

NORMATIVA NACIONAL PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PANAMÁ

Ministerio de Salud
Caja de Seguro Social
Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudio de Salud

**NORMATIVA NACIONAL
PARA EL ABORDAJE
INTEGRAL DE LAS
INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL
EN PANAMÁ**

Normativa Nacional para el Abordaje Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual en Panamá, Panamá abril 2014.



"Este material, es posible gracias al apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido de este material es responsabilidad exclusiva de los autores y el mismo no necesariamente refleja la perspectiva de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos de América".

AUTORIDADES

Dr. Francisco Javier Terrientes

Ministro de Salud

Dr. Miguel Mayo

Vice Ministro de Salud

Dr. Luis Vega Tejada

Secretario General de Salud

Dra. Itza Barahona de Mosca

Director General de Salud

Dr. Estivenson Girón Desgrenger

Director de la Caja de Seguro Social

Dr. Jaime Alemán

Directora Ejecutivanacional de Servicios y Prestaciones en Salud

Dr. Aurelio E. Núñez M.

Jefe del Programa Nacional De ITS/VIH/Sida

COMITÉ TÉCNICO

Dra. Ana Belén Araúz

Infatóloga Hospital Santo Tomás

Dra. Dora Estripeaut

Infectóloga Pediatra Hospital del Niño

Dra. Kathia Luciani

Infectóloga Pediatra Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera de la Caja de Seguro Social

Dr. Gustavo Gil

Ginecólogo Obstetra Región de Salud de San Miguelito

Dr. Boris Castillo

Infectólogo Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid de la Caja del Seguro Social

Dr. Rigoberto Samaniego

Infectólogo Hospital Santo Tomás

Dra. Raquel Gutiérrez de Mock

Programa de Salud de Adultos - Ministerio de Salud

Dr. Jorge de Jesús Rodríguez

Programa de Salud Sexual y Reproductiva - Ministerio de Salud

Dra. Fulvia Guerra

Programa Materno Infantil Caja de Seguro Social

Licda. María Mastellari

Departamento de Vigilancia Epidemiológica – Ministerio de Salud

Dra. Mónica Rodríguez

Departamento de Epidemiología – Caja de Seguro Social

Licda. Edda Márquez

Laboratorio Nacional de Referencia en Salud Pública – Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

Licda. Edda Márquez

Laboratorio Nacional de Referencia en Salud Pública – Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

Licda. Raquel de Bolaños

Laboratorio Nacional de Referencia en Salud Pública – Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

Licda. María Teresa de Iglesias

Departamento de Gestión de Laboratorio- Ministerio de Salud

Licda. Rosa Lowe

Programa Nacional de ITS/VIH/Sida – Ministerio de Salud

Dra. Margginna Aranda

Programa Nacional de ITS/VIH/Sida – Ministerio de Salud

Dra. Lissette Chang

Programa Nacional de ITS/VIH/Sida – Ministerio de Salud

Licdo. Rigoberto Villarreal

Programa Nacional de ITS/VIH/Sida – Ministerio de Salud

Dr. Victor Mejía

Organización Panamericana de la Salud

Dr. Joel Méndez

USAID/Proyecto Capacity Centroamérica

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	5
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 Marco legislativo	7
1.2 Marco conceptual	7
1.3 Justificación	8
2. OBJETIVOS	8
2.1 Generales	8
2.2 Específicos	8
3. SISTEMAS DE VIGILANCIA	9
3.1 Vigilancia epidemiológica	9
3.2 Vigilancia de laboratorio	10
3.3 Vigilancia a través de sitios centinela	10
4. ABORDAJE INTEGRAL A LOS PACIENTES DE ITS	11
4.1 Atención	11
4.2 Consejería y abordaje a la pareja	12
4.2.1 Consejería	12
4.2.2 Oferta de preservativos	13
4.2.3 Cuidado de preservativos	14
4.2.4 Diagrama sobre colocación del preservativo	14
CAPITULO I: LESIONES ULCERATIVAS	
1. Flujograma de manejo sintromico de lesiones ulcerativas	18
2. Sífilis adquirida	19
2.1 Definición	19
2.2 Diagnóstico	20
2.3 Tratamiento	21
2.4 Medidas de prevención y control	22
2.5 Seguimiento del paciente	23
3. Sífilis congénita	
3.1 Remitirse a las Guías Nacionales de Tratamiento de Sífilis congénita	
4. Vigilancia epidemiológica	
5. Chancro blando o chancroide	24
5.1 Definición	24
5.2 Diagnóstico	24
5.3 Tratamiento	25
5.4 Medidas de prevención y control	25
5.5 Seguimiento del paciente	26
5.6 Vigilancia epidemiológica	26

6. Linfogramuloma venereo	26
6.1 Definición	26
6.2 Diagnóstico	26
6.3 Tratamiento	26
6.4 Medidas de prevención y control	27
6.5 Seguimiento del paciente	27
6.6 Vigilancia epidemiológica	27
7. Herpes	28
7.1 Definición	28
7.2 Diagnóstico	28
7.3 Tratamiento	28
7.4 Medidas de control y prevención	29
7.5 Seguimiento del paciente	29
7.6 Vigilancia epidemiológica	29
<i>CAPITULO II: SECRECIÓN URETRAL</i>	
1. Flujograma de manejo sindrómico de flujo uretral	32
2. Infección gonocócica	33
2.1 Definición	33
3. Infección gonocócica aguda	33
3.1 Diagnóstico	33
3.2 Diagnóstico diferencial	34
3.3 Tratamiento	34
3.4 Vigilancia epidemiológica	35
4. Uretritis no gonococcica	36
4.1 Definición	36
4.2 Diagnóstico	36
4.3 Tratamiento	37
4.4 Medidas de control y prevención	37
4.5 Seguimiento del paciente	37
4.6 Vigilancia epidemiológica	37
<i>CAPITULO III: SECRECIÓN VAGINAL Y CERVICITIS</i>	
1. Flujograma de manejo sindrómico de secreción vaginal y cervicitis	40
2. Vulvovaginitis	41
2.1 Definición	41
2.2 Diagnóstico	41
2.3 Tratamiento	42
2.4 Medidas de prevención y de control	42
2.5 Seguimiento del paciente	42

3. Vaginosis Bacteriana (VB)	43
3.1 Definición	43
3.2 Diagnóstico	43
3.3 Tratamiento	43
3.4 Medidas de prevención y control	44
3.5 Seguimiento del paciente	44
3.6 Vigilancia epidemiológica	44
CAPITULO IV: HEPATITIS "B" Y HEPATITIS "C"	
1. Hepatitis "B"	46
1.1 Definición	46
1.2 Síntomas	46
1.3 Diagnóstico	46
1.4 Tratamiento	47
2. Hepatitis "C"	48
2.1 Definición	48
2.2 Diagnóstico	48
2.3 Tratamiento	49
2.4 Medidas de prevención y control	49
CAPITULO V: INFECCION POR VIH Y SIDA	
1. Infección por VIH y sida	52
1.1 Aspectos clínicos e inmunológicos del VIH en adolescentes y adultos	52
1.2 Diagnóstico y examen de laboratorio	53
1.3 Tratamiento	54
1.4 Medidas de prevención y control	54
1.5 Vigilancia epidemiológica	55
1.6 Profilaxis en los casos de exposición laboral al VIH	55
1.7 Quimioprofilaxis post exposición ocupacional al VIH	55
CAPITULO VI: VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)	
1. Virus papiloma humano (VPH)	58
1.1 Síntomas	58
1.2 Tratamiento	59
CAPITULO VII: PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ENTRE LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	62
1. Aplicación de la profilaxis post exposición a infecciones de transmisión sexual	65
2. Criterios de evaluación por ITS	65
3. Especímenes	65
4. Profilaxis antimicrobiana	65
5. Profilaxis recomendada	66
REFERENCIAS	66

ACRÓNIMOS

CDC	Center for Disease Control and Prevention
CT	Chlamydia trachomatis
EPI	Enfermedad Pélvica Inflamatoria
HSH	Hombres que tienen sexo con otros hombres
IM	Intra Muscular
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IV	Intra Venoso
mg.	Miligramos
MMWR	Morbidity and Mortality Weekly Report
NG	Neisseria gonorrhoeae
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
TEPHINET	Training in Public Health Intervention Network
TP	Treponema pallidum
TV	Trichomona vaginalis
VB	Vaginosis Bacteriana
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VO	Vía Oral

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud decidió modificar las respuestas que había desarrollado históricamente en relación con las Infecciones de Transmisión Sexual, en búsqueda de obtener resultados para este frecuente y significativo problema de salud de las personas en nuestro país.

El desarrollo de políticas frente a las ITS, en el contexto del trabajo desarrollado en VIH/Sida, nos permite abordar ambos temas de manera complementaria y desde una perspectiva amplia que considere los diversos aspectos que intervienen en su presentación; sociales, culturales, preventivos y de atención de salud.

La Guía para el Abordaje de las Infecciones de Transmisión Sexual que entregamos en el presente documento representa uno de los primeros resultados de estas políticas ministeriales; la metodología participativa utilizada en su formulación y la búsqueda de una atención de salud digna y técnicamente apropiada son indicativas de ello.

Dicha Guía es el producto del esfuerzo realizado por los equipos técnicos del Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social, de diferentes profesionales que se desempeñan en los Servicios de Salud e Institutos de Salud Pública.

Agradecemos a quienes trabajaron en este cometido, les felicitamos por el producto obtenido y les invitamos a seguir trabajando en el proceso de acompañamiento de su instalación y el cumplimiento de la Guía.

Ponemos a disposición de los establecimientos de salud esta Guía con la confianza que ellas responden a los avances técnicos en el área y a las capacidades de los equipos de salud del país.

Dr. Francisco Javier Terrientes
Ministro de Salud

I. INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un grupo heterogéneo de patologías transmisibles cuyo único elemento en común es el compartir la vía sexual como mecanismo de transmisión. Las manifestaciones clínicas comprometen, en la mayoría de los casos, el área genital y las mucosas pero en muchos casos tienen manifestaciones sistémicas. El impacto en salud pública esta dado por las complicaciones y secuelas que pueden presentar, principalmente en mujeres y recién nacidos y su relación con el aumento de la transmisibilidad del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), desde y hacia las personas infectadas con una ITS.

La presente guía está formulada con la intención de fortalecer a los miembros del equipo de salud para prevenir las infecciones de transmisión sexual y brindar atención a las personas que presentan las mismas.

Es función esencial del estado Panameño velar y proteger la Salud de todo ciudadano y es responsabilidad del Ministerio de Salud, establecer medidas de prevención, manejo y control de la Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), sobre todo a la población reconocida mayormente vulnerable como lo son los adolescentes, adultos jóvenes, embarazadas, trabajadores sexuales, HSH y trans.

El Ministerio de Salud de la República de Panamá es el responsable de dar las pautas para la atención de las Infecciones de Transmisión Sexual, señala los lineamientos técnicos, sus objetivos, al igual que las estrategias y actividades para hacerle frente a la problemática.

I.1 MARCO LEGISLATIVO

La vigilancia de enfermedades de transmisión sexual se fundamenta jurídicamente en:

- Código Sanitario.
- Decreto 268 sobre Enfermedades de Notificación Obligatoria, que determina las enfermedades transmisibles que deben ser comunicadas obligatoriamente al Ministerio de Salud.
- Decreto Ejecutivo N° 5 del 6 de marzo de 2006 que ordena la gratuidad de la prestación de servicios y asistencia de la maternidad en todos los establecimientos de salud, del Ministerio de Salud.

I.2 MARCO CONCEPTUAL

- En el proceso de reforma y modernización en salud, la provisión de atención es el garante de la preservación de la salud y de la vida humana; por ello se procede a la revisión de la norma, de atención con el fin de actualizar y ofrecer e impulsar servicios de atención integral, con miras a mejorar los niveles de bienestar y calidad de vida de la población.
- El presente documento es una revisión y actualización de la Norma de Enfermedades de Transmisión Sexual de 1999. Estas son el producto de la consulta y participación de los niveles locales, Regionales y Nacional del Ministerio de Salud, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud y Caja de Seguro Social.

1.3 JUSTIFICACIÓN

- Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son una de las causas principales de enfermedad aguda, infertilidad, discapacidad a largo plazo y muerte en el mundo y tienen consecuencias médicas y psicológicas graves para millones de hombres, mujeres y niños a nivel mundial. En nuestro país todas las regiones de salud se encuentran afectadas por la misma por lo que constituyen un problema de Salud Pública para la población panameña.
- La mayor proporción de casos se ubica en las regiones urbanas, más densamente pobladas y de mayor actividad económica y de esparcimiento; las edades más afectadas corresponden al grupo de edades de 20 a 44 años (67.5%).
- Con base a proyecciones de Programas Spectrum, se calcula una población de aproximadamente 20,000 personas infectadas por el VIH, portadores asintomáticos a nivel nacional, con un riesgo potencial en la población general de adquirir el virus, 26 veces.

2. OBJETIVOS

2.1 GENERALES

- Prevenir las infecciones de transmisión sexual interrumpiendo su cadena de transmisión e historia natural.
- Prevenir la transmisión vertical de las infecciones de transmisión sexual.
- Promover estilos de vida saludables dirigidos a mejorar la salud integral de la población.

2.2 ESPECÍFICOS

- Estandarizar los procedimientos relacionados a la atención integral de las ITS.
- Mejorar el diagnóstico, monitoreo y seguimiento de las ITS a través de la red de servicios de salud.
- Brindar atención integral a toda persona infectada o enferma con ITS.
- Ofrecer información, educación y comunicación en la ITS a la población en general con énfasis en los grupos de riesgo.
- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica para que permita monitoreos permanentes en el comportamiento de la ITS a nivel nacional.
- Fortalecer las medidas de intervención utilizadas en la prevención y control de las ITS.

3. SISTEMAS DE VIGILANCIA

La información generada por la vigilancia de las ITS deberá utilizarse activamente para mejorar la calidad y eficacia de los programas de prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluso el VIH y los de salud sexual y reproductiva. La OMS y el ONUSIDA consideran que la vigilancia de las ITS es un componente clave de los sistemas de vigilancia del VIH y el sida de segunda generación.¹

3.1 NOTIFICACIÓN DE CASOS

Todos los casos de ITS/VIH/Sida, en instalaciones de salud públicas y privadas, deben ser notificados al Departamento responsable de la vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud, de acuerdo a lo establecido en las normas.

El Ministerio de Salud proveerá un sistema de información que permita al sector público, privado, patronato, ONG y otras instituciones que presten servicios de salud, el reporte oportuno de los eventos de salud de notificación obligatoria, ya se cuenta con software basado en tecnología Web, llamado SISVIG que está conformado por 4 módulos de los sistema de información de la vigilancia rutinaria: (Eventos de Notificación Obligatoria Semanal (ENO), Vigilancia de la Mortalidad en Hospitales (VIGMOR), Registro de los Egresos Hospitalarios (REGHOS) y Notificación Individual de Casos (NOTIC).

Las instalaciones que no cuentan todavía con ese sistema podrá reportar por el sistema rutinario tradicional. Quedan obligados a notificar o denunciar, ante la autoridad de salud correspondiente, los resultados de un portador de ITS/VIH, o enfermo: el médico que asiste al paciente, el propietario o encargado de una entidad a que asista el portador o enfermo, la persona responsable del enfermo, el laboratorio que establezca el diagnóstico o cualquier persona que tenga conocimiento o sospecha de la existencia de un enfermo.

¹ MINSA/DIGESA/DE/Informe acumulativo trimestral de Sida. Años: 1984-septiembre de 2012

4. ABORDAJE INTEGRAL A LOS PACIENTES DE ITS

La atención del usuario de los sistemas de salud con diagnóstico de ITS va más allá del manejo sintomático o etiológico; debemos igualmente elaborar intervenciones de prevención secundaria orientadas en la transmisión a personas saludables, igualmente prevenir la aparición de complicaciones. Estas deben ser brindadas de manera simultánea, ya que agendar una nueva cita puede representar la pérdida en el seguimiento de este usuario.

La espera en largas filas, la falta de medicamentos o insumos necesarios para atender de manera integral a los pacientes que padecen de ITS, al igual que la discriminación, falta de confidencialidad y la interculturalidad son factores que favorecen a la pérdida del seguimiento de estos pacientes.

Para el abordaje de manera inmediata proponemos el manejo sintomático, basado en un flujograma estandarizado el cual debe incluir: historia de la enfermedad, examen físico, diagnóstico clínico y tratamiento.

El propósito del manejo sintomático es tratar los síntomas y signos agrupados de manera inmediata para evitar pérdida de oportunidades y responder al tratamiento indicado.

Para esto se deben utilizar los flujogramas que ayuden a determinar el tratamiento y proporcionarlo de manera adecuada; además se promueve la búsqueda y atención de contactos sexuales, incluyendo la educación para reducir comportamientos de riesgo.

VENTAJAS DEL MANEJO SINDRÓMICO

- No se necesita laboratorio.
- Es simple y puede implementarse en gran escala.
- Puede ser aplicado por personal de salud.
- Es aplicable a todos los niveles de atención.
- Permite diagnosticar y tratar en una sola visita.
- Estandariza los tratamientos para las ITS.
- Permite el acceso a servicios de salud
- Mejora la cobertura.
- Previene el abandono.
- Mejora el seguimiento
- Asegura el tratamiento de la ITS

DESVENTAJAS DEL MANEJO SINDRÓMICO

- Algunos pacientes pueden recibir medicamentos innecesarios.
- Los casos asintomáticos no son tratados.
- Mayores efectos secundarios por uso de más fármacos.
- Puede crear farmacoresistencias en algunos casos.

4.1 ATENCIÓN

El tiempo de espera debe ser lo menor posible, tratando de ocuparlo en estrategias de educación de salud sexual individual y colectiva, ésta última a través de videos educativos en las salas de espera.

Al momento de la atención, la vulnerabilidad del paciente al igual que un examen físico integral orientado a la identificación de signos y síntomas que nos orienten al diagnóstico sindrómico que deben ser la prioridad. Es así, como interrumpiremos la cadena de transmisión y evitaremos posibles complicaciones entre los pacientes. Por lo tanto, debe ser nuestro objetivo de en una sola consulta proveer diagnóstico, tratamiento, consejería, y proveer los insumos necesarios para la prevención.

Los exámenes de laboratorio deben ser enviados siempre que sean posibles para confirmar un diagnóstico etiológico e indicar una consulta de seguimiento, pero la conducta terapéutica no debe retrasarse por la falta de resultados de laboratorio que sustenten el diagnóstico. Los exámenes de laboratorio tienen 4 funciones primordiales:

1. Confirmar el diagnóstico sindrómico previamente realizado.
2. Adecuación del tratamiento prescrito.
3. Contribuir a la vigilancia etiológica de los diferentes síndromes clínicos de ITS.
4. La vigilancia de la sensibilidad de antibióticos para los agentes causantes de ITS.

La garantía del proceso de atención se fundamenta en la relación de confianza entre el proveedor del servicio de salud y el paciente. Es necesario la privacidad, la disponibilidad para la atención y para la realización de un dialogo abierto entre el profesional de la salud y el paciente, al igual que transmitir un ambiente de seguridad y confidencialidad sobre los temas a tratar.

4.2 CONSEJERIA Y ABORDAJE A LA PAREJA

4.2.1 Asesoría

La asesoría es una conversación basada en una relación de confianza, con la intención de que la persona reconozca sus conductas de riesgo, y que pueda encontrar maneras realistas de enfrentar sus problemas relacionados a las ITS/VIH/sida.

Es la cadena esencial para interrumpir la cadena de transmisión de las ITS/VIH/sida porque ayuda a los pacientes a comprender la relación existente entre su conducta y el problema de salud que lo aqueja. Es necesario abordar temas íntimos del individuo, como lo son sus prácticas sexuales, las dinámicas en sus relaciones interpersonales, la fidelidad hacia consigo mismo y hacia sus parejas sexuales, violencia y comercio sexual.

El paciente debe ser evaluado como un todo, incluyendo sus deseos, sentimientos, creencias, valores, actitudes y aptitudes de riesgo. Los prejuicios, las ideas preconcebidas y juzgar a los pacientes deben evitarse a toda costa.

A medida que la entrevista se desarrolla, el ambiente de confianza y apoyo emocional crece, facilitando:

- Educación integral sobre la transmisión, prevención y tratamiento de las ITS/VIH/sida.
- Autoevaluación de los riesgos, permitiendo la comprensión de las personas contagiadas.
- Identificar medidas existentes para aplicar la prevención para ellos mismos y sus parejas sexuales.
- Adherencia al tratamiento.
- Estrategias de comunicación a los contactos.

4.2.2 Asesoría pre y post exámenes de laboratorio

No existe un método ideal de asesoría pero debemos garantizar que sea llevada a cabo previa a la realización de el examen de laboratorio y posteriormente a la entrega del resultado, pero debe ser realizado por una persona sensibilizada en la temática. **Remitirse a las Guías para la Asesoría y apoyo psicológico en VIH y sida.**

5. OFERTA DE CONDONES

El uso de condón entre las personas sexualmente activas es el método más eficaz para la reducción del riesgo de contraer un agente transmitido sexualmente.

Los establecimientos del sistema de salud deben disponer de condones para ofrecer a los usuarios de manera gratuita. Previa entrega de estos preservativos se debe realizar la consejería para fortalecer la idea de responsabilidad compartida, y auto –cuidado de la salud entre los hombres y mujeres.

Es importante establecer que la oferta gratuita de condones es en apoyo a la prevención de las ITS y a la adherencia del usuario a la utilización del mismo. .

Se debe ofertar preservativos de forma mensual a:

- Las mujeres que presentan ITS durante el embarazo.
- A los pacientes con diagnóstico positivo para VIH.
- Todos los ingresos nuevos con diagnóstico de una ITS y a los controles posteriores, mientras dure el periodo transmisible de la infección.
- Todos los consultantes con un diagnóstico negativo que declaren conductas de riesgo y decidan utilizarlo como medida preventiva.
- Todas las personas que ejercen el comercio sexual, que se encuentren asistiendo al control de salud sexual.

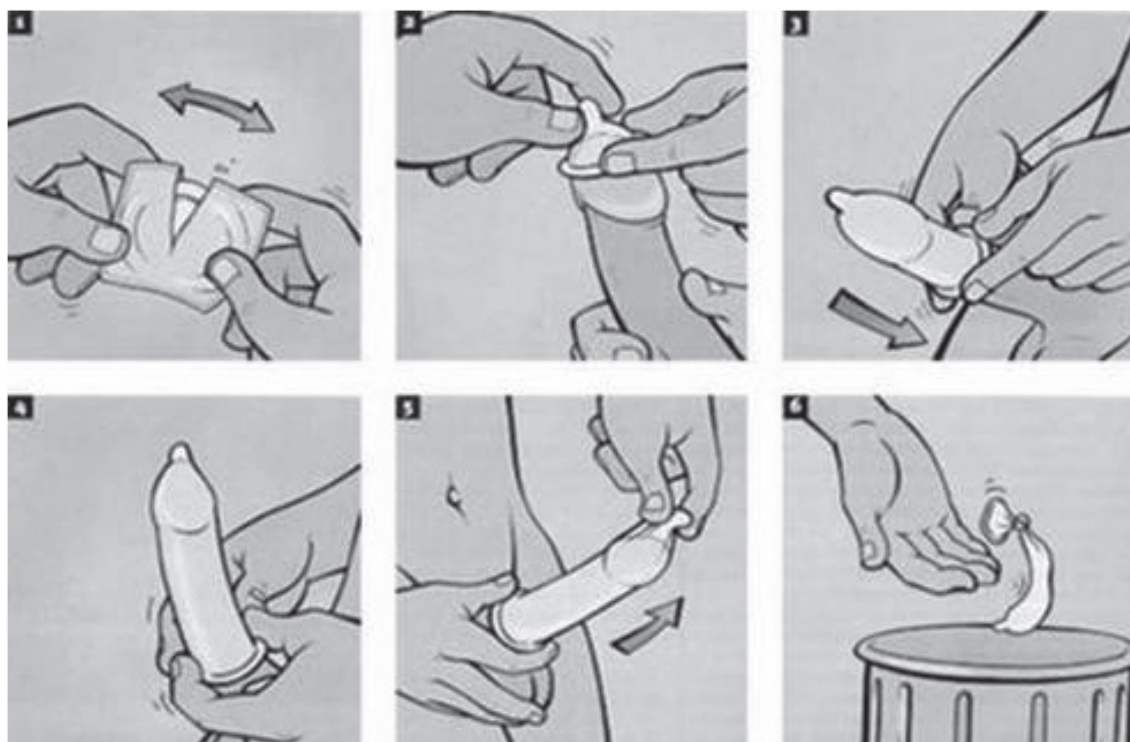
5.1 CUIDADO DEL CONDÓN

Recomendaciones que deben seguir los usuarios:

- Adquirir los preservativos en lugares confiables.
- Verificar la fecha de expiración del condón.
- Revisar que el preservativo tenga lote de fabricación y fecha de expiración.
- Se deben almacenar en lugares frescos y secos.
- No se deben exponer al sol o al calor (guanteras de vehículos).
- Utilizarlos con lubricantes a base de agua.
- No utilizar los dientes o instrumentos filosos para abrir el empaque del condón

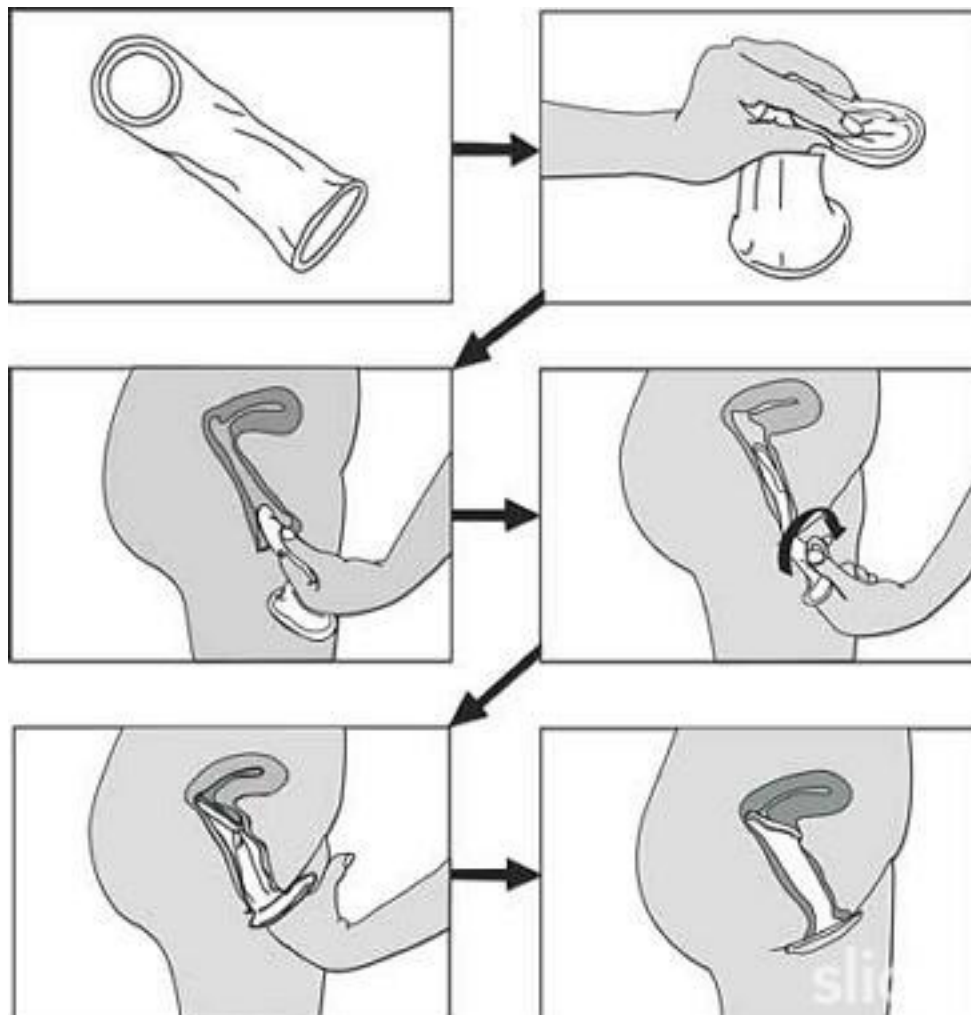
5.2 DIAGRAMA SOBRE COLOCACIÓN DEL CONDÓN

CONDÓN MASCULINO



Fuente: www.clinicasabortos.mx

CONDÓN FEMENINO

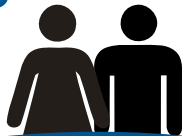


Fuente: <http://femenino.atomedia.com/es/preservativo-femenino/preservativo-femenino-fotos/efectividad-preservativo-femenino>



CAPÍTULO I: LESIONES ULCERATIVAS

I. FLUJOGRAMA DE MANEJO SINDRÓMICO DE LESIONES ULCERATIVAS



Paciente acude por úlcera genital

Historia Clínica y Examen Físico

¿Presenta úlcera genital con vesículas?

SI

1. Tratar con Aciclovir 400 mg. VO cada 8 horas durante 7 días
2. Realizar prueba de VIH y prueba de sífilis
3. Hacer citología
4. Consejería
 - ITS y VIH
 - Promover adherencia al tratamiento
 - Uso de condón
5. Citar en 7 días
6. Citar a la pareja sexual

NO

Tratar para Sífilis / Chancroide con manejo empírico:

1. Azitromicina 1 gr VO dosis única según disponibilidad.
2. Tratar con Penicilina Benzatínica de 2.4 millones de UI dosis única IM + Ciprofloxacina 500 mg VO BID por 3 días o Eritromicina de 500 mg VO 4 veces al día durante 7 días.
Para embarazadas la dosis de Penicilina Benzatínica es de 2.4 millones de UI cada semana por 3 semanas.
3. Realizar prueba de VIH y prueba de Sífilis
4. Asesoría de * ITS y VIH
 - * Promover adherencia al tratamiento
 - * Uso de condón
5. Citar en 7 días
6. Citar a la pareja sexual

2. SÍFILIS ADQUIRIDA

2.1 DEFINICIÓN

Persona sintomática o asintomática con una prueba de VDRL reactiva en suero y/o evidencia de infección por *Treponema pallidum* en pruebas directas, serológicas específicas, o especiales en suero o LCR u otras evidencias de laboratorio. Según su periodo de evolución puede ser reciente o tardía.

El impacto en la salud pública que tiene la sífilis está dado por los siguientes aspectos:

1. Es una enfermedad que, si no es diagnosticada y tratada a tiempo, produce secuelas irreversibles a largo plazo.
2. La sífilis presenta mecanismos de transmisión que no sólo son de tipo sexual sino que también la infección se transmite por transfusión sanguínea y de la madre al hijo (transmisión vertical), generando abortos, mortinatos y recién nacidos contagiados según sea el caso.
3. La sífilis en sus etapas iniciales (sífilis primaria y secundaria) presenta lesiones ulcerativas e inflamatorias que corresponden a las etapas transmisibles de la enfermedad y, a la vez, aumentan el riesgo de adquirir una infección por VIH.
4. La asociación de sífilis y VIH aumenta la transmisibilidad de ambas patologías.

A. Sífilis primaria

Descripción clínica: se caracteriza por la presencia de uno o más chancros (úlceras induradas no dolorosas), genital y/o extra genital y generalmente única o solitaria. No siempre se acompaña de esta descripción clínica ya que pueden presentar una apariencia clínica muy variable. Adenopatía regional no dolorosa. Periodo de incubación de 3 a 4 semanas.



Fuente: CDC/ Public domain and thus free of any copyright restrictions

b. Sífilis secundaria

Descripción clínica: se manifiesta dentro de los 3 primeros meses después de la infección (habitualmente 6 a 8 semanas), caracterizada por una o más de las siguientes manifestaciones clínicas:

- Lesiones mucocutáneas típicas localizadas en palmas de manos y plantas de pies. Estas también pueden ser generalizadas.
- Malestar general similar a estado gripal.
- Adenopatías múltiples no dolorosas.



Fuente: CDC/Robert Sumpter/ Public domain and thus free of any copyright restrictions

No siempre se acompaña de esta descripción clínica ya que pueden presentar una apariencia clínica muy variable.

c. Sífilis latente precoz

Descripción clínica: Etapa con ausencia de signos clínicos (sífilis latente), cuando la infección inicial ha ocurrido en los 12 meses previos al diagnóstico y que cumple con una o más de las siguientes condiciones:

- Síntomas concordantes con sífilis primaria o secundaria no tratada durante los últimos 12 meses.
- Contacto sexual en los últimos 12 meses con pareja que tuvo sífilis primaria o secundaria o probable sífilis latente precoz.

d. Sífilis latente tardía

Descripción clínica: Etapa con ausencia de signos clínicos (sífilis latente) donde la infección ha ocurrido en un tiempo mayor a 12 meses previos al diagnóstico.

2.2 DIAGNÓSTICO

2.2.1 Clínico

Entrevista exhaustiva y examen clínico: el diagnóstico de la sífilis en todas sus fases se hace en base a los síntomas y signos señalados en la definición.

2.2.2 Diagnóstico diferencial: deberá hacerse con chancro sifilítico, el herpes y el linfogranuloma venéreo.

2.2.3 Criterios de laboratorio

- **VDRL/RPR:** Prueba serológica no treponémica.

Se reporta como: no reactiva o reactiva (con sus respectivas diluciones).

Se utiliza en el diagnóstico de sífilis y seguimiento post-tratamiento. Esta prueba siempre debe ser confirmada con una prueba treponémica para descartar un falso-positivo. Dicha prueba puede permanecer positiva con títulos bajos por muchos años en pacientes que estuvieron infectados, tratados y que no han sido re-infectados lo que se define como Memoria Inmunológica.

- **MHA-TP/ TPHA/ FTA-Abs:** Pruebas serológicas treponémicas, que confirman el resultado de pruebas no treponémicas reactivas.

Se reportan como: positiva o negativa.

Dichas pruebas permanecen positivas de por vida en pacientes que han sido infectados. Por lo cual estas pruebas no funcionan para seguimiento.

- **Prueba serológica de Anticuerpos por EIA**

ELISA: Prueba serológica treponémica, se reporta como positivo o negativo. Es una prueba confirmatoria de alta sensibilidad y que se debe utilizar en caso de discrepancias con las pruebas treponémicas.

2.2.3.1 Criterios de laboratorio (Sífilis secundaria)

- Pruebas serológicas no treponémicas (VDRL o RPR) reactivos.
- Pruebas serológicas treponémicas (MHA-TP/TPHA) positivas.

2.2.3.2 Criterios de laboratorio (Sífilis latente precoz)

- Prueba serológicos no treponémicos (VDRL o RPR) reactivos.
- Prueba serológicos treponémicos (MHA-TP o ELISA) positivos.
- Seroconversión o variación de test no treponémico (VDRL) en más de 2 diluciones en los últimos 12 meses.

2.2.3.3 Criterios de laboratorio (Sífilis latente tardía)

- Prueba serológica no treponémicos (VDRL o RPR) reactivos.
- Pruebas serológicas treponémicas (MHA-TP/TPHA) positivas.

2.3 TRATAMIENTO

La Penicilina Benzatínica administrada intramuscular es el antibiótico de elección. La dosis, presentación y duración dependerá del estadio y manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Dosis de Adultos

ESTADÍO	TRATAMIENTO	ALTERNATIVO
Primaria y secundaria	Penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades IM en dosis única.	Doxiciclina 100 mg vía oral bid por 2 semanas.
Latente primaria (< 1 año de duración)	Penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades IM en dosis única.	Doxiciclina 100 mg vía oral bid por 2 semanas.
Latente (> 1 año de duración o de duración indeterminada)	Penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades IM cada semana por 3 semanas	Doxiciclina 100 mg vía oral bid por 28 días.
Neurosífilis	Penicilina G 3-4 millones de unidades IV c/4 horas por 10-14 días	Atender en un Hospital de Tercer Nivel de Complejidad
Embarazo	Penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades IM cada semana por 3 semanas.	Desensibilizar de ser necesario en un Hospital de Tercer Nivel de Complejidad.
Período de Lactancia (Para mujeres diagnosticadas en periodo de lactancia)	Penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades IM en dosis única.	Eritromicina 500mg VO cada 8 horas por 15 días.

Dosis Pediátrica

Sífilis Congénita	Penicilina G cristalina 50,000 U/kg/ dosis c/12h los primeros 7 días y luego c/8h hasta completar 10 días de tratamiento o Penicilina procaínica 50,000 U/kg Im c/24 h por 10 días.	Si se pierde más de 1 día de tratamiento, se debe re-iniciar el tratamiento completo.
Neurosífilis	Penicilina G cristalina 200,000 a 300,000 U/kg/día (max 24 millones U/ día) div c/4-6h por 14 días.	Si alergia a penicilina: Pacientes >7 años: Doxiciclina 4mg/kg/d (max 200mg/día) vo dividido c/12h por 14 días.
Primaria o secundaria	Penicilina G benzatínica 50,000 U/kg (max 2.4 millones de unidades IM en dosis única.	Si alergia a penicilina: Pacientes >7 años: Doxiciclina 4mg/kg/d (max 200mg/día) vo dividido c/12h por 28 días.
Sífilis > 1 año de duración sin Síntomas clínicos o sífilis de Duración desconocida	Penicilina G benzatínica 50,000 U/kg (max 2.4 millones de unidades IM cada semana por 3 semanas.	

Durante las primeras 24 horas después de iniciado el tratamiento puede ocurrir la reacción de Jarisch Herxheimer, una reacción febril aguda que se acompaña de mialgias, cefalea. Esta ocurre más frecuentemente en pacientes con sífilis temprana quizá por la alta carga bacteriana durante esta etapa. Se puede utilizar antipiréticos para el manejo más no para prevenir.

Se debe tratar además a las parejas o personas expuestas en los 90 días previos al diagnóstico de la sífilis primaria, secundaria o latente temprana incluso si son seronegativos.

2.4 MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

Precauciones universales:

- Los casos deben abstenerse de tener relaciones sexuales mientras no se complete el tratamiento y no desaparezcan las lesiones.
- Al culminar el tratamiento evitar relaciones con parejas previas que no han sido examinadas ni tratadas para evitar la reinfección.
- Recomendar el uso continuo del condón.

2.5 SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

Evaluaciones clínicas y serológicas periódicas: deben ser realizadas cada 6-12 meses después de finalizado el tratamiento. En el caso de las mujeres embarazadas la prueba de seguimiento debe realizarse cada 3 meses.

Una respuesta clínica no garantiza una buena respuesta ni falta de progresión. Los pacientes con síntomas y signos persistentes o que no tienen un descenso de 4 veces de los títulos en las pruebas no treponémicas (VDRL) probablemente fracasaron al tratamiento o se reinfectaron. Si hay fracaso al tratamiento, reevaluar la posibilidad de VIH y considerar la realización de una Punción Lumbar para descartar Neurosífilis. Si se descarta Neurosífilis o se considera re-infección, el paciente debe ser re-tratado con penicilina benzatínica 2.4 millones IM cada semana por 3 semanas.

De reportarse los títulos 1:2 o Reactor débil el paciente no debe recibir tratamiento. Las pruebas treponémicas no están indicadas en el seguimiento del paciente ya que se reportaran positivas de por vida a pesar de haber recibido el tratamiento adecuado.

3. SÍFILIS CONGÉNITA

3.1 REMITIRSE A LAS GUÍAS NACIONALES DE TRATAMIENTO DE SÍFILIS CONGÉNITA.

4. CHANCRO BLANDO O CHANCROIDE



Fuente: CDC/Dr. Pirozzi/ Public domain and thus free of any copyright restrictions

4.1 DEFINICIÓN

Persona que después de 3 a 5 días de tener contacto sexual con otra persona infectada por el *Haemophilus ducreyi*; presenta una lesión vesicular o vesiculo-papulosa que luego se caracteriza por múltiples ulceraciones necrotizantes, dolorosas supurantes, frecuentemente unilaterales. En el hombre generalmente se localiza la lesión en el prepucio, surco balanoprepucial y frenillo. En la mujer las lesiones son más frecuentes en los labios mayores, clítoris y región perianal.

4.2 DIAGNÓSTICO

4.2.1 Clínico: en el examen físico identificar signos y síntomas encontrados y señalados en la definición; además de aquellos signos producto de complicaciones.

4.2.2 Diagnóstico diferencial: deberá hacerse con chancro sifilítico, el herpes y el linfogranuloma venéreo.

4.2.3 Laboratorio:

- **Frotis Gram:** positivo cuando el informe señala abundantes leucocitos y Bacilos Gram negativos compatibles con *Haemophilus* spp como flora única predominante.
- **Cultivo:** se debe tomar muestra de exudado de la lesión y enviar en medio de transporte de cultivo adecuado (por ejemplo Culturette de Amies con Carbón) y enviar a su laboratorio de referencia.

4.3 TRATAMIENTO

Se indica para la persona infectada y sus contactos:

Dosis de adultos:

El antibiótico de elección es la Azitromicina 1 gramo VO en dosis única ó Ceftriaxona 250 mg IM dosis única.

El tratamiento alternativo es Eritromicina 500 mg VO c/6h por 7 días o Ciprofloxacina 500 mg c/12h por 3 días .

Dosis pediátrica:

Elección	Alternativo
Azitromicina Pre-adolescentes <45kg: 20mg/kg VO #1 dosis (max 1g) >45kg y adolescentes: 1g VO dosis Única	Ceftriaxona 250mg IM dosis única.
	Eritromicina 500mg qid por 7 a 7 días
	Ciprofloxacina 500 mg VO bid por 3 días

4.4 MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

Medidas universales de prevención de propagación de ITS.

- Los casos deben abstenerse de tener relaciones sexuales mientras no se complete el tratamiento y no desaparezcan las lesiones.
- Evitar la re-infección con el uso del condón.
- No tener relaciones sexuales con parejas anteriores que no hayan sido evaluadas clínicamente para descartar la infección.
- Todas las parejas sexuales durante los 10 días previos a los síntomas deben ser examinados y tratados independientemente de los síntomas.

4.5 SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

Se debe realizar evaluación clínica 10 días después de haber terminado el tratamiento.

4.6 FORMULARIO DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Todos los casos de Chancro Blando o Chancroide diagnosticados en instalaciones de salud públicas y privadas, deben ser notificados al Departamento responsable de la Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, de acuerdo a lo establecido en las normas para tal fin.

5. LINFOGRANULOMA VENEREO

5.1 DEFINICIÓN

El linfogranuloma venéreo es una infección del sistema linfático causada por los tipos invasores (serovares L1, L2, L3) de la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Los signos y síntomas son: aumento de tamaño de los ganglios linfáticos de la región crural y perianal, al igual que puede aparecer una lesión ulcerativa indolora.

La destrucción de los tejidos secundaria a las úlceras genitales y los ganglios linfáticos facilita la colonización de otros gérmenes patógenos.

5.2 DIAGNÓSTICO

5.2.1 Clínico: se establece en base a la sintomatología descrita.

5.2.2 Diagnóstico diferencial:

Debe hacerse el diagnóstico diferencial entre Sífilis y el Chancro Blando.

5.2.3 Criterios de laboratorio:

- Inmunocromatografía
- Elisa anticuerpos: IgG IgA IgM
- PCR – RT

5.3 TRATAMIENTO

Dosis de adultos:

- Doxiciclina 100 mg VO C/12h por 21 días.
- Alternativo: Eritromicina 500 mg VO c/6h x 21 días o Azitromicina 1 g VO cada semana por 3 semanas.

Dosis pediátrica:

Elección	Alternativo
Doxiciclina (mayores de 8 años) 4mg/kg / día (máx 200mg) VO dividido c/12h por 21 días	Azitromicina <8 años o <45kg: 20mg/kg por #1 dosis (Max 1g) cada semana por 3 semanas >8 años o >45kg: 1 g vo cada semana por 3 semanas
	Eritromicina 500 mg VO c/6 h por 21 días

5.4 MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

Medidas universales de prevención de propagación de ITS.

- Uso de condón.
- Evitar la re-infección. No tener relaciones sexuales con parejas anteriores que no hayan sido evaluadas clínicamente para descartar la infección.
- Todas las parejas sexuales dentro de los 60 días antes del inicio de los síntomas deben ser examinados.

5.5 SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

- Cita de control 10 días después de culminado el tratamiento.
- Solicitar al paciente información de los contactos para la realización de manejo integral pertinente.

4.6 FORMULARIO DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Todos los casos de Linfogranuloma Venéreo diagnosticados en instalaciones de salud públicas y privadas, deben ser notificados al Departamento responsable de la Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, de acuerdo a lo establecido en las normas para tal fin.

6. HERPES

6.1 DEFINICIÓN

El herpes genital es mayormente causado por el herpes simplex tipo 2 (HS2), se caracteriza por úlceras y vesículas genitales dolorosas y agrupadas. La relevancia del HS2 es la asociación que existe entre el daño al tejido que este causa que facilita la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Clínico:

Entrevista exhaustiva y examen físico: confirma la sintomatología descrita en la definición.

6.2.2 Criterios de laboratorio:

Método directo: Prueba Moleculares (PCR), Cultivos celulares.

Método indirecto: Prueba de ELISA (detección de anticuerpos –Serología-). Se pueden poner de manifiesto bien mediante técnicas de ELISA IgG e IgM para HSV tipo 2.



Fuente: CDC/Brian Hill New Zealand/ Public domain and thus free of any copyright restrictions

6.3 TRATAMIENTO

Los antivirales han demostrado en la mayoría de los pacientes un beneficio clínico tanto en la resolución de los signos, síntomas y duración de la excreción del virus. El tratamiento no erradica el virus ni afecta el riesgo, frecuencia ni severidad de las recurrencias después que la droga es descontinuada.

El tratamiento para el primer episodio y para las recurrencias es el siguiente:

Dosis de Adulto:

Primer episodio: Aciclovir 400mg C/8h VO por 7- 10 días.

Recurrencias: Aciclovir 800mg VO C/8h por 2 días ó 400mg VO C/8h por 5 días.

Los casos con recurrencias frecuentes (> 6 al año) deben recibir supresión crónica diaria para reducir la frecuencia de las recurrencias. Se recomienda Aciclovir a dosis de 400 mg VO C/12h al día por 6- 12 meses.

En la mujer con infección sintomática por herpes durante el embarazo se recomienda tratamiento supresivo con Aciclovir 400mg VO c/8horas a partir de la semana 36 hasta el fin del embarazo. Además se recomienda la cesárea en aquellas mujeres con historia de HSV y que presenten lesiones activas o síntomas prodrómicos al momento del parto.

Los pacientes con afección severa (diseminada, neumonitis, hepatitis o meningoencefalitis) deben recibir atención en instalaciones de salud de Tercer Nivel de Complejidad.

Dosis Pediátrica:

- Aciclovir 20-25 mg/kg/dosis (máx. 400mg) tid VO por 7-10 días
- Infecciones Severas: Aciclovir 15mg/kg/día IV c/8h

6.4 MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

- Recomendar el uso del condón.
- Recomendar realización de Prueba de VIH.
- Evitar la re-infección. No tener relaciones sexuales con parejas anteriores que no hayan sido evaluadas clínicamente para descartar la infección.

6.5 SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

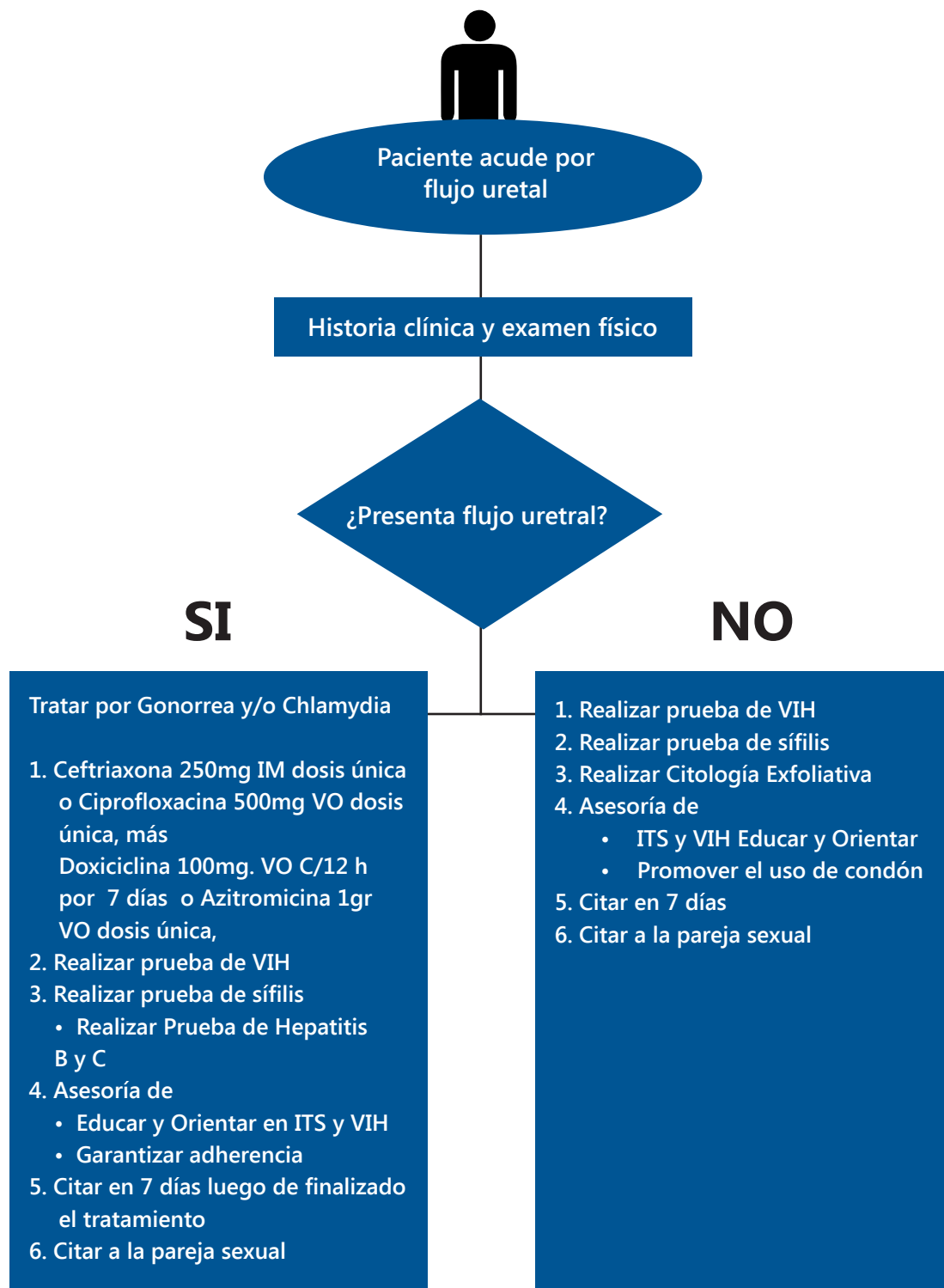
Cita de control 10 días después de culminado el tratamiento.

6.6 FORMULARIO DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Todos los casos de Herpes genital diagnosticados en instalaciones de salud públicas y privadas, deben ser notificados al Departamento responsable de la Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, de acuerdo a lo establecido en las normas para tal fin.

CAPÍTULO II: SECRECIÓN URETRAL

I. FLUJOGRAMA DE MANEJO SINDRÓMICO DE FLUJO URETRAL



2. INFECCIÓN GONOCÓCICA

2.1 DEFINICIÓN

La gonorrea, también denominada blenorragia, blenorrea o uretritis gonocócica, es una infección provocada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* o gonococo.

Debemos tener presente que un 80% aproximadamente de las infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* se acompaña de la coinfección por *Chlamydia Trachomatis*.

3. INFECCIÓN GONOCÓCICA AGUDA

Hombre:

Generalmente los síntomas son indistinguibles entre las gonocócicas y no gonocócicas. Las manifestaciones iniciales consisten en disuria, prurito y polaquiuria reflejando la inflamación de la uretra. Luego sobreviene la descarga uretral purulenta. También, según la vía de entrada, puede producir proctitis (en hombres homosexuales) y faringitis.

Mujer:

Infección vaginal o cervical caracterizada por leucorrea purulenta y abundante que drena del endocervix o la uretra, acompañada de disuria poliaquiuria, bartholinitis o skenitis. En la mujer, es mucho más difícil detectar ya que generalmente no da molestias y si las da, no es muy específica y puede confundirse con otras infecciones genitales.



Fuente: CDC/Renelle Woodall/ Public domain and thus free of any copyright restrictions

3.1 DIAGNÓSTICO

3.1.1 Clínico:

Entrevista exhaustiva y examen físico: confirmar en el expediente los signos y síntomas encontrados y señalados en la definición anterior independiente de su complicación o no y su localización. En los homosexuales debe hacerse énfasis en la evaluación física de la región anal y cavidad oral, y se confirma con el estudio bacteriológico.

3.1.2 Período de incubación: de 2 a 5 días.

3.1.3 Complicaciones: La más frecuente en los hombres es la epididimitis, la cual cursa con dolor escrotal unilateral, fiebre y dolor a la palpación del epidídimo. Otras complicaciones son la prostatitis y en ocasiones estrechez uretral.

Un mínimo porcentaje de los casos no tratados o pacientes con deficiencia del complemento o embarazadas o en puerperio desarrollan la forma diseminada de la gonorrea que se presenta con fiebre, artritis, erupción cutánea, perihepatitis (Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis) y en casos severos meningitis o endocarditis.

En mujeres además puede complicarse con Enfermedad Pélvica Inflamatoria, cervicitis, salpingitis y Bartholinitis e infertilidad.

3.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las infecciones del tracto urinario pueden cursar con disuria y fiebre pero sin secreción uretral, por lo tanto siempre hay que pedir un urianálisis para descartar una cistitis o pielonefritis asociada. En los casos que no responden al tratamiento hay que descartar el resto de las causas de uretritis no gonocócicas diferentes a Chlamydia como Micoplasma, Ureaplasma, Trichomonas y finalmente Candidiasis o Herpes genital.

3.2.1 Criterio de laboratorio:

- **PCR-RT**
- **Cultivo y antibiogramas** se usa para diagnóstico y para detectar la resistencia a los antimicrobianos.
- **Frotis por Gram** el resultado se reporta con presencia de diplococos gram negativo intracelular no móvil, no esporulado, con forma de grano de café.

Nota: antes de iniciar tratamiento tomar muestra para cultivo, los cuales deben ser transportados adecuadamente por ejemplo: Culturette de Amies con Carbón.

3.3 TRATAMIENTO

Se utiliza:

Dosis de Adulto:

- Ceftriaxona 250 mg IM dosis única. (primera elección).

Para los pacientes alérgicos a penicilinas se puede utilizar:
Ciprofloxacina 500 mg de dosis única.

Dosis Pediátrica:

ENTIDAD	ELECCIÓN	ALTERNATIVAS
Gonorrea Oftalmia Neonatal	Ceftriaxona 25-50mg/kg IV ó IM dosis única (máx 125mg) tratamientos prolongados pueden ser utilizados en casos severos.	Se puede utilizar Cefotaxima en neonatos con hiperbilirrubinemia
Infección genital En niños mayores En adolescentes	<45kg: 125mg IM #1 dosis (max 1g) >45Kg: 250 mg IM dosis única Ciprofloxacina 500mg VO dosis única	Azitromicina 2 g VO dosis única.
Infección diseminada	Ceftriaxona 50mg/kg/día IM o IV cada día por 7 días o Cefixima 400 mg vo por 7 días	

3.4 MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

Medidas universales de prevención de propagación de ITS.

- Abstinencia.
- Evitar la re-infección. No tener relaciones sexuales con parejas anteriores que no hayan sido evaluadas clínicamente para descartar la infección.

3.5 SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

Cita de control 10 días después de culminado el tratamiento.

3.6 FORMULARIO DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Todos los casos de Gonorrea diagnosticados en instalaciones de salud públicas y privadas, deben ser notificados al Departamento responsable de la Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, de acuerdo a lo establecido en las normas para tal fin.

4. URETRITIS NO GONOCOCCICA

4.1 DEFINICIÓN

Proceso inflamatorio, sensación de quemadura, dolor y ardor al orinar, exudado uretral de color claro o blanco. La uretritis es una infección e inflamación de la mucosa uretral. Es la enfermedad de transmisión sexual más común en los hombres y es frecuentemente visto en mujeres como cervicitis.

La uretritis se puede dividir en: gonocócica (producidas por *Neisseria gonorrhoeae*) y las no gonocócicas, de las cuales la *Chlamydia trachomatis* es el agente más frecuente. También puede ser secundario a *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* o *Genitalium* y menos frecuentemente a *Trichomona Vaginalis*, *Candida* sp. y el Virus del Herpes Simple (VHS). Este último se asocia más frecuentemente a úlceras genitales.

4.2 DIAGNÓSTICO

4.2.1 Clínico: La presencia de signos y síntomas señalados en la definición. La característica de la secreción orienta la diferencia de la infección.

4.2.2 Período de incubación: es de 7 a 21 días y los síntomas surgen menos abruptamente.

4.2.3 Manifestaciones: En comparación con la gonocócica, los síntomas surgen menos abruptamente. La descarga es menos profusa y de apariencia más mucoide.

4.2.4 Complicaciones: Enfermedad inflamatoria pélvica que puede conducir a esterilidad y predisponer a un embarazo ectópico. En hombres puede complicarse con prostatitis, epididimitis, balanitis, conjuntivitis (por auto- inoculación) y el síndrome de Reiter (uretritis, artritis y conjuntivitis).

4.2.5 Laboratorio:

- Prueba de detección de anticuerpos (Elisa) en suero.
- Prueba molecular PCR-RT (Reacción en cadena de la Polimerasa) de muestras de orina o material endocervical.

4.3 TRATAMIENTO

Se utiliza:

- Azitromicina dosis única de 1 g VO.
- Doxiciclina 100 mg VO C/12h por 7 días

Como alternativa se puede utilizar:

- Eritromicina 500 mg VO c/6horas por 7 días ó
- Ciprofloxacino 500 mg/12 horas VO por 7 días.

Dosis Pediátrica:

Infecciones por Chlamydia		
En el neonato	Azitromicina 10 mg/kg/d VO por 5 días	Eritromicina 20mg/kg/d dividido c/12h en menores de 7días o 30 mg/kg/d VO c/8h en mayores de 7 días por 14
Cervicitis o uretritis en niños (as)	Azitromicina 20mg/kg (máx 1 g) VO dosis única Doxiciclina (mayores de 7 años) 4mg/kg (máx 200mg) VO dividido c/12h por 7 días	Eritromicina 500 mg VO qid por 7 días o levofloxacina 500mg VO c/día por 7 días

4.4 MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

Medidas universales de prevención de propagación de ITS.

- Abstinencia.
- Evitar la re-infección. No tener relaciones sexuales con parejas anteriores que no hayan sido evaluadas clínicamente para descartar la infección.

4.5 SEGUIMIENTO DEL PACIENTE:

Cita de control 10 días después de culminado el tratamiento.

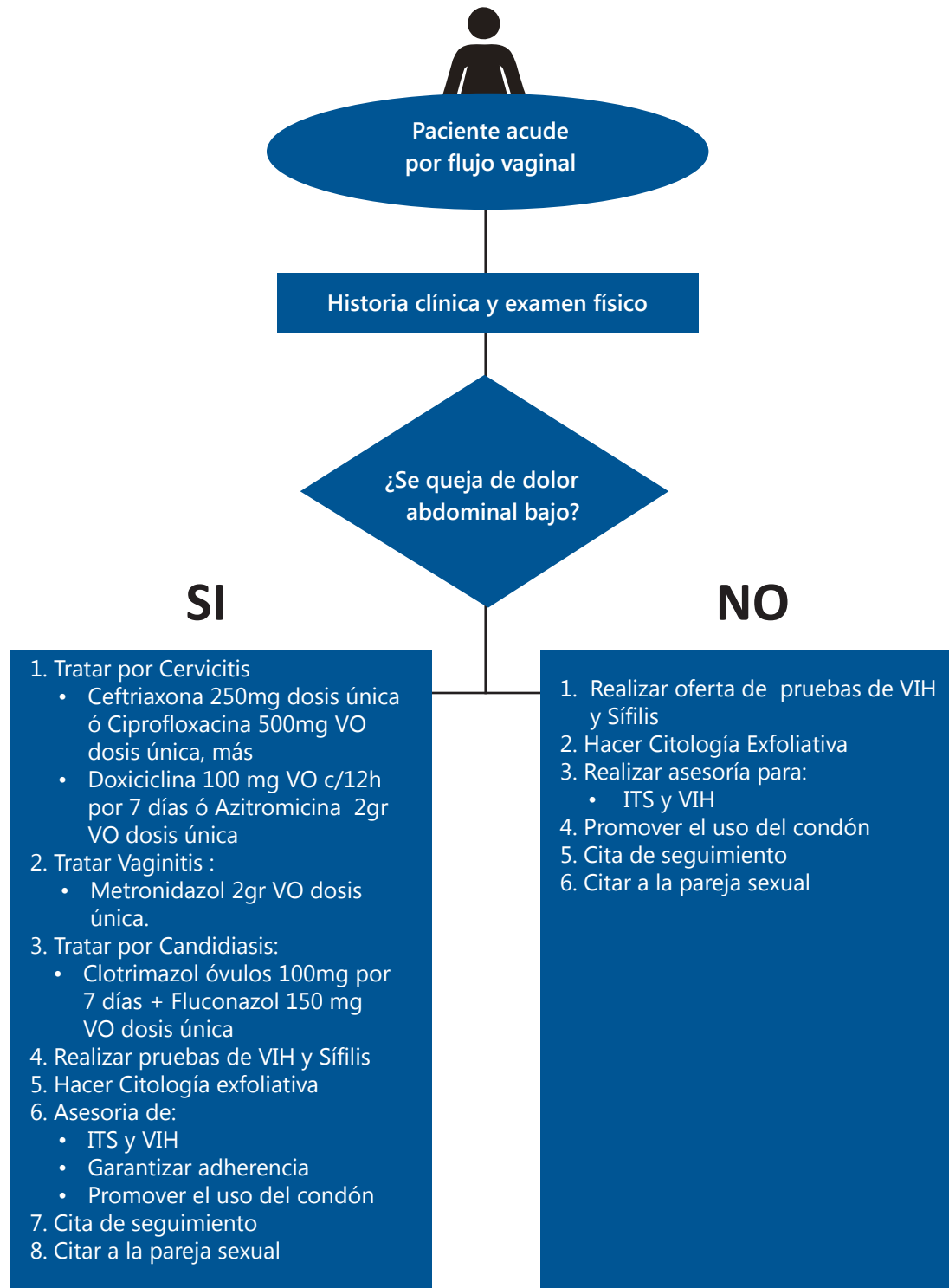
4.6 FORMULARIO DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Todos los casos de Uretritis no Gonococcicas diagnosticados en instalaciones de salud públicas y privadas, deben ser notificados al Departamento responsable de la Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, de acuerdo a lo establecido en las normas para tal fin.



CAPÍTULO III: SECRECIÓN VAGINAL Y CERVICITIS

I. FLUJOGRAMA DE MANEJO SINDRÓMICO DE SECRECIÓN VAGINAL Y CERVICITIS



2. VULVOVAGINITIS



Fuente: CDC/ Public domain and thus free of any copyright restrictions

2.1 DEFINICIÓN

Se considera como vulvovaginitis toda manifestación y/o infección del tracto genital femenino inferior, es decir la vulva, la vagina y el epitelio escamoso del cuello uterino (endocervix), se presenta 3-5 días post-infección con síntomas asociados a uno o más de los siguientes: secreción vaginal, prurito vulvar, disuria y polaquiuria. Sin embargo, muchas infecciones genitales pueden ser completamente asintomáticas.

La vulvovaginitis puede ser causada por infecciones endógenas como por: *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella Vaginalis* (Vaginosis Bacteriana), *Candida Albicans* y Factores Físicos (traumatismo), Químicos (uso de lubricantes y los tampones) y los Anticonceptivos Orales.

- **Trichomoniasis vaginal:** Se caracteriza por abundante leucorrea y la presencia de puntilleo en fresa en cérvix. Es causada por un protozoo flagelado (*Trichomonas vaginalis*) ovoide o piriforme predominante en mujeres, su cuadro clínico en el hombre puede ser causa de uretritis.
- **Gardnerella vaginalis (VB):** se caracteriza por un flujo grisáceo mal oliente que impresiona olor a marisco, acompañado o no de prurito vulvar.
- **Candidiasis:** cuadro clínico dado por flujo blanquecino(grumos blancos) no fétido, prurito y en ocasiones cursa con disuria. Agente causal: *Candida albicans*.

2.2 DIAGNÓSTICO

2.2.1 Laboratorio:

- **Examen directo o Frotis por Gram** con Interpretación de Criterios de Nugget
- **Cultivo:** en casos especiales de estudio.

2.3 TRATAMIENTO

Trichomonas vaginalis y Gardnerella vaginalis:

Dosis Adulto:

Metronidazol 2 gr. oral dosis única

Metronidazol 500 mg. oral cada 12 horas por 7 días o Metronidazol 500 mg. Óvulo vaginal cada noche por 7 noches

Alternativo

Clíndamicina 300mg. VO bid por 7 días

Clindamicina 300mg. óvulos vaginales cada noche por 7 noches

Alternativo

Tinidazol 2 gr. oral dosis única

Candida albicans

Dosis Adulto:

Fluconazol 150 mg. oral dosis única

Clotrimazol 500 mg. óvulo vaginal dosis única ó Clotrimazol 100 mg. Óvulo vaginal diaria por 7 días

Casos recurrentes: Fluconazol 150 mg VO cada semana por 6 meses.

2.4 MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

Medidas universales de prevención de propagación de ITS.

- Recomendar uso del condón.
- Evitar la Re-infección. No tener relaciones sexuales con parejas anteriores que no hayan sido evaluadas clínicamente para descartar la infección.

2.5 SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

Cita de control 10 días después de culminado el tratamiento.

4.6 FORMULARIO DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Todos los casos de Vulvovaginitis diagnosticados en instalaciones de salud públicas y privadas, deben ser notificados al Departamento responsable de la Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, de acuerdo a lo establecido en las normas para tal fin.

3.VAGINOSIS BACTERIANA (VB)

3.1 DEFINICIÓN

La vaginosis bacteriana es una afección causada por una alteración en el equilibrio de los diferentes tipos de bacterias presentes en la vagina.

La vaginitis es un proceso patológico que afecta la vagina y se considera un síndrome por alteraciones de la flora bacteriana que se traduce en cambios fisicoquímicos de las secreciones vaginales y en el que intervienen las características propias del hospedero y su pareja sexual. Es el término actual se le ha conferido a un síndrome clínico polimicrobiano que se caracteriza por presentar una secreción vaginal anormal (con olor a pescado) con desplazamiento del lactobacilo por microorganismos anaerobios.

La vaginosis bacteriana es causa por las siguientes:

- Gardnerella vaginallis (más frecuente).
- Mobiluncus
- Mycoplasma.

En algunas ocasiones, la vaginosis bacteriana es causada por la actividad sexual que puede alterar el equilibrio de bacterias normales que protegen la vagina.

3.2 DIAGNÓSTICO

3.2.1 Clínico Entrevista exhaustiva y examen físico: confirmar presencia de la secreción uretral, flujo vaginal, sus características: aspecto, color, olor y cantidad, además signos y síntomas descritos en la definición.

3.2.2 Laboratorio:

- **Examen directo:** Frotis por Gram
- **Cultivo:** en casos especiales de estudio.

3.3 TRATAMIENTO

Dosis Adulto:

Metronidazol 500 mg. VO cada 12 horas por 7 días más
Metronidazol 500 mg. Óvulo vaginal cada noche por 7 noches

Alternativo

Clíndamicina 300 mg VO bid por 7 días
ó
Clindamicina 300mg óvulos vaginales cada noche por 7 noches

Alternativo

Tinidazol 2 gr. oral dosis única

Dosis Pediátrica:

Metronidazol (30-50 mg/kg/día) Máx 500mg/dosis VO bid por 7 días.

Alternativo:

Clindamicina 30-40 mg/kg/día dividido c/6-8h (máx 300 mg)VO bid por 7 días

Observación:**NOTA:**

- **Metronidazol y Tinidazol están contraindicados en el primer trimestre de embarazo.**
- **Metronidazol oral cura entre el 90% - 95% de los casos, cifra que aumenta con el tratamiento de la pareja.**

3.4 MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

Medidas universales de prevención de propagación de ITS

- Recomendar uso del condón.
- Evitar la re-infección. No tener relaciones sexuales con parejas anteriores que no hayan sido evaluadas clínicamente para descartar la infección.

3.5 SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

Cita de control 10 días después de culminado el tratamiento.

3.6 FORMULARIO DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Todos los casos de Vaginosis Bacteriana diagnosticados en instalaciones de salud públicas y privadas, deben ser notificados al Departamento responsable de la Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, de acuerdo a lo establecido en las normas para tal fin.

CAPÍTULO IV: HEPATITIS B Y HEPATITIS C

I. HEPATITIS “B”

I.1 DEFINICIÓN

La hepatitis B es una infección hepática causada por el virus de la hepatitis B (VHB). Se transmite por contacto con la sangre, semen u otros líquidos corporales de una persona infectada.

Las consecuencias más importantes de esta infección en el largo plazo son el desarrollo de cirrosis hepática y de carcinoma hepatocelular.

I.2 SÍNTOMAS

Hepatitis B aguda

Los síntomas de la hepatitis B aguda se presentan después de 1 a 4 meses de la adquisición del virus. Muchas personas pueden no presentar ningún síntoma. Entre los síntomas se incluyen:

- Astenia.
- Anorexia.
- Náuseas.
- Ictericia
- Coluria.
- Dolor en hipocondrio derecho.
- Dolor o inflamación de las articulaciones.

Estos síntomas habitualmente desaparecen en un lapso de 3 meses.

Hepatitis B crónica

La hepatitis B crónica frecuentemente es asintomática o sólo se manifiesta por síntomas inespecíficos como cansancio o disminución del apetito. Ocasionalmente se presentan exacerbaciones de la actividad inflamatoria del hígado que pueden traducirse en exacerbaciones de los síntomas. En la medida que la infección produce un daño hepático, pueden manifestarse los síntomas de la cirrosis hepática.

I.3 DIAGNÓSTICO

Se dispone de varios análisis de sangre para diagnosticar y controlar a los pacientes con hepatitis B. Las pruebas permiten determinar si la infección es aguda o crónica.

El diagnóstico de laboratorio de la hepatitis B se centra en la detección del antígeno de superficie HbsAg. Un resultado positivo para ese antígeno significa que la persona sufre una infección activa (aguda o crónica).

Otras pruebas habituales son las siguientes:

- **Análisis de anticuerpos contra el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (Anti-HBs):** un resultado positivo indica que la persona bien se ha recuperado de una infección aguda y ha eliminado el virus, o bien ha sido vacunada contra la hepatitis B. La persona está inmunizada contra la infección en el futuro y ha dejado de ser contagiosa.
- **Análisis de los anticuerpos contra el antígeno nuclear del virus (Anti-HBcore):** un resultado positivo indica que la persona ha sufrido la infección recientemente o se infectó en el pasado. Si se obtiene también al mismo tiempo un resultado positivo para el antígeno de superficie, probablemente se trate de un caso de infección crónica.

I.4 TRATAMIENTO

Se cuenta con una vacuna altamente efectiva y segura para prevenir la infección.

La hepatitis B aguda no requiere tratamiento específico, ya que el 95% de los adultos se recuperan espontáneamente. Es importante recordar que los contactos de la persona con hepatitis B aguda deben ser evaluados y vacunados. La hepatitis B aguda es altamente contagiosa, por lo que deben tomarse las medidas para evitar su transmisión.

Las personas que desarrollan hepatitis B crónica deben ser evaluadas por un médico con experiencia en el manejo de esta enfermedad **Gastroenterólogo o Hepatólogo**. Las decisiones de tratamiento son individualizadas. El objetivo del tratamiento es mantener controlada la replicación del virus para evitar el daño progresivo del hígado. REFERIRSE A LAS GUÍAS DE MANEJO DE HEPATITIS VIRALES.

I.5 MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

- Los pacientes con hepatitis B crónica deben recibir la vacuna contra la hepatitis A si no son inmunes.
- Se recomienda evitar el consumo de alcohol y de medicamentos que no sean claramente necesarios.
- Recomendar evitar el sobrepeso y la obesidad ya que pueden ser factores que contribuyen al daño hepático.
- Recomendar uso del condón.
- Evitar la re-infección. No tener relaciones sexuales con parejas anteriores que no hayan sido evaluadas clínicamente para descartar la infección.

I.6 FORMULARIO DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Todos los casos de Hepatitis B diagnosticados en instalaciones de salud públicas y privadas, deben ser notificados al Departamento responsable de la Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, de acuerdo a lo establecido en las normas para tal fin.

2. HEPATITIS C

2.1 DEFINICIÓN

La hepatitis C es una enfermedad crónica del hígado causada por el virus de la hepatitis C (HCV). Su transmisión ocurre a través de contacto con sangre infectada, principalmente en forma de transfusiones de sangre, procedimientos médicos o inyecciones con instrumentos contaminados, uso de drogas intravenosas, tatuajes, también es posible la transmisión sexual.

2.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

El virus de la hepatitis C se caracteriza por replicarse en el hígado de la persona afectada sin producir síntomas por periodos largos de tiempo (10 a 30 años). Durante este período asintomático puede producir daño progresivo del hígado hasta llegar a la cirrosis hepática. Esta complicación ocurre aproximadamente en el 20% de los infectados.

Las personas que desarrollan cirrosis hepática están en riesgo de caer en insuficiencia hepática (falla del hígado) que se manifiesta por:

- Ictericia
- Coluria
- Ascitis
- Encefalopatía.
- Hemorragia por várices

Otra complicación de la cirrosis es el hepatocarcinoma (cáncer hepático). Este aparece en un 1 a 5% de los pacientes que han desarrollado cirrosis cada año. Tanto la insuficiencia hepática como el cáncer de hígado pueden requerir realizar un trasplante hepático.

2.3 DIAGNÓSTICO

Es frecuente que el diagnóstico de la infección aguda no se establezca porque la mayoría de las personas infectadas no presentan síntomas.

Los métodos comunes que detectan los anticuerpos en la sangre no permiten distinguir la infección aguda de la crónica. La presencia de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C indica que una persona está infectada o lo estuvo.

Para confirmar el diagnóstico de la infección se utilizan:

- Prueba de inmunotransferencia con antígenos recombinantes del virus (RIBA)
- Detección del ARN del virus.

2.4 TRATAMIENTO

Las personas que desarrollan hepatitis C crónica deben ser evaluadas por un médico con experiencia en el manejo de esta enfermedad **Gastroenterólogo o Hepatólogo**. Las decisiones de tratamiento son individualizadas. El objetivo del tratamiento es mantener controlada la replicación del virus para evitar el daño progresivo del hígado. REFERIRSE A LAS GUÍAS DE MANEJO DE HEPATITIS VIRALES

Pronóstico

La infección por el VHC es auto-limitada en sólo una pequeña minoría de las personas infectadas. La infección crónica se desarrolla en el 70-80% de los pacientes infectados con el VHC. La cirrosis se desarrolla dentro de los 20 años de la enfermedad en el 20% de las personas con infección crónica. El inicio de la infección crónica por hepatitis C temprano en la vida a menudo conduce a consecuencias menos graves de la hepatitis B (VHB).

El riesgo de cirrosis y carcinoma hepatocelular se duplica en los pacientes que adquirieron la infección por el VHC por transfusión. La progresión a carcinoma hepatocelular es más común en la presencia de cirrosis, alcoholismo, y la coinfección por el VHB.

La probabilidad de progresión se ve influenciado por el consumo de alcohol, la inmunosupresión, el sexo, el estado del hierro, la hepatitis concomitante, y la edad de adquisición.

2.5 MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

- Los pacientes con hepatitis C deben ser advertidos de abstenerse del consumo de alcohol.
- Recomendar al paciente el uso continuo del condón.
- Los pacientes con diagnóstico de hepatitis C no deben donar sangre ni órganos.

2.6 FORMULARIO DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Todos los casos de Hepatitis C diagnosticados en instalaciones de salud públicas y privadas, deben ser notificados al Departamento responsable de la Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, de acuerdo a lo establecido en las normas para tal fin.

CAPÍTULO V: INFECCIÓN POR VIH Y SIDA

I. INFECCIÓN POR VIH Y SIDA

I.1 ASPECTOS CLÍNICOS E INMUNOLÓGICOS DEL VIH EN ADOLESCENTES Y ADULTOS

- El VIH produce una infección crónica y progresiva que se expresa con un amplio espectro de manifestaciones clínicas, que van desde la infección aguda primaria hasta infecciones oportunistas y neoplasias que amenazan la vida.
- En general, el tiempo medio entre la infección viral y el desarrollo de enfermedades marcadoras de sida es de 10 a 12 años.
- Son pocos los pacientes que progresan a sida en los primeros 18 meses o permanecen libres de enfermedad después de 18 años con la infección.
- La historia natural de la infección por el VIH está dominada por 4 fases que se enumeran a continuación.

1.1.1 Período inmediatamente posterior a la infección primaria:

- Primeras reacciones de activación del sistema inmunitario.
- Síndrome retroviral agudo:
- Aparece en más del 75% de los infectados.
- Se manifiesta, por lo general, algunas semanas después de un contacto infeccioso, en forma de un cuadro inespecífico, autolimitado y, muchas veces, oligosintomático.
- El médico, en muchas ocasiones, por falta de información, puede hacer diagnóstico erróneo de "virosis común" o de "mononucleosis".
- Desde el punto de vista inmunopatológico, tras la infección existe una alta tasa de replicación viral y se trata de la fase de mayor transmisión del VIH.
- Desde el punto de vista genotípico, la población viral es altamente homogénea.
- Desde el punto de vista clínico, las manifestaciones más frecuentes son: fiebre (96%), linfadenopatías (74%), faringitis (70%), eritema maculopapular (70%), mialgias y artralgias (54%), diarreas (32%), cefaleas (32%), náuseas y vómitos (27%), hepatoesplenomegalia (14%), pérdida de peso (13%), candidiasis oral (12%) y síntomas neurológicos (12%).

1.1.2 Largo intervalo de silencio clínico:

No hay síntomas de la enfermedad pero el virus continúa duplicándose en los ganglios linfáticos.

1.1.3 Período sintomático temprano:

Síntomas intermitentes e infecciones que no amenazan la vida.

1.1.4 Enfermedad avanzada:

- Destrucción, rápidamente progresiva, de la capacidad de respuesta inmunitaria caracterizada por:
- Disminución de los linfocitos CD4 y
- Aumento de la viremia y
- Aparición de infecciones oportunistas (IO) y neoplasias.

Esta etapa se define como sida a través de diferentes criterios diagnósticos que se redefinen en forma continua.

I.2 DIAGNÓSTICO Y EXÁMENES DE LABORATORIO

Marcadores específicos:

Antígeno del core viral (componente del virus).

- El antígeno del core viral (p24) puede detectarse en forma precoz en sangre. Aparece en el LCR a las 2 semanas de exposición coincidiendo con los síntomas del síndrome retroviral agudo (consultar “Aspectos clínicos e inmunológicos del VIH en adolescentes y adultos”).

Carga viral (cuantificación del VIH)

- Detección del RNA viral por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) se utiliza para el seguimiento de pacientes positivos y como diagnóstico en niños menores de 18 meses (consultar “Estrategias para la detección de VIH en los laboratorios del sistema de salud Panameño” en Sección III)

DNA proviral o PCR DNA

- Es el método diagnóstico de elección en niños menores de 18 meses (consultar “Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH en niños” en Sección III).

Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA)

- Anticuerpos dirigidos a las distintas proteínas contenidas en el retrovirus.
- En la República de Panamá se utilizan ELISA de tercera y cuarta generación.
- El ELISA es el método de elección para diagnóstico de VIH en adultos y niños mayores de 18 meses (consultar “Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH en niños” en Sección III).

Western blot.

- Anticuerpos específicos dirigidos a las distintas proteínas contenidas en el retrovirus (más específico que el ELISA).
- Aparecen en un período de 6 semanas a 3 meses después de la infección y, en una pequeña proporción de personas infectadas, puede diferirse la aparición hasta 1 año.
- Poco utilizado, en la actualidad, en la República de Panamá.

Prueba rápida

- Detecta anticuerpos contra el VIH.
- Es una prueba de tamizaje que produce resultados muy rápidos, generalmente en 5 a 30 minutos.
- Estudios evidencian que las pruebas rápidas proporcionan un resultado negativo inmediato o un “positivo preliminar” (consultar “Principios de la transmisión vertical del VIH” en Sección II).

El reconocimiento precoz de la infección por VIH es muy importante para:

- Orientación del paciente
- Prevención de futuras transmisiones, incluida la materno infantil y,
- Comenzar una terapéutica temprana que mejore el pronóstico.

I.3 TRATAMIENTO

Una vez se diagnostique un paciente VIH positivo por personal de laboratorio idóneo; éste deberá ser remitido a la Clínica de Tratamiento Antirretroviral.

El tratamiento para pacientes VIH positivos adultos estará determinado por:

Categoría clínica	Conteo de CD4 células/mm ³	Carga viral en número de copias	Recomendaciones
Enfermedad definitiva de sida o síntomas severos	Cualquier valor	Cualquier valor	Dar tratamiento
Asintomáticos	Menor o igual de 500 cel/mm ³	Cualquier valor	Dar tratamiento
Asintomáticos	>500 cel/ mm ³	Mayor de 100,000 copias	Considerar tratamiento
Asintomáticos	Mayor de 500 cel/ mm ³	Menor de 1000 copias definir tratamiento	Diferir el tratamiento y dar seguimiento con CD4 y carga viral.

I.4 MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

Debido a que las formas más frecuentes de transmisión del VIH son a través de las relaciones sexuales anales o vaginales, o por compartir equipo para inyectarse drogas con una persona infectada, es importante indicar al paciente tomar medidas para reducir los riesgos asociados a esta transmisión. Estas medidas son:

- Todo adulto o adolescente con vida sexual activa o conducta de riesgo, debe hacerse la prueba al menos una vez al año.
- Si el paciente tiene el VIH: se le indica orientación para atención médica, tratamiento y servicios de apoyo que lo ayuden a mantenerse saludable y a reducir su capacidad de transmitir el virus a los demás.
- Si la paciente está embarazada se le orienta acerca de que existen tratamientos para reducir la probabilidad de contagio del VIH a su bebé.
- Uso del condón de manera correcta y consistente.
- Indicar la realización de pruebas de ITS y en caso de resultar positiva indicar el tratamiento correspondiente.
- Orientar sobre la no utilización de drogas.

I.5 APLICACIÓN DE LA PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN AL VIH

La PEP es el método para prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual y conlleva el uso inmediato de fármacos antirretrovirales entre las 2 y las 72 horas de ocurrencia de la exposición por la violación sexual.

Toda víctima de violación sexual debe ser remitida inmediatamente al sistema de salud para que le sea aplicada la PEP, para minimizar el riesgo de contraer VIH y otras enfermedades, así mismo debe contar con la información adecuada y el seguimiento que requiera luego de la administración de los medicamentos.

I.6 TRATAMIENTO

Si existe riesgo, la persona debe comenzar el tratamiento lo antes posible, preferentemente en las primeras 2 horas post exposición.

- AZT/3TC 300/150 mg tableta VO cada 12 horas + EFV 600 mg 1 tableta VO cada noche durante cuatro semanas.
- AZT/3TC 300/150 mg tableta VO cada 12 horas + LPV/r 200/50 mg 2 tabletas VO cada 12 horas.
- Alternativa a AZT/3TC sería Tenofovir+Emtricitabina 300/200 mg cada día por 4 semanas.

I.7 FORMULARIO DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Todos los casos de Virus de Inmunodeficiencia Humana diagnosticados en instalaciones de salud públicas y privadas, deben ser notificados al Departamento responsable de la Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, de acuerdo a lo establecido en las normas para tal fin.

CAPÍTULO VI: VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)

I. VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)

La infección por VPH: es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en mujeres y hombres sexualmente activos. Este virus afecta principalmente la piel, las mucosas genitales y el cervix, es causante de lesiones benignas, como verrugas o condilomas y lesiones pre-cancerosas y cánceres en menor grado, siendo el cáncer cérvico-uterino el más frecuente. Además, se conoce que puede jugar un rol importante en otros cánceres de ano, vulva, vagina, pene y oro-faríngeo.

Existen más de 100 genotipos diferentes de este virus y aproximadamente 30 de ellos son transmitidos sexualmente. Estos últimos se dividen en virus de "alto riesgo", a los cuales se les relaciona con el desarrollo de lesiones intra-epiteliales escamosas de bajo y alto grado y cáncer invasor (p. ej.: c16, 18, 31, 33, 45 etc) siendo el 16 y 18 en su sumatoria los causantes del 70% del cáncer cérvico uterino a nivel mundial. Los genotipos de "bajo riesgo" son (p.ej.:3,5,6,11,25 etc) siendo los genotipos 6 y 11 los que se asocian a la producción de verrugas genitales (condilomas) y papilomatosis respiratoria.

La mayoría de las personas infectadas por VPH no presentan síntomas y en 90% la infección desaparece a los dos años. Sin embargo, una pequeña proporción de mujeres presenta una infección persistente por VPH y si ésta es producida por un virus de "alto riesgo" se incrementa la probabilidad de presentar un cáncer cérvico-uterino en menos de 1% de los casos.



Fuente: CDC/Joyce Ayers/ Public domain and thus free of any copyright restrictions



Fuente: CDC/Dr. M.F.Rein/ Public domain and thus free of any copyright restrictions

I.1 SÍNTOMAS

Un gran número de infecciones por VPH se presenta de forma subclínica, es decir no presenta signos ni síntomas. Cuando la infección no es subclínica, el síntoma más característico es la aparición de condilomas acumiados leves o serios. Estas verrugas varían en apariencia entre las del hombre y las de la mujer. En la mujer son blandas de color gris o rosa, pedunculadas y suelen encontrarse en racimos. Las zonas más frecuentemente afectadas son la vulva, la pared vaginal y el periné. En el hombre son blandas y cuando se presentan en el pene suelen ser lisas y papulares. Mientras que las del periné asemejan a una coliflor. A menudo, aparecen primero en el prepucio y el glande, y luego en el escroto y la región perianal (en ésta última región es común en los homosexuales).

Laboratorios:

- Pruebas moleculares (PCR-RT)
- Captación de Hibrido 2

Procedimientos:

- Citología cervical exfoliativa
- Colposcopia
- Biopsia cervical de ser necesaria.

I.2 TRATAMIENTO

Según resultado de Citología:

En caso de presentar Citologías Exfoliativas con 2 procesos inflamatorios a repetición, cualquier alteración celular o bien que reporte VPH y Lesión Intreepitelial de Bajo Grado y Alto Grado, debe referirse a Ginecología para la realización de Colposcopia.

Según resultado de Biopsia:

- Si el resultado de la biopsia cervical reporta lesión intraepitelial de bajo grado o VPH dependiendo del caso, se procederá a Electrofulguración o Crioterapia Cervical.
- Si el resultado de la biopsia reporta lesión intraepitelial de alto grado se procederá a realizar una Conización Cervical.

En los casos clínicos de infección por VPH que presenten verrugas en ano y cavidad oral el tratamiento es quirúrgico. Se puede utilizar la electrofulguración o la crioterapia según criterio del médico tratante.

Recomendaciones para la prevención:

- La mejor prevención es la vacuna contra el VPH I (en Panamá es gratuita dentro de Programa Ampliado de Inmunización para niñas de 10 años)
- Realización de la prueba de citología cervical anualmente .
- Recomendar el uso frecuente de preservativos.
- Evitar tener múltiples parejas sexuales.

CAPÍTULO VII: PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ENTRE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Las víctimas de violencia sexual, merecen una atención de urgencia y el abordaje a este tipo de agresión debe ser de carácter interdisciplinario, con acciones específicas tanto en el área clínica como la forense.

Recomendaciones generales:

Para la eficaz atención de una víctima sobreviviente de violencia sexual se deben seguir las siguientes recomendaciones:

- Toda víctima de violación sexual que acuda al sistema de salud debe ser atendida en URGENCIAS.
- Garantizar un ambiente de privacidad y tener en cuenta el estado emocional de la persona.
- Asegurar la confidencialidad del relato que le hace el paciente.
- Permitir un acompañante si la víctima sobreviviente lo desea.
- El objetivo del examen físico a la víctima sobreviviente de violencia sexual es determinar su estado para poder estabilizar su condición, dentro de los parámetros que amerite su condición clínica.
- Comuníquele a la víctima lo que hará antes de realizarlo y solicite su consentimiento.
- Ideal poder ofrecer a la víctima atención de la persona del sexo que ella indique.
- Infórmele que puede controlar la situación, hacer preguntas y solicitar detener el examen en cualquier momento.
- Tome los signos vitales de la víctima (pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura).
- Tener todo preparado por posibles traumas en la región genital, cabeza, tórax o abdomen, entre otras condiciones de gravedad.
- Evite que la víctima sobreviviente tenga que repetir lo ocurrido.
- Es importante el llenado de la hoja de sospecha de violencia.

I. TOMA DE MUESTRAS

Las muestras deben ser tomados por el médico que asiste al paciente en cuarto de urgencias en particular en caso de un evento agudo.

1. Muestras rectales, anales o vaginales (en las niñas prepúberes sólo si hay historia de contacto con los genitales del agresor o violación, hallazgos positivos a la exploración física y si el agresor tiene alto riesgo de tener ITS) y endocervical (postpúberes) y uretral en niños : frotis, cultivo por bacterias, Thayer – Martin o Agar chocolate
2. Estudios serológicos: Sífilis (VDRL), VIH, Hepatitis B, Hepatitis C.
3. Biopsia de lesiones (de acuerdo a los hallazgos físicos).

2. PROFILAXIS RECOMENDADA

La es el método para prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual y conlleva el uso inmediato de fármacos antirretrovirales entre las 2 y las 72 horas de ocurrencia de la exposición por la violación sexual.

Toda víctima de violación sexual debe ser remitida inmediatamente al sistema de salud para que le sea aplicada la profilaxis post exposición, para minimizar el riesgo de contraer VIH y otras enfermedades, así mismo debe contar con la información adecuada y el seguimiento que requiera luego de la administración de los medicamentos.

Patógenos	< 45 kg	≥45Kg
N.gonorrhoeae T.pallidum C.trachomatis G.vaginallis M.hominis Ureaplasma spp Anaerobios T.vaginallis	Ceftriaxona 125 mg IM dosis única	Ceftriaxona 250 mg IM du o Cefixime 400mg VO du
	+	+
	Azitromicina 20mg/kg vo o Eritromicina 50mg/kg VO c/6 horas por 7 días	Azitromicina 1g VO du o Doxiciclina 100 mg VO c/12 h por 7 días
	±	+
	Metronidazole 15mg/kg/día VO c/8 horas por 7 días	Metronidazole 2g VO du

	Dosis para Adultos	Dosis Pediátrica
Tratamiento para profilaxis post exposición al VIH	<ul style="list-style-type: none"> • AZT/3TC 300/150mg tableta VO cada 12 horas + EFV 600 mg 1 tableta VO cada noche durante cuatro semanas. • AZT/3TC 300/150mg tableta VO cada 12 horas + LPV/r 200/50 mg 2 tabletas VO cada 12 horas por 4 semana • Alternativa a AZT/3TC seria Tenofovir+Emtricitabina 300/200 mg cada día por 4 semanas 	<p>Menores de 12 años: AZT 180mg/m2 dosis c/12 horas + 3TC 4mg/kg/dosis c/12 horas + Lopinavir/ritonavir < 15 kg 12mg/kg/dosis c/12 horas >15kg 10mg/kg/dosis c/12 horas.</p> <p>Mayores de 12 años: Lamivudina/ Zidovudina 1 tab VO c/12 horas + Lopinavir/ritonavir 2 tab VO c/12 horas.</p>

APLICACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA (MUJERES ADOLESCENTES Y ADULTAS)

La Anticoncepción Oral de Emergencia, es un método que previene el embarazo después de un acto sexual sin protección. No es un método abortivo. Se han postulado varios mecanismos de acción según la fase del ciclo en que se use la anticoncepción de emergencia: inhibición de la ovulación, alteración del moco cervical, alteración del transporte de gametos y alteración de la función lútea.

El método Yuzpe es la combinación de píldoras anticonceptivas comunes que se toman en una cantidad y frecuencia mayor a la utilizada para lograr el efecto anticonceptivo de emergencia.

MÉTODO YUZPE

Nombre comercial	Principios activos	Dosis a usar antes de las 72 hrs	Dosis a usar a las 12 hrs después de la primera hora
Norgestrel E	Norgestrel 0,50 mg Etinilestradiol 0,05 mg	2 tabletas	2 tabletas
Etinor	Levonorgestrel 0,15mg Etinilestradiol 30 mg	4 tabletas	4 tabletas
Aminor	Levonorgestrel 0,03	25 tabletas	25 tabletas

REFERENCIAS

REFERENCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted Disease Surveillance, 2006. Atlanta, GA: USA Department of Health and Human service. November 2007.
2. Committee of Infectious Diseases American Academy of Pediatrics Red Book Report of the Committee of Infectious Diseases 2009.
3. Epidemiología, Departamento de. Informe acumulativo de la situación de VIH/SIDA. Panama: Ministerio de Salud, 1984-2010.
4. Guías de Brasil. Control Manual de Enfermedades de Transmisión Sexual – ETS Ministerio de Salud - SVS - Programa Nacional de ETS / SIDA buscar la portada para hacer referencia de acorde con reglas APA de citas.
5. Gray RH, Wawer MJ, Brookmeyer R, Sewankambo NK, Serwadda D, Wabwire-Mangen F, Lutalo T, et al. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1 discordant couples in Rakai, Uganda.
6. McMillan J, Lee C, Siberry G, Dick J, The Harriet Lane Handbook of Pediatric Antimicrobial Therapy Mosby 2009.
7. OMS. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. 2005. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243546260.pdf>.
8. Tinajeros F, Urquía M, Artiles N, Mendoza S, Castro L. Guía del Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual. Honduras: Programa Nacional de ITS/ Departamento de ITS/VIH/SIDA, falta el año de publicación.

