y lesiones papulosas. La roséola sífilítica consiste en una erupción de manchas redondeadas de color rojo cobrizo de 5 a 12mm de diámetro y de localización predominante en el tórax, los brazos y el abdomen y con afectación palmo plantar en el 50 al 80% de los casos. Pueden pasar inadvertidas si la roséola es tenue. La duración de las lesiones suele ser desde pocos días hasta semanas y desaparecen espontáneamente aunque hasta una cuarta parte de los pacientes pueden presentar recurrencias durante el primer año.

CAPÍTULO 3

SÍNDROME VERRUGOSO (LESIONES GENITALES VEGETANTES)

Son lesiones indoloras
y no derivan en complicaciones serias,
excepto cuando causan obstrucción



3.1. Verrugas genitales

Son lesiones dermatológicas exofíticas, papulares, queratósicas, que aparecen como pequeños bultos en pene, escroto, periné, y adyacencias de la vulva y el ano; también pueden aparecer en recto, cérvix, vagina, uretra o extragenital (cavidad bucofaríngea). Se pueden manifestar en las siguientes patologías:

3.1.1. Condiloma acuminado (virus de papiloma humano)

Son verrugas de un diámetro de 1 a 10 mm que tienden a asociarse. Son múltiples, en forma de coliflor, pueden ser rosadas o de color marrón. Suelen aparecer en la mujer en la vulva, cuello del útero, dentro de la vagina. En el hombre se evidencia en la piel del pene, en prepucio y glándula. Puede afectar a la uretra, el escroto, muslos, región inguinocrural, perianal y anal.

La infección por virus del papiloma humano (VPH) es la ITS más común en el mundo. Puede ser transmitida de persona a persona mediante relaciones sexuales vaginales, anales u orales. En la mayoría de los casos, esta infección puede desaparecer sin causar problemas de salud; sin embargo, dependiendo del serotipo, algunas infecciones pueden hacerse persistentes generando verrugas genitales o ciertos tipos de cáncer.

En la **sífilis secundaria** se pueden generar lesiones localizadas en la mucosa anal que adoptan una morfología papular y verrugosa que se denomina **condiloma plano**.

3.1.2. Molusco contagioso (*molluscipoxvirus*)

Enfermedad cutánea de etiología viral, autoinoculable. Se caracteriza por lesiones indoloras, papulares, hemisféricas, de superficie lisa y brillante con depresión central (umbilicadas), que asemejan una perla. Afecta principalmente a niños y adultos inmunosuprimidos. La transmisión se da por contacto directo con las lesiones u objetos contaminados (toallas, ropa).

3.1.2.1. Diagnósticos diferenciales

Verrugas vulgaris, corona perlada (hombres), papilomatosis vestibular (mujeres), neoplasias, varicela zóster, *herpes* simple, condiloma acuminado y exantema multiforme.



3.1.2.2. Flujoograma para la atención de pacientes con verrugas genitales

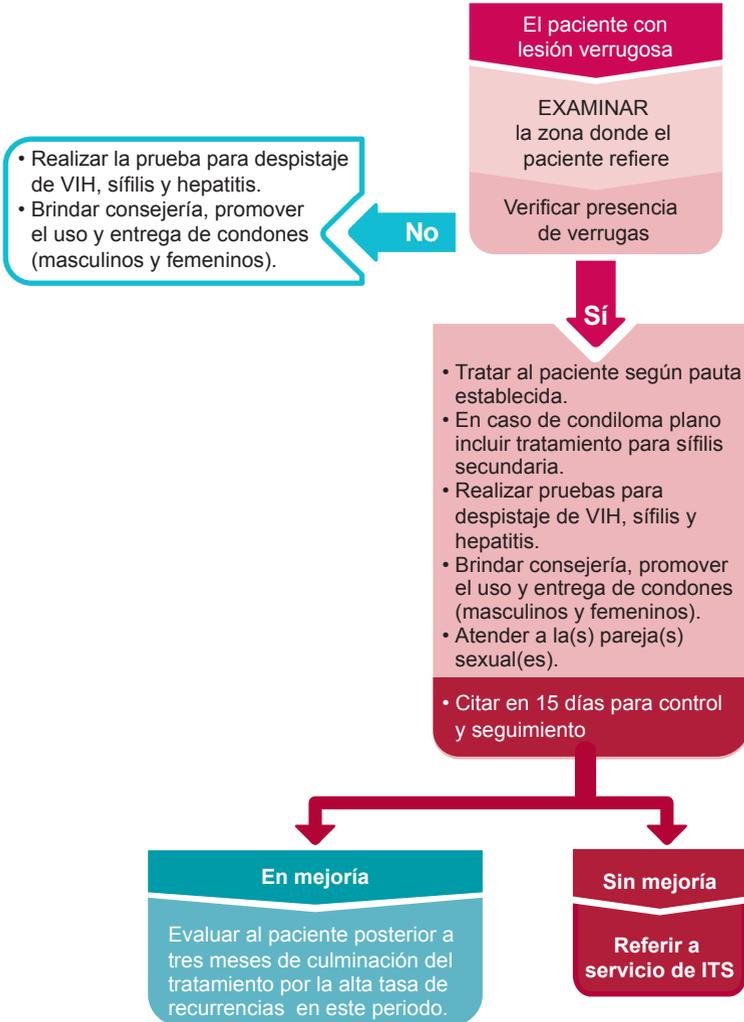




Tabla 10. Tratamiento de las verrugas genitales

	Elección	Tratamiento	Dosis
I nivel de atención	Esquema I	imiquimod* (crema 5%)	Una aplicación nocturna 3 veces por semana, máximo por 16 semanas.
	Esquema II	podofilina* (sol. 0,5%)	Una pincelada c / 12 h por tres días. Descansar 4 días sin tratamiento. Repetir este ciclo 4 veces.
II nivel de atención	Esquema I	ácido tricloroacético (ATA) (80%)	Una aplicación por semana hasta desaparición de la lesión (único tratamiento químico para uso en mujeres embarazadas).
	Esquema II	cirugía láser o remoción quirúrgica o electrocauterización. Curetaje (molusco contagioso)	Atención brindada por especialista.

(*) No usar en embarazadas.

The background is a solid teal color with several white hexagonal outlines of varying sizes and positions, creating a geometric pattern.

CAPÍTULO 4

ECTOPARÁSITOS

Son parásitos
que se alojan en la piel
de la persona afectada



4.1. Escabiosis

También llamada acarosis. Es una infestación producida por el ácaro llamado *Sarcoptes scabiei* que se transmite por contacto corporal directo prolongado. En adultos, la transmisión suele ser por contacto sexual. Sin embargo, lo usual es que la escabiosis se transmita por contacto corporal directo no relacionado con la actividad sexual.

Las parejas sexuales y las personas que conviven en un mismo ámbito deben recibir el tratamiento que se describe.

4.2. Pediculosis

El *Pthirus pubis*, es la causa de la pediculosis púbica. Generalmente, se transmite por contacto sexual. Los pacientes suelen realizar una consulta médica a causa del prurito.



Tabla 11a. Tratamiento de la escabiosis

ITS	Elección	Tratamiento	Dosis	
Escabiosis	Esquema I	loción o crema de lindano 1%*	Aplicar una capa delgada por todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo y enjuagar meticulosamente después de 8 horas. En algunas áreas se ha informado resistencia al lindano.	
	Esquema II	permetrina crema (5%)	Aplicar en todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo 3 noches seguidas; los pacientes pueden tomar un baño antes de volver a aplicar la sustancia y deben bañarse 24 horas después de la última aplicación.	
	Esquema III	benzoato de bencilo loción al 25%	Aplicar en todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo 2 noches seguidas; los pacientes pueden tomar un baño antes de volver a aplicar la sustancia y deben bañarse 24 horas después de la última aplicación.	
	Niños menores de 10 años, gestantes o mujeres que amamantan		crotamiton al 10% en loción	Aplicar en todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo por 2 noches seguidas, se deberá enjuagar minuciosamente 24 horas después de la segunda aplicación; en algunos lugares geográficos es necesario administrar 5 noches de tratamiento (el crotamiton tiene la ventaja de ser antiprurítico)
			azufre precipitado al 6% en petrolato	Aplicar en todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo por 3 noches seguidas. Los pacientes pueden tomar un baño antes de volver a aplicar el producto y deben repetir el baño 24 horas después de la última aplicación



Tabla 11b. Tratamiento de la pediculosis

ITS	Elección	Tratamiento	Dosis
Pediculosis**	Esquema I	loción o crema de lindano 1%	Friccionar suavemente pero meticulosamente sobre toda el área infestada y las áreas pilosas adyacentes; enjuagar a las 8 horas; como alternativa, lindano, champú al 1%, aplicado durante 4 minutos y luego enjuagar meticulosamente.
	Esquema II	piretrinas al 1% más champú de piperonil butoxido al 10%	Aplicar en las áreas infestadas y pilosas adyacentes y enjuagar después de 10 minutos. Se indica repetir el tratamiento luego de 7 días si se encuentran piojos o se observan liendres en la unión dermopilosa.
	Esquema III	permetrina crema (5%)	Aplicar en todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo 3 noches seguidas; los pacientes pueden tomar un baño antes de volver a aplicar la sustancia y deben bañarse 24 horas después de la última aplicación.

(*) No se recomienda el lindano en mujeres embarazadas o en período de lactancia.

(**) Si las pestañas están infestadas, se debe aplicar diariamente una pomada oftálmica oclusiva en los márgenes de los párpados durante 10 días para provocar la sofocación de los ectoparásitos. La pomada no debe entrar en contacto con los ojos.

CAPÍTULO 5

SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL

Entidad cuyo síntoma principal es dolor inespecífico localizado en el hipogastrio, de moderada a fuerte intensidad, ocasionado por agentes infecciosos. Las principales ITS que producen el síndrome dolor abdominal bajo son: gonorrea y la infección por clamidia



5.1. Flujoograma para la atención del dolor abdominal



(*) El término enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) se refiere a la infección del aparato genital superior femenino (útero, trompa y ovarios) causada por microorganismos que ascienden desde el cuello del útero.



Diagnóstico diferencial de síndrome de dolor abdominal

Dismenorrea, torsión anexial, aborto, embarazo ectópico, apendicitis, enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulosis, cistitis, pielonefritis y cólico renal.

Tabla 12. Tratamiento síndrome de dolor abdominal

Tratamiento	Dosis
ceftriaxona	250 mg IM dosis única
+	
doxiciclina*	100 mg VO o EV c/12h x 14 días
+	
metronidazol*	500 mg VO c/12h x 14 días
Esquema para embarazadas	Referir urgentemente al especialista

(*) Estos fármacos están contraindicados en mujeres embarazadas o en período de lactancia.

Contraindicaciones:

En el embarazo está contraindicado utilizar:

- Durante el primer trimestre: metronidazol.
- Durante todo el embarazo: ciprofloxacina y doxiciclina

Durante el embarazo, se utiliza estearato de eritromicina 500 mg vía oral, cuatro veces al día, cada seis horas, durante siete días, en lugar de ciprofloxacina y doxiciclina.

CAPÍTULO 6

BUBÓN GENITAL

Los bubones inguinales y femorales son agrandamientos dolorosos localizados de los ganglios linfáticos inguinales que pueden presentarse como fluctuantes (suaves con sensación de contener líquido en su interior). Al romperse un bubón, es posible que aparezcan como úlceras en el área inguinal



Los bubones suelen asociarse con el linfogranuloma venéreo y el chancroide. En la mayoría de los casos de chancroide, también se observa una úlcera genital, pero pueden pasarse por alto úlceras vaginales en las mujeres. En las regiones donde el granuloma inguinal (donovanosis) es habitual, también deberá considerársele como una causa de bubón inguinal.

Tabla 13. Diagnóstico diferencial de los bubones inguinales

Patología	Agente causal	Características del bubón
Linfogranuloma venéreo	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Nódulos subcutáneos en genitales (pene o vulva) o región inguinal que se erosionan y forman úlceras.
Chancroide	<i>Haemophilus ducrey</i>	Únicos o múltiples, dolorosos, de bordes blandos e irregulares, con secreción.
Granuloma inguinal	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Son lesiones tienen una alta vascularización y pueden sangrar fácilmente al tacto, las mismas que pueden evolucionar a lesiones ulcerosas, progresivas e indoloras sin linfadenopatía regional.



6.1. Flujograma para la atención de pacientes con bubón genital

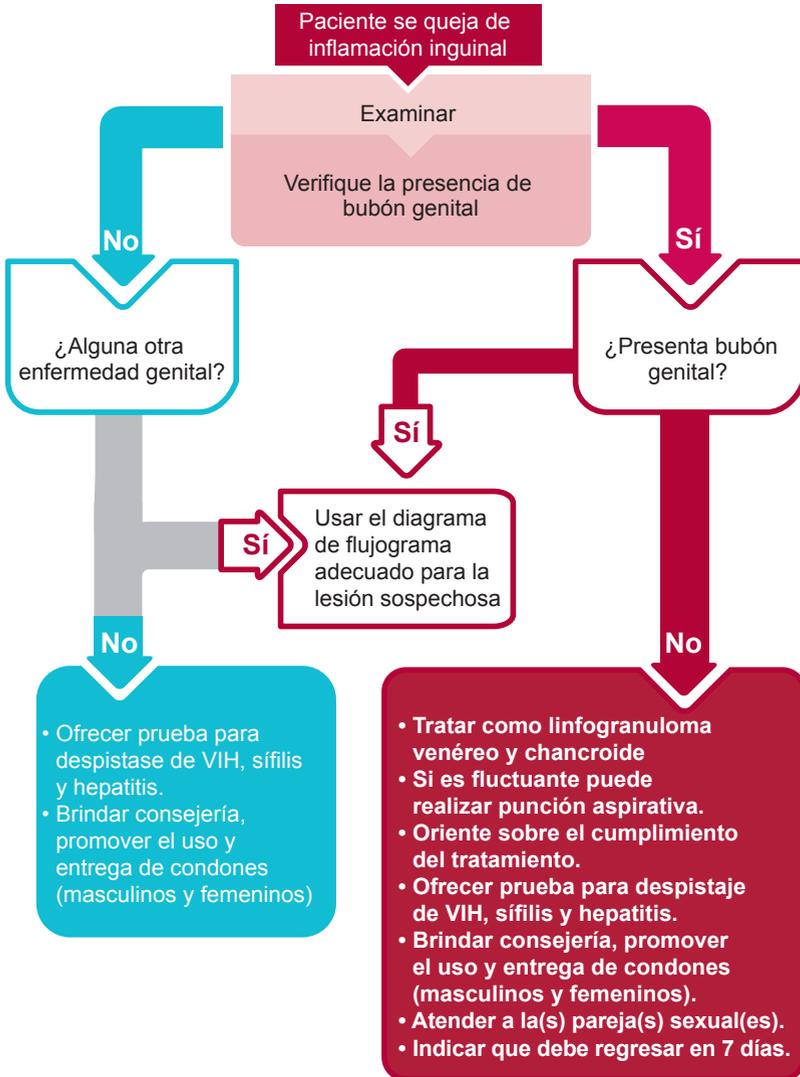




Tabla 14. Tratamiento de bubón genital

Tipo	Elección	Tratamiento	Dosis
Chancroide (chancro blando)	Esquema I	azitromicina	1 g vía oral única dosis
	Esquema II	ceftriaxona	250 mg IM única dosis
	Esquema III	ciprofloxacina*	500 mg vía oral cada 12 horas por 7 días
Linfogranuloma venéreo	Esquema I	doxiciclina*	100 mg por vía oral, dos veces al día durante 14 días
	Esquema II	tetraciclina*	500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días
	Esquema III	eritromicina	500 mg por vía oral 4 veces al día durante 14 días (chancroide y linfogranuloma venéreo)
Granuloma inguinal	Esquema I	azitromicina	1 g por vía oral, en dosis única, seguido de 500 mg una vez al día
	Esquema II	doxiciclina*	100 mg por vía oral, dos veces al día durante 14 días

(*) Estos fármacos están contraindicados en mujeres embarazadas o en período de lactancia.

CAPÍTULO 7

CONSIDERACIONES GENERALES

Se refiere al tratamiento de las parejas sexuales y en casos de fracaso terapéutico y reinfección



7.1. Consideraciones para el tratamiento de las parejas sexuales

En general, se deberá tratar a las parejas por la misma ITS del paciente índice, independientemente de si presentan o no síntomas o signos de infección. Sin embargo, no todas las ITS son de transmisión sexual, lo que puede complicar la situación. Se debe tomar la precaución de no etiquetar o estigmatizar a una persona respecto de una ITS. Las mujeres con flujo vaginal, por ejemplo, suelen padecer una infección vaginal endógena no relacionada con ninguna ITS. En esta situación todo intento por notificar y tratar a su pareja sexual sería innecesario (las parejas no necesitan tratamiento) y potencialmente perjudicial para la relación: desconfianza, violencia y divorcio son posibles consecuencias de una notificación.

Los prestadores de salud, por lo tanto, deben garantizar cabalmente la presencia de una ITS antes de notificar y tratar a las parejas, y deberán reconocer que pueden existir otras explicaciones para la mayoría de los síntomas de una ITS. Las tablas 15 y 16 presenta un resumen de los mensajes de tratamiento y orientación de las parejas para los síndromes de ITS habituales.



Tabla 15. Consideraciones y estrategias de tratamiento para las parejas sexuales

Síndrome	Explicaciones posibles	Manejo de la pareja	Tabla de manejo a ver	Mensaje de orientación
Secreción uretral (hombres)	ITS muy probable	Tratar a las parejas por infección cervical (gonorrea y clamidiasis)	Tabla 1	Orientación para la prevención de ITS
Flujo vaginal	Infección endógena (no una ITS) lo más probable	No tratar a la pareja salvo recidiva (entonces ofrecer tratamiento para tricomoniasis)	Tabla 5	No suele ser de transmisión sexual
Úlcera genital	ITS muy probable	Tratar a las parejas como síndrome de úlcera genital (SUG)	Tabla 9	Orientación para la prevención de ITS
Dolor abdominal bajo	Enfermedad pélvica inflamatoria, a menudo una ITS. Otras causas genitourinarias o gastrointestinales son posibles	Tratar a las parejas por secreción uretral (gonorrea y clamidiasis)	Tabla 12	Tratamiento de la pareja como precaución para reducir las complicaciones y preservar la fertilidad



Tabla 16. Tratamiento recomendado a las parejas

ITS	Tratar a todas las parejas en los últimos	Por síndrome
Chancroide	10 días	Síndrome de úlcera genital: 3 meses
Linfogranuloma venéreo	1 mes	
Sífilis primaria	3 meses	
Sífilis secundaria	6 meses	Infección cervical o secreción uretral: 2 meses
Sífilis latente	1 año	
Gonorrea	3 meses	
Clamidiasis	3 meses	Flujo vaginal: pareja actual solo en caso de fracaso terapéutico. Si la pareja presenta síntomas, tratar a la paciente y a su pareja utilizando el abordaje sindrómico
Tricomoniasis	Pareja actual	
Infección por levaduras	Pareja actual	
Enfermedad pélvica inflamatoria	2 meses	Dolor abdominal pélvico: 2 meses



7.2. Fracaso terapéutico y reinfección

¿Son realmente necesarias las visitas de seguimiento?

- Quizás sea útil para los médicos volver a evaluar a los pacientes para determinar si el tratamiento alivió los síntomas y logró la cura clínica. Sin embargo, las visitas de seguimiento de rutina pueden resultar un inconveniente para las pacientes, y se deberá evitar toda carga innecesaria sobre el ocupado personal del servicio de salud.
- El manejo sintomático proporciona un tratamiento altamente efectivo para las ITS más habituales y la mayoría de las pacientes mejoran rápidamente. Generalmente no será necesario que regresen solo para un “chequeo” si ya han tomado los medicamentos y se sienten mejor. Sin embargo, es una buena idea aconsejarles que regresen si no observan mejoría luego de una semana de tratamiento (2 a 3 días en el caso de la enfermedad pélvica inflamatoria).
- Se alentará a los pacientes con úlceras genitales que regresen luego de 7 días, debido a que las úlceras tardan más tiempo para cicatrizar, el tratamiento se debe prolongar más allá de los 7 días si no hay epitelización (formación de una nueva capa de piel sobre la herida).

Si los pacientes afectados por una ITS no mejoran, suele deberse al fracaso terapéutico o a la reinfección. Intente determinar la causa:

¿Cuándo pensar en el fracaso terapéutico? Haga las siguientes preguntas:

- ¿Tomó todos los medicamentos según las indicaciones?
- ¿Compartió sus medicamentos con otra persona o dejó de tomarlos luego de experimentar cierta mejoría?

También considere la posibilidad de resistencia al fármaco.

- ¿Se basó en las pautas nacionales de tratamiento?
- ¿Se registra una mayor cantidad de casos de fracaso terapéutico?



¿Cuándo pensar en la reinfección?

- ¿Acudió su pareja al servicio para recibir tratamiento?
- ¿Utilizaron condones o se abstuvieron de mantener relaciones sexuales luego de iniciado el tratamiento?

La recurrencia

También es habitual en las infecciones vaginales endógenas, especialmente cuando no se abordan los motivos subyacentes (duchas vaginales, agentes de secado vaginal, anticonceptivos hormonales). Vea tabla 17, modos de prevenir infecciones endógenas. La infección por levaduras y la vaginosis bacteriana son infecciones endógenas comunes.

Tabla 17. Factores predisponentes de las infecciones endógenas

Las embarazadas y las mujeres que utilizan anticonceptivos orales pueden contraer frecuentes infecciones por levadura por los cambios en la acidez vaginal (pH).
Algunas patologías clínicas, por ejemplo, la diabetes y los tratamientos crónicos con corticosteroides, pueden aumentar el riesgo de infecciones por levaduras.
Las duchas vaginales pueden afectar la flora normal de la vagina y provocar el crecimiento excesivo de otros microorganismos (vaginosis bacteriana). Debería evitarse el uso de detergentes, desinfectantes y agentes de higiene o secado vaginales. La limpieza de la zona genital externa con agua y jabón es suficiente para la higiene.
Los antibióticos también pueden afectar la flora vaginal normal y permitir el desarrollo de levadura. Las mujeres que toman antibióticos, especialmente tratamientos prolongados con antibióticos de amplio espectro también pueden necesitar tratamiento para infección por levaduras.

CAPÍTULO 8

PROFILAXIS POSEXPOSICIÓN DE ITS Y ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

En caso de violencia sexual o relación sexual de riesgo, deben cumplirse todas las profilaxis descritas en cada punto de este capítulo



8.1. Anticoncepción de emergencia

Las píldoras anticonceptivas pueden utilizarse hasta cinco días después de una relación sexual sin protección. Lo ideal es administrar en las primeras 72 horas.

Tabla 18. Uso de píldoras anticoncepción de emergencia

Tipo de píldoras		Dosis recomendadas
Anticoncepción de emergencia	Píldoras de levonorgestrel (píldoras del día siguiente)	Preferentemente, tome 1,50 mg de levonorgestrel en una sola dosis. De forma alternativa, tome levonorgestrel en 2 dosis (1 de 0,75 mg de levonorgestrel, seguida de una segunda dosis de 0,75 mg de levonorgestrel 12 horas más tarde).
	Píldoras combinadas	Tome 2 píldoras combinadas específicas para anticoncepción de emergencia (50 µg de etinilestradiol cada una). Repita a las 12 horas
Píldoras convencionales	Píldoras combinadas de dosis baja	Tome 4 píldoras anticonceptivas de dosis baja (30 µg de etinilestradiol cada una). Repita a las 12 horas.
	Píldoras combinadas de dosis alta	Tome 2 píldoras anticonceptivas de dosis alta (50 µg de etinilestradiol cada una). Repita a las 12 horas.



8.2. Profilaxis posexposición de las ITS

La profilaxis de las ITS debe comenzar el mismo día que la anticoncepción de emergencia. Idealmente en las primeras 72 horas posteriores al hecho.

Tabla 19. Tratamiento presuntivo de ITS en adultos

Tipo	Elección	Tratamiento	Dosis
Sífilis primaria	Esquema I (de elección para las embarazadas)	penicilina benzatínica	2.4 millones UI IM una dosis.
	Esquema II	doxiciclina ^b	100 mg VO cada 12 horas por 14 días.
Gonorrea / Chancroide	Esquema I (de elección para las embarazadas)	cefixima	400 mg por vía oral, dosis única
	Esquema II (de elección para las embarazadas)	ceftriaxona	125 mg en inyección IM, en dosis única
Clamidia / linfogranuloma venéreo	Esquema I (de elección para las embarazadas)	azitromicina	1g vía oral única dosis
	Esquema II	doxiciclina ^b	100 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días
Tricomoniasis	Esquema I	metronidazol ^{a,b}	2 g por vía oral, en dosis única
	Esquema II	tinidazol ^c	2 g por vía oral, en dosis única

a. El uso del metronidazol debe evitarse en el primer trimestre del embarazo. Debe advertirse a los pacientes que toman metronidazol que deben evitar el consumo de alcohol.

b. Estos fármacos están contraindicados en mujeres embarazadas o que amamantan.

c. Debe advertirse a los pacientes que toman tinidazol que deben evitar el consumo de alcohol.



Tabla 20. Tratamiento presuntivo de ITS para niños

Tipo	Elección	Tratamiento	Dosis
Sífilis primaria	Esquema I	penicilina benzatínica	50.000 unidades / kg de peso corporal, en inyección IM
	Esquema II	eritromicina	12,5 mg / kg de peso corporal, por vía oral, 4 veces al día durante 14 días
Gonorrea / Chancroide	Esquema I	cefixima	8 mg / kg de peso corporal, en dosis única
	Esquema II	ceftriaxona	125 mg en inyección IM
Clamidiasis / Linfogranuloma venéreo	Esquema I	eritromicina	12,5 mg / kg de peso corporal, por vía oral, 4 veces al día durante 7 días
Tricomoniasis	Esquema I	metronidazol ^{a,b}	5 mg / kg de peso corporal por vía oral, 3 veces al día durante 7 días

a. El uso del metronidazol debe evitarse en el primer trimestre del embarazo. Debe advertirse a las pacientes que toman metronidazol que deben evitar el consumo de alcohol.

b. Estos fármacos están contraindicados en mujeres embarazadas o que amamantan.



8.3. Profilaxis posexposición del VIH

- Indiciar la profilaxis posexposición, las primeras 72 horas según el protocolo establecido.
- Referir al especialista en manejo de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) para hacer el seguimiento.

8.4. Inmunización profiláctica contra la hepatitis B

- El virus de la hepatitis B (VHB) se transmite fácilmente a través del contacto sexual y por sangre.
- Indique vacunación o completar esquema de vacunación contra hepatitis B.
- La vacuna contra el virus de la hepatitis B (VHB) incluso puede aplicarse a mujeres embarazadas y a personas con infección por VHB previa o crónica.

8.5. Toxoide antitetánico

- La prevención del tétano incluye la limpieza cuidadosa de todas las heridas.
- Si presentan rasguños, cortes o abrasiones, evaluar riesgo de tétanos y las víctimas deben vacunarse con toxoide antitetánico o completar esquema.

CAPÍTULO 9

EL ZIKA Y LA TRANSMISIÓN SEXUAL

El virus del Zika se transmite a las personas principalmente por la picadura de un mosquito del género *Aedes* que esté infectado (*Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*). Estos mosquitos son los mismos que propagan los virus del dengue y del chikungunya



9.1. Transmisión a través de la actividad sexual

Se continúan realizando estudios para conocer cuánto tiempo puede durar el virus en los líquidos corporales. Sabemos que el Zika puede permanecer en el semen durante más tiempo que en otros líquidos corporales, incluidos el flujo vaginal y orina.*

Las siguientes recomendaciones se aplican a hombres que hayan vivido en un área con transmisión activa del virus del Zika o hayan viajado a ella, y a sus respectivas parejas.

Estas directrices determinan la posible exposición sexual al virus del Zika de cualquier persona que haya mantenido relaciones sexuales (ya sea vaginal, anal u oral) sin condón con un hombre que haya viajado a un área con transmisión activa del virus del Zika o resida en ella.

El virus del Zika puede ser transmitido por un hombre a sus parejas sexuales. La infección por el virus del Zika genera mayor preocupación durante el embarazo.

Todos los casos informados de transmisión sexual incluyeron sexo anal o vaginal con hombres durante, poco antes o poco después del diagnóstico de la enfermedad sintomática similar a la enfermedad por el virus del Zika.

Se desconoce si los hombres infectados que nunca manifestaron los síntomas pueden contagiar el virus del Zika a sus parejas sexuales.

La transmisión sexual de muchas infecciones, incluidas aquellas causadas por otros virus, se reduce notablemente con el uso de manera consistente y correcta de condones de látex.

(*) El Centro de Clasificación de Enfermedades (CDC) publicó directrices provisionales para la prevención de la transmisión sexual del virus del Zika, el 5 de febrero de 2016.



9.1.1. ¿Qué tipo de actividad sexual hace que una persona corra riesgo de contraer el virus del Zika si su pareja está infectada?

Una persona con Zika puede transmitir el virus a sus parejas sexuales al tener sexo vaginal, anal u oral. El hecho de compartir juguetes sexuales también puede poner en riesgo a una persona. El Zika se ha detectado en el semen, los flujos vaginales, la saliva, la orina y la leche materna. No hay evidencia en este momento de que el Zika pueda transmitirse a través de la saliva al besar.

Hay evidencia documentada de transmisión sexual del Zika de un hombre a una mujer, de un hombre a un hombre y de una mujer a un hombre. La transmisión sexual de una mujer a otra mujer aún no ha sido informada, pero es posible en términos biológicos.

9.1.2. ¿Por cuánto tiempo el virus del Zika puede transmitirse a las parejas sexuales después de la infección inicial?

Cada vez contamos con más información, pero aún no sabemos exactamente durante cuánto tiempo las personas infectadas pueden transmitir el Zika por vía sexual. Los datos disponibles se limitan en este momento a los informes de casos. Contaremos con más información a partir de los estudios en curso.

9.1.3. ¿Cuán común es para un hombre o una mujer transmitir el Zika a su pareja sexual?

No lo sabemos. El CDC están realizando un estudio en hombres y mujeres infectados con Zika para comprender mejor la frecuencia con la que diferentes líquidos corporales, incluido el semen y el flujo vaginal, pueden transmitir el Zika. Hasta ahora, la mayoría de los casos documentados de transmisión sexual de la infección por el virus del Zika han sido de hombres a sus parejas sexuales.

9.1.4. ¿Qué debería decirles a los pacientes que están preocupados por contraer el Zika por vía sexual?

Solo las personas cuyas parejas sexuales hayan viajado a un área con Zika o vivan en una de ellas corren riesgo de contraer el virus del Zika por vía sexual. La transmisión sexual del Zika es una de las mayores preocupaciones para las mujeres embarazadas cuyas parejas han estado, o están, en riesgo de contraer la infección por el virus del Zika.



- Las mujeres embarazadas y las mujeres que podrían quedar embarazadas deberían tomar las precauciones necesarias para prevenir la transmisión del virus del Zika por vía sexual. Sus parejas también deberían recibir asesoramiento para que tomen las precauciones necesarias para prevenir la transmisión sexual del Zika.
- Se debe informar a todos los demás pacientes que la posibilidad de contraer el Zika por vía sexual puede reducirse si usan métodos de barrera de manera consistente y correcta, y que puede eliminarse con la abstinencia sexual.

Los métodos de barrera para que sean eficaces en brindar protección contra la infección deben ser usados de manera correcta en todo momento del acto sexual, cada vez que se mantengan relaciones sexuales; vaginales, anales u orales.

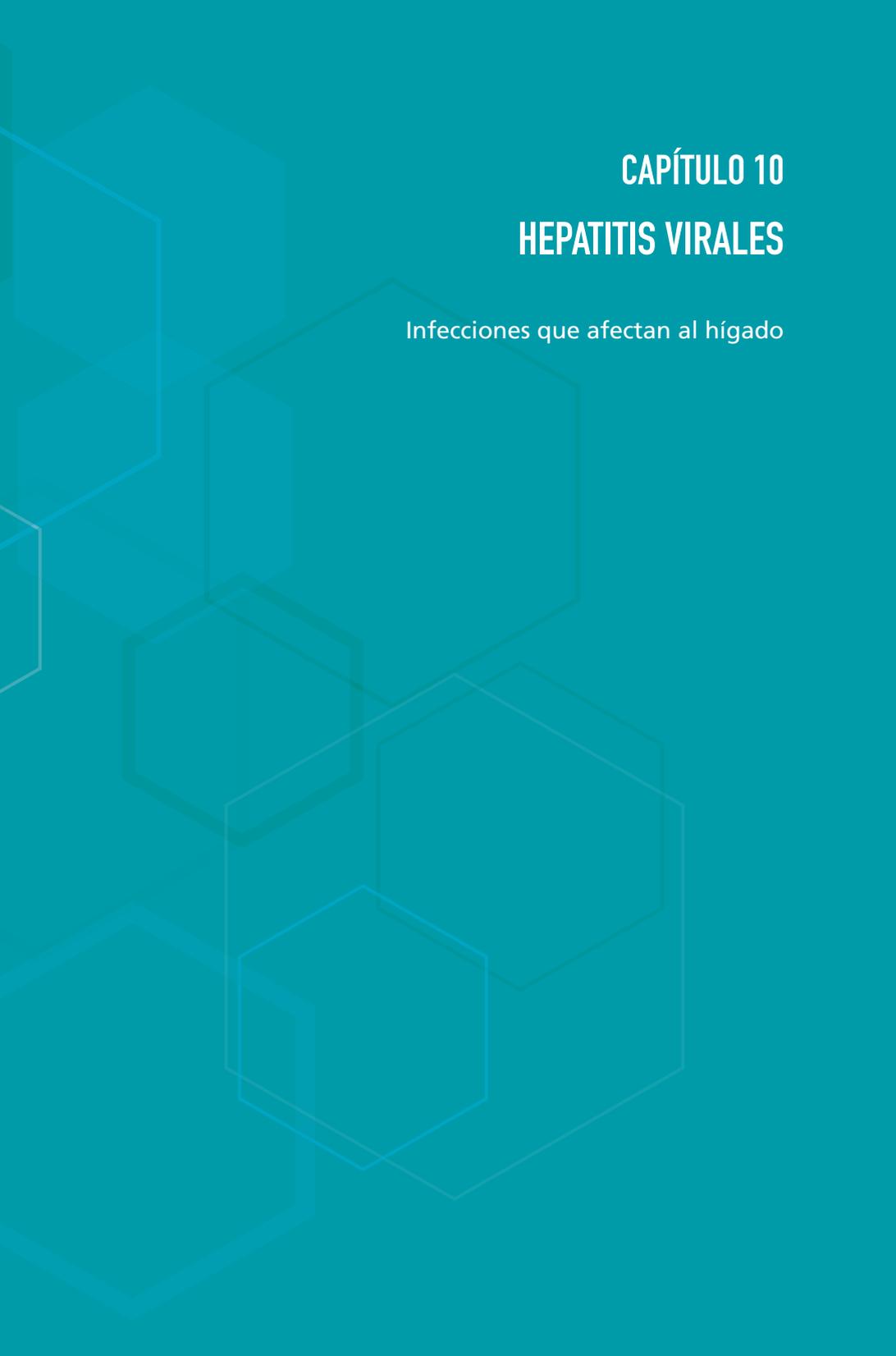
9.2. Recomendaciones provisionales

Basándose en las pruebas cada vez más numerosas de que el virus del Zika se puede transmitir por vía sexual, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda:

1. Que los programas de los países velen porque:
 - a. Todas las personas (hombres o mujeres) con infección por el virus del Zika y sus parejas sexuales (sobre todo las embarazadas) reciban información sobre los riesgos de transmisión sexual del virus, las medidas anticonceptivas y las prácticas sexuales seguras, y siempre que sea posible, se les proporcionen preservativos.
 - b. Las mujeres que tengan relaciones sexuales sin protección y no deseen el embarazo por temor a la infección por este virus tengan fácil acceso a servicios anticonceptivos de urgencia y asesoramiento.
 - c. Informar y orientar correctamente a los hombres y mujeres en edad de procrear que residan en zonas donde se conozca que hay transmisión local del virus. A fin de evitar consecuencias negativas para la embarazada y el feto, se recomienda el uso sistemático de preservativos para prevenir las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), otras infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados.



2. Las parejas sexuales de embarazadas que residan o vuelvan de zonas con transmisión local del virus tengan prácticas sexuales seguras o se abstengan de tener relaciones sexuales, al menos mientras dure el embarazo. Entre las prácticas sexuales seguras se incluyen: el aplazamiento de las primeras relaciones sexuales; las relaciones sexuales sin penetración; el uso correcto y sistemático de preservativos masculinos o femeninos y la reducción del número de parejas sexuales.
3. Las parejas o las mujeres que tengan previsto un embarazo y vuelvan de zonas con transmisión local del virus esperen al menos 8 semanas antes de intentar concebir, para dar tiempo a que se resuelva una posible infección por el virus del Zika; el plazo se ampliará a 6 meses en caso de que el hombre de la pareja sea sintomático.
4. Los hombres y las mujeres que regresen de zonas con transmisión del virus adopten prácticas sexuales seguras o se abstengan de tener relaciones sexuales, al menos en las 8 semanas siguientes al retorno.
 - a. Si durante ese período o antes de él aparecieran síntomas de enfermedad por el virus del Zika (exantema, fiebre, artralgias, mialgias o conjuntivitis), los hombres deberían adoptar prácticas sexuales seguras o abstenerse de tener relaciones sexuales durante un mínimo de 6 meses. Las mujeres deben ser informadas correctamente de esta recomendación.
 - b. La OMS no recomienda análisis sistemático del semen para detectar el virus del Zika. Sin embargo, a los hombres sintomáticos se les pueden ofrecer esas pruebas una vez cumplidas 8 semanas desde su retorno, dependiendo de la política del país.
5. Independientemente de las consideraciones relacionadas con el virus del Zika, la OMS recomienda siempre las prácticas sexuales seguras, y en particular el uso sistemático y correcto de preservativos para prevenir las infecciones por el VIH, otras infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

The background is a solid teal color with several white hexagonal outlines of varying sizes and positions, creating a geometric pattern.

CAPÍTULO 10

HEPATITIS VIRALES

Infecciones que afectan al hígado



Hepatitis A

La confirmación del diagnóstico se lleva a cabo determinando la presencia del virus en las heces y el diagnóstico de hepatitis aguda A por el hallazgo de IgM anti-Virus de la hepatitis A (VHA) en el suero recolectado durante la fase aguda o la convalecencia de la enfermedad: éstos siguen siendo detectables aún después de las seis semanas posteriores al inicio de la enfermedad. Las pruebas de radioinmunovaloración y ELISA permiten detectar también el virus y los anticuerpos.

Hepatitis B

El antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) puede identificarse en el suero 30 o 60 días después de la exposición a hepatitis B y persiste por periodos variables. Los anticuerpos contra virus de la hepatitis B (anti-HB) se desarrollan después de que la infección se ha resuelto y son responsables de la inmunidad a largo plazo. Los anticuerpos contra el antígeno central (anti-HBc) se desarrollan en todas las infecciones por virus de la hepatitis B (VHB) y persisten indefinidamente. La inmunoglobulina del anticuerpo contra el antígeno central de la hepatitis B (IgM anti-HBc) aparece en forma temprana en la infección y persiste por más de 6 meses.

Constituye un marcador disponible de la infección por el VHB aguda o reciente. Un tercer antígeno, antígeno de hepatitis B (HBeAg), puede ser identificado en el suero de personas con infección aguda o crónica. La presencia de HBeAg se relaciona con la replicación viral y una alta infectividad. Los anticuerpos contra HBeAg (anti-HBe) se desarrollan en la mayoría de infecciones por VHB, que se relacionan con la disminución de la replicación viral y una baja infectividad.

Hepatitis C

La aplicación de pruebas serológicas sensibles a la infección con virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis A (VHA) a los casos de hepatitis aguda en drogadictos, llevó a informes en los que aproximadamente 40 a 50 % de los casos se clasificaron como hepatitis C por exclusión serológica.

- *Hepatitis C aguda*

La hepatitis C aguda es una infección a corto plazo causada por el virus de la hepatitis C. Los síntomas pueden durar hasta 6 meses. A veces, la infección desaparece porque el cuerpo es capaz de combatir la infección y deshacerse del virus.



- *Hepatitis C crónica*

La hepatitis C crónica es una infección por el virus de la hepatitis C, de duración prolongada. La hepatitis C crónica se produce cuando el cuerpo no puede deshacerse del virus de la hepatitis C. La mayoría de las infecciones por hepatitis C se vuelven crónicas. Sin un tratamiento, es posible que la hepatitis C crónica provoque cáncer de hígado o daño hepático grave que produzca insuficiencia hepática. La insuficiencia hepática se produce cuando el hígado deja de funcionar de manera correcta.

Hepatitis D

La infección por virus de la hepatitis D (VHD) puede ser diagnosticada por la identificación del HDAg en el suero durante las fases tempranas de la infección y por la aparición de anticuerpos IgM específicos contra el virus delta (anti-VHD) durante o después de la infección. Una prueba de detección de anti-VHD total está a disposición comercialmente. Otras pruebas (HDAg, IgM anti-VHD) solo se encuentran disponibles en los laboratorios de investigación

Hepatitis E

El diagnóstico depende de la exclusión de otras etiologías de hepatitis, especialmente de la hepatitis A, por medios serológicos. Actualmente, las pruebas serológicas están siendo perfeccionadas para que logren detectar al agente E descrito.



10.1. Interpretación de los resultados de pruebas serológicas en el caso de hepatitis B

Pruebas	Resultados	Interpretación
HBsAg anti-HBc anti-HBs	Negativo Negativo Negativo	Susceptible
HBsAg anti-HBc anti-HBs	Negativo Positivo Positivo	Inmunidad natural
HBsAg anti-HBc anti-HBs	Negativo Negativo Positivo	Inmunidad por vacunación
HBsAg anti-HBc IgM anti-HBc anti-HBs	Positivo Positivo Positivo Negativo	Infección aguda
HBsAg anti-HBc IgM anti-HBc anti-HBs	Positivo Positivo Negativo Negativo	Infección crónica
HBsAg anti-HBc anti-HBs	Negativo Positivo Negativo	Interpretación poco clara; cuatro posibilidades: 1. Se resuelve la infección (el más común) 2. Falso positivo anti-HBc, por tanto, susceptible 3. "Nivel bajo" infección crónica 4. Resolución de la infección aguda

Antígeno de la hepatitis superficie B (HBsAg): Una proteína en la superficie de HBV; que se puede detectar en niveles elevados en el suero durante la infección aguda o crónica por VHB. La presencia de HBsAg indica que la persona es infecciosa. El cuerpo normalmente produce anticuerpos para HBsAg como parte de la respuesta inmune normal a la infección. HBsAg es el antígeno utilizado para fabricar la vacuna contra la hepatitis B.

Anticuerpo de superficie de la hepatitis B (anti-HBs): La presencia de anticuerpos anti-HBs se interpreta generalmente como una indicación de la recuperación e inmunidad frente a la infección por el VHB. Anti-HBs también se desarrolla en una persona que ha sido vacunado con éxito contra la hepatitis B.

Anticuerpo total del núcleo de la hepatitis B (anti-HBc): Aparece en el inicio de los síntomas de la hepatitis B aguda y persiste de por vida. La presencia de anticuerpos anti-HBc indica una infección previa o en curso por el VHB en un período de tiempo indefinido.

Anticuerpos IgM contra el antígeno central de la hepatitis B (IgM anti-HBc): La positividad indica infección reciente por el VHB (≤ 6 meses). Su presencia indica una infección aguda.

Adaptado de: Una estrategia amplia de inmunización para eliminar la transmisión de la hepatitis B infección por el virus en los Estados Unidos: Recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización. «Parte I: Inmunización de Infantes, Niños y Adolescentes». MMWR 2005; (. Sin RR-16) 54



10.2. Tratamiento y prevención de las hepatitis de transmisión sexual

10.2.1. Hepatitis B

No hay un tratamiento específico contra la hepatitis B aguda. Por tanto, la atención se centra en mantener el bienestar y un equilibrio nutricional adecuado, especialmente la reposición de los líquidos perdidos por los vómitos y la diarrea.

La infección crónica por el virus de la hepatitis B puede tratarse con fármacos, en particular agentes antivirales orales. El tratamiento puede ralentizar el avance de la cirrosis, reducir la incidencia de cáncer de hígado y mejorar la supervivencia a largo plazo.

La vacuna contra la hepatitis B es el principal pilar de la prevención de esta enfermedad. La OMS recomienda que se administre a todos los lactantes lo antes posible tras el nacimiento, preferentemente en las primeras 24 horas. La ejecución de programas de vacunación contra el VHB de todos los lactantes a escala regional y las elevadas tasas de cobertura en la mayoría de los países parecen haber contribuido a lograr resultados satisfactorios que se reflejan en un gran número de personas protegidas contra la infección por el VHB y en una disminución de la seroprevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) y de las enfermedades que produce.

De acuerdo al esquema nacional de vacunación, la dosis inicial del recién nacido deberá ir seguida de tres dosis para completar la serie primaria:

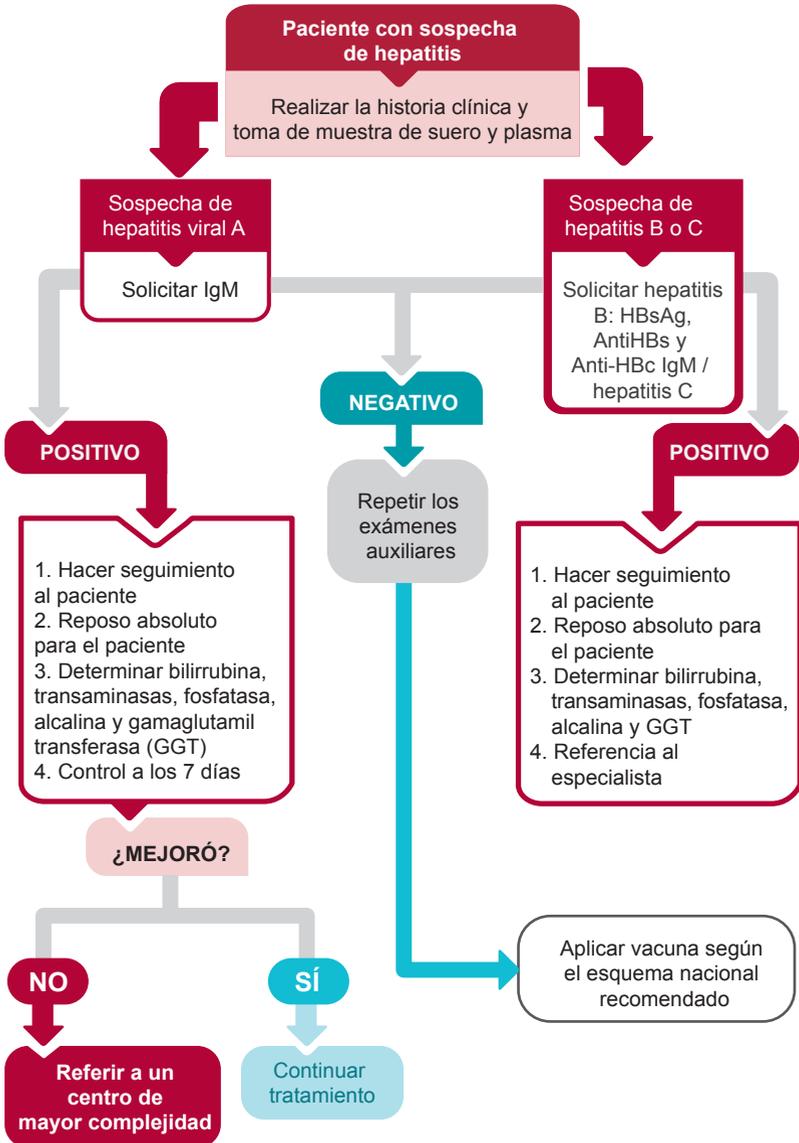
- Cuatro dosis de la vacuna; la primera (monovalente) al nacer, y las tres subsiguientes (combinada como pentavalente) al mismo tiempo que otras vacunas infantiles sistemáticas, a los 2, 4 y 6 meses de edad.

10.2.2. Hepatitis C

En general, la hepatitis C no se trata hasta que se vuelve crónica. La hepatitis C crónica se trata con medicamentos que enlentecen o detienen el virus que daña el hígado. El médico vigilará de cerca sus síntomas y programará análisis de sangre regulares para asegurarse de que el tratamiento está funcionando.



10.3. Flujograma para la atención del caso sospechoso de hepatitis





Bibliografía

Kimberly A., Workowski, M., Bolan, G. A., Prevention, D. o., National Center for HOV/AIDS, V. H., & Emory University, A. G. (5 de Junio de 2015). ***Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines***. Obtenido de www.cdc.gov/mmwr/preview/mmhtml/rr6403a1.htm

Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). ***VIH e infecciones de transmisión sexual: materiales científicos y técnicos***. Obtenido de www2.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=4739&Itemid=40736&lang=es

Organización Mundial de la Salud. (2016). ***Guía para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual***. Obtenido de files.sld.cu/sida/files/2016/manejo-de-its_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2007). ***Módulos de Capacitación para el Manejo Síndromico de las Infecciones de Transmisión Sexual***. Obtenido de www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/978924159340/es/

Organización Mundial de la Salud. (17 de Enero de 2017). ***Primer Informe de la OPS sobre la Hepatitis en el Continente Americano***. Obtenido de www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12900%3Aprimer-informe-de-la-ops-sobre-las-hepatitis-en-el-continente-americano&Itemid=135&lang=es

Organización Mundial de la Salud. (Julio de 2017) ***Hepatitis B***. Obtenido de www.who.int/medicacentre/factsheets/fs204/es

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). ***VIH e infecciones de transmisión sexual: Materiales científicos y técnicos***. Obtenido de www2.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=4739&Itemid=40736&lang=es

Update: Interim Guidance for Prevention of Sexual Transmission of Zika Virus - United States. (29 de julio de 2016). Obtenido de www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6529e2.htm

Organización Panamericana de la Salud. (2016). ***Informe final del Grupo técnico asesor para la vacuna contra la hepatitis B (VHB)***. Obtenido de www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=4256&Itemid=40961&lang=es

Organización Mundial de la Salud. ***Estrategia mundial del sector salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016 - 2021 (2016)***. Obtenido de www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/es



Ministerio del Poder Popular
para la **Salud**



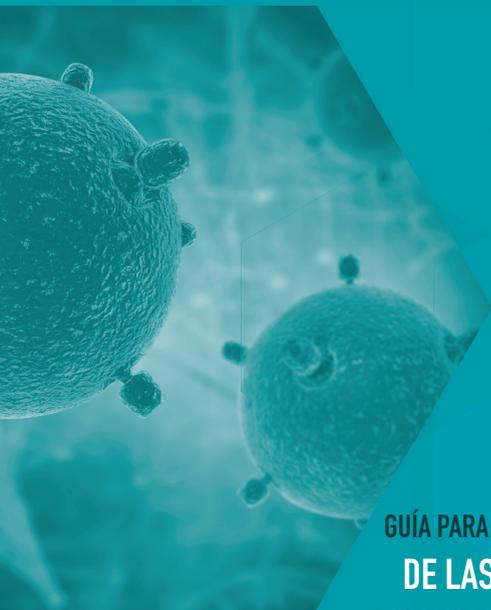
Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**





GUÍA PARA EL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)



Gobierno
Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular
para la Salud



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas



ONUSIDA

ISBN: 978-980-6678-07-1



9 789806 678071