

GUÍAS

PARA EL TRATAMIENTO DE LAS

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



**ORGANIZACIÓN
MUNDIAL DE LA SALUD**

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Organización Mundial de la Salud.

Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.

1.Enfermedades sexualmente transmisibles - diagnóstico 2 Enfermedades sexualmente transmisibles-terapia 3.Agentes anti-infecciosos 4.Pautas prácticas I.Consulta sobre Cómo Mejorar el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (2001 : Ginebra, Suiza) II.Título.

ISBN 92 4 354626 0

(Clasificación NLM:WC 142)

© Organización Mundial de la Salud 2005

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Impreso en Suiza.



CONTENIDO

PREFÁCIO

vii

1. INTRODUCCIÓN

1

1.1. Antecedentes

1

1.2. Fundamentos de las recomendaciones estandarizadas de tratamiento

1

1.3. Manejo de casos

2

1.4. Manejo sintomático

3

1.5. Factores de riesgo para la cervicitis asociada a las ITS

4

1.6. Selección de medicamentos

5

2. TRATAMIENTO DE LOS SÍNDROMES ASOCIADOS A LAS ITS

7

2.1. Descarga uretral

7

Descarga uretral persistente o recurrente

10

2.2. Úlceras genitales

12

Úlceras genitales e infección por VIH

13

Bubón inguinal

17

2.3. Inflamación escrotal

19

2.4. Flujo vaginal

22

Infección cervical

23

Infección vaginal

24

2.5. Dolor abdominal bajo

28

2.6. Conjuntivitis neonatal

32

3. TRATAMIENTO DE INFECCIONES ESPECÍFICAS

34

3.1. Infecciones gonocócicas

34

Infección anogenital no complicada

34

Infección gonocócica diseminada

35

Oftalmía gonocócica

35

3.2. Infecciones por *Chlamydia trachomatis* (a excepción del linfogranuloma venéreo)

37



Infección anogenital no complicada	37
Infección por clamidia durante el embarazo	38
Conjuntivitis neonatal por clamidia	39
Neumonía infantil	39
3.3. Linfogranuloma venéreo	39
3.4. Sífilis	40
Resumen de la presentación clínica	40
Sífilis e infección por VIH	42
Sífilis en el embarazo	43
Sífilis congénita	43
Sífilis temprana	45
Sífilis tardía latente	45
Neurosífilis	46
Sífilis congénita	47
3.5. Chancroide	48
3.6. Granuloma inguinal (donovanosis)	49
3.7. Infecciones por herpes genital	50
Herpes en el embarazo	51
Herpes y coinfección por VIH	51
Tratamiento supresivo	51
3.8. Verrugas genitales (condilomas)	53
Verrugas vaginales	55
Verrugas cervicales	55
Verrugas uretrales y en el meato uretral	56
3.9. Infecciones por <i>Trichomonas vaginalis</i>	56
Trichomoniasis en el embarazo	57
3.10. Vaginosis bacteriana	59
Vaginosis bacteriana en el embarazo	59
Vaginosis bacteriana y procedimientos quirúrgicos	60
3.11. Candidiasis	61
Candidiasis vulvovaginal	61
Candidiasis vulvovaginal en el embarazo	62
Candidiasis vulvovaginal e infección por VIH	62



GUÍAS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Balanopostitis	62
3.12. Escabiosis (sarna)	63
3.13. Pediculosis púbica	65
4. CONSIDERACIONES BÁSICAS SOBRE LOS TRATAMIENTOS	67
4.1. Elección del régimen antimicrobiano	67
Eficacia	67
Seguridad	68
Costo	68
Cumplimiento y aceptabilidad	69
Disponibilidad	69
Infecciones concomitantes	70
Riesgo de reducción de la eficacia de los medicamentos para otras indicaciones	70
4.2. Comentarios sobre medicamentos individuales	71
Cefalosporinas	71
Macrólidos	71
Sulfonamidas	73
Quinolonas	73
Tetraciclinas	75
4.3. Resistencia antimicrobiana de la <i>N. Gonorrhoeae</i>	75
4.4. Resistencia antimicrobiana de la <i>H. Ducreyi</i>	76
5. CONSIDERACIONES PRÁCTICAS PARA EL MANEJO DE CASOS DE ITS	77
5.1. Paquete de medidas (intervenciones) de salud pública para la prevención y el control de las ITS	77
5.2. Manejo integral de casos de ITS	77
Identificación del síndrome	78
Tratamiento antimicrobiano del síndrome	79
Educación del paciente	79
Suministro de condones	80
Consejería (asesoramiento)	80
Notificación y tratamiento de las parejas sexuales	82
5.3. Acceso a los servicios	83



6. NIÑOS(AS), ADOLESCENTES E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	85
6.1. Evaluación para la detección de infecciones de transmisión sexual	86
Examen inicial	87
Examen a las 12 semanas de la agresión	88
Tratamiento presuntivo	88
Susceptibilidad y presentación clínica de las ITS en niños y adolescentes	89
Infecciones cervicales	90
Síndrome de úlcera genital	90
Verrugas anogenitales	90
Infección vaginal	90
APÉNDICE 1. LISTA DE PARTICIPANTES, MAYO DE 1999	92
APÉNDICE 2. LISTA DE PARTICIPANTES, NOVIEMBRE DE 2001	94

Comentarios sobre la terminología

La Organización Mundial de la Salud recomienda el reemplazo del término enfermedad de transmisión sexual (ETS) por infección de transmisión sexual (ITS). En 1999 se adoptó el término infección de transmisión sexual, puesto que también incluye a las infecciones asintomáticas. Además, un gran número de publicaciones y sociedades científicas lo adoptaron.

Las infecciones del tracto reproductivo se clasifican en tres grupos principales de infecciones, específicamente en mujeres y ocasionalmente en hombres. Estos grupos comprenden infecciones endógenas del tracto genital femenino (por ejemplo, candidiasis y vaginosis bacteriana), infecciones iatrogénicas que pueden contraerse mediante prácticas culturales, personales y médicas sin esterilización, y algunas ITS tradicionales. Dado que las infecciones endógenas no se transmiten principalmente por vía sexual, es posible que las acciones clínicas y de salud pública recomendadas para las ITS no sean relevantes. Dadas las condiciones actuales en cuanto al conocimiento y la comprensión de estas infecciones que no se transmiten por vía sexual, el tratamiento de las parejas no se recomienda como práctica de salud pública de rutina. El apoyo y la educación del paciente son fundamentales teniendo en cuenta la naturaleza de estas infecciones.



PREFÁCIO

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se encuentran entre las principales causas de enfermedad del mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países.

La aparición y la diseminación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) han tenido un impacto significativo sobre el manejo y control de las ITS. Simultáneamente, ha aumentado la resistencia de varios agentes patógenos transmitidos sexualmente a los agentes antimicrobianos, agravando los problemas terapéuticos.

En 1991, la OMS publicó las recomendaciones para el manejo integral de los pacientes con ITS dentro del contexto más amplio de los programas de control, prevención y atención de las ITS y la infección por VIH. En mayo de 1999, la OMS celebró la Reunión del Grupo consultivo sobre el Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual (Advisory Group Meeting on Sexually Transmitted Diseases) para revisar y actualizar las recomendaciones sobre el tratamiento en función de los hallazgos más recientes (consulte el Apéndice 1).

En Ginebra, en noviembre de 2001, la OMS llevó a cabo una consulta a especialistas sobre cómo mejorar el manejo de las ITS (consulte el Apéndice 2). La reunión se centró en los síndromes de úlcera genital y flujo vaginal. Se escogió el tema del síndrome de úlcera genital porque se observa un incremento del virus herpes simplex tipo 2 (VHS2) como causa principal de las úlceras genitales en países en vías de desarrollo, y, en segundo lugar, se escogió el tema del flujo vaginal por su carácter complejo y polémico como punto de partida para el manejo de las infecciones cervicales por gonococo y clamidia. Las recomendaciones que surgieron de esta consulta sirvieron de base para las revisiones que se incluyen en esta publicación y que comprenden las dos áreas del manejo sindrómico de la úlcera genital y el flujo vaginal.



1. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) continúan siendo un problema de salud pública de gran importancia en la mayoría de los países del mundo. Se considera que la incidencia de las ITS agudas es alta en muchos países. Las fallas en el diagnóstico y el tratamiento de las ITS en estadios tempranos pueden ocasionar graves complicaciones y secuelas, entre las que se incluyen la infertilidad, la pérdida fetal, el embarazo ectópico, el cáncer anogenital y la muerte prematura, así como infecciones en recién nacidos y lactantes. Los costos de la atención de una ITS, tanto a nivel individual como nacional, pueden ser considerables.

Con la aparición del VIH y del SIDA, el control de las ITS comenzó a atraer más atención. Existe una fuerte correlación entre la diseminación de las ITS convencionales y la transmisión del VIH, y se ha demostrado que tanto las ITS ulcerosas como las no ulcerosas aumentan el riesgo de transmisión sexual del VIH.

La aparición y diseminación de la infección por VIH y SIDA también han complicado el manejo y control de otras ITS. Por ejemplo, el tratamiento del chancroide es cada vez más difícil en zonas de alta prevalencia de infección por VIH debido a la inmunosupresión relacionada con el VIH.

La resistencia antimicrobiana de varios agentes patógenos transmitidos sexualmente está aumentando, por lo que algunos tratamientos no son eficaces. Aunque se dispone de nuevos agentes como las cefalosporinas de tercera generación y las fluoroquinolonas, para el tratamiento de infecciones causadas por cepas resistentes, su costo continúa siendo elevado. Sin embargo, el alto costo inicial debe compararse con los costos de un tratamiento inadecuado, incluidas las complicaciones, la recidiva y la continuación de la transmisión.

1.2. FUNDAMENTOS DE LAS RECOMENDACIONES ESTANDARIZADAS DE TRATAMIENTO

El manejo efectivo de las ITS es la base para su control, ya que previene el desarrollo de complicaciones y secuelas, reduce la diseminación de las infecciones en la



comunidad y brinda una oportunidad única para educar a la población sobre la prevención del VIH. Por lo tanto, el tratamiento apropiado de las ITS en el primer contacto entre los pacientes y los prestadores de salud es una importante medida de salud pública. En el caso de pacientes adolescentes¹, existe la posibilidad de ejercer una influencia sobre los futuros comportamientos sexuales y las conductas tendientes a la búsqueda de un tratamiento durante un estadio crítico del desarrollo. Se recomienda totalmente que los países establezcan y utilicen protocolos nacionales de tratamiento estandarizados para las ITS. De esta manera, estos protocolos podrían asegurar que todos los pacientes recibieran tratamiento adecuado en los distintos niveles de los servicios de salud. Además, los protocolos pueden facilitar la capacitación y supervisión de los prestadores de salud y contribuir a la reducción del riesgo de desarrollo de resistencia a los agentes antimicrobianos. Por último, una lista estandarizada de agentes antimicrobianos puede facilitar la obtención de fármacos. Se prevé que las recomendaciones contenidas en este documento ayudarán a los países a desarrollar protocolos estandarizados adaptados a perfiles epidemiológicos locales y de sensibilidad antimicrobiana. Se recomienda que las guías nacionales para el manejo efectivo de las ITS se desarrollen en forma conjunta con los expertos locales en salud pública y en ITS.

1.3. MANEJO DE CASOS

El manejo de casos de ITS consiste en la atención de una persona que presenta un síndrome asociado a una ITS o una prueba positiva para una o más ITS. El manejo de casos incluye: anamnesis, examen físico, diagnóstico correcto, tratamiento temprano y efectivo, asesoramiento sobre comportamientos sexuales, campaña de promoción y suministro de condones, notificación y tratamiento de la pareja, informe de casos y seguimiento clínico cuando corresponda. Por lo tanto, el manejo efectivo de casos comprende el tratamiento antimicrobiano para obtener la curación y reducir la infectividad, así como el cuidado y la atención integral de la salud reproductiva del paciente.

¹ La OMS define a los adolescentes como personas de entre 10 y 19 años de edad, y a la juventud, como al grupo comprendido entre los 15 y los 24 años de edad. La categoría “gente joven” es una combinación de estos dos grupos superpuestos que comprende el rango de edad de entre los 10 y los 24 años (A picture of health? A review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries. Geneva, World Health Organization, 1995 [WHO/FHE/ADH/95.4]).



1.4. MANEJO SINDRÓMICO

El diagnóstico etiológico de las ITS constituye un problema para los prestadores de salud en distintos lugares. Impone restricciones de tiempo y recursos, aumenta los costos y reduce el acceso al tratamiento. Además, la sensibilidad y especificidad de las pruebas comercialmente disponibles pueden variar en forma significativa, lo cual afecta de manera negativa la confiabilidad de las pruebas de laboratorio utilizadas en el diagnóstico de las ITS. En las instituciones en que se disponga de un laboratorio, éste debe estar a cargo de personal con la capacitación y experiencia adecuadas para realizar procedimientos de gran complejidad técnica; asimismo, es obligatoria la implementación del control de calidad externo.

Muchos establecimientos de salud de los países en vías de desarrollo carecen del equipamiento y personal capacitado para el diagnóstico etiológico de las ITS. Para superar este problema, en muchos países en vía de desarrollo se ha establecido y estimulado el manejo sintomático para el tratamiento de los pacientes con ITS. El manejo sintomático se basa en la identificación de grupos uniformes de síntomas y signos fácilmente reconocibles (síndromes) y la administración de un tratamiento dirigido contra la mayoría de los microorganismos, o contra los más peligrosos, responsables del desarrollo de este síndrome. La OMS ha diseñado una herramienta simplificada (un diagrama de flujo o algoritmo) como guía para los prestadores de salud en la implementación del manejo sintomático de las ITS.

El manejo sintomático de la descarga uretral en hombres, y de las úlceras genitales en hombres y mujeres, ha demostrado ser válido y factible. El resultado ha sido el tratamiento adecuado de un gran número de personas infectadas; y además es económico, simple y muy eficaz en relación con el costo. Sin embargo, información reciente indica que, en los países en vías de desarrollo, el virus del herpes simplex tipo 2 (VHS2) se está convirtiendo rápidamente en la causa más frecuente de síndrome de úlcera genital (SUG), lo que podría afectar negativamente el resultado del tratamiento del SUG, si no se administra un tratamiento antiviral adecuado.

La herramienta genérica y simplificada de la OMS incluye diagramas de flujo para las mujeres con síntomas de flujo vaginal y dolor abdominal bajo. Si bien los diagramas de flujo para el dolor abdominal son bastante satisfactorios, existen limitaciones en los diagramas para el flujo vaginal, específicamente en el tratamiento de las infecciones cervicales (gonocócica y por clamidia). Como regla general, pero



especialmente en lugares de baja prevalencia y en las adolescentes, la principal causa de flujo vaginal es la vaginitis endógena y no una ITS. Han fracasado todos los intentos de aumentar la sensibilidad y especificidad del diagrama de flujo vaginal para el diagnóstico de la infección cervical, mediante la introducción de una evaluación de riesgo específica a la situación. Algunas de las preguntas para la evaluación del riesgo sobre la base de factores demográficos, como la edad y el estado civil, tienden a incluir un número excesivo de adolescentes en el grupo de riesgo de infección cervical. Por lo tanto, es necesario identificar a los principales factores de riesgo asociados a las ITS en adolescentes de la población local y adaptar consecuentemente la evaluación de riesgo. Sería preferible, especialmente en el caso de los adolescentes, que los factores de riesgo se basaran en los patrones de comportamiento sexual.

Para obtener más información sobre las recomendaciones para el tratamiento mediante un abordaje sindrómico, consulte la sección 2.

1.5. FACTORES DE RIESGO PARA LA CERVICITIS ASOCIADA A LAS ITS

Los diagramas de flujo que se utilizan actualmente para el tratamiento de la infección cervical, mencionados en la sección 1.4, distan, por lo tanto, de ser ideales. Inicialmente, se consideraba que el signo de flujo vaginal era un indicador de infección vaginal y cervical. Sin embargo, ahora es evidente que, aunque el flujo vaginal indica la presencia de infección vaginal, no es suficiente para predecir una infección cervical (gonocócica o por clamidia), especialmente en las adolescentes.

Aparentemente, algunos signos clínicos están asociados más frecuentemente con la presencia de infección cervical. En las publicaciones, se descubrió que las observaciones clínicas frecuentemente asociadas con la infección cervical son la presencia de mucopus cervical, erosiones, friabilidad y sangrado cervicales entre los ciclos menstruales y durante las relaciones sexuales.

También se han asociado diversos factores de riesgo demográficos y conductuales con la infección cervical. Entre los factores predictivos de infección cervical encontrados en algunos lugares se incluyen: 21 años o menos (25 en algunos lugares); estado civil soltero/a; más de una pareja sexual en los últimos tres meses; una nueva pareja en los últimos tres meses; pareja actual que padece una ITS; pareja



que recién ha comenzado a utilizar condones. Sin embargo, dichos factores de riesgo suelen ser específicos del grupo poblacional para el cual han sido identificados y validados, y no pueden extrapolarse fácilmente a otras poblaciones o a otros lugares. La mayoría de los investigadores concuerda con que es importante obtener más de un factor de riesgo demográfico en cada paciente específico.

La incorporación de estos signos y de la evaluación de riesgo al diagrama de flujo para el flujo vaginal aumenta su especificidad y, en consecuencia, su valor predictivo positivo; éste, sin embargo, permanece bajo cuando el diagrama de flujo se aplica a poblaciones con tasas de infección relativamente bajas.

1.6. SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

La resistencia antimicrobiana de varios agentes patógenos sexualmente transmitidos está aumentando en muchas regiones del mundo, por lo que en algunos tratamientos de bajo costo se ha reducido la eficacia. Las recomendaciones de que se utilicen fármacos más efectivos suelen ser motivo de preocupación en cuanto al costo y al posible uso inadecuado.

La política de suministro de medicamentos en dos niveles, con medicamentos menos efectivos al primer nivel de atención y medicamentos más efectivos, y generalmente más costosos, únicamente al nivel de referencia, puede originar una tasa inaceptable de fracasos del tratamiento, complicaciones y referencias, y deteriorar la confianza en los servicios de salud. No se recomienda este abordaje. Los medicamentos utilizados para el tratamiento de las ITS en todos los establecimientos de salud deben tener una eficacia de al menos un 95%. En el recuadro que aparece a continuación se enumeran los criterios para la selección de medicamentos.



Criterios de selección de medicamentos para el tratamiento de las ITS

Los medicamentos seleccionados para el tratamiento de una ITS deben cumplir con los siguientes criterios:

- alta eficacia (de al menos un 95%)
- bajo costo
- tolerancia y toxicidad aceptables
- poca probabilidad o probable retraso para el desarrollo de resistencia de los microorganismos
- dosis única
- administración oral
- sin contraindicaciones para gestantes o mujeres que dan de lactar

Los medicamentos adecuados se deben incluir en la lista o petitorio nacional de medicamentos esenciales básicos y, al elegir un medicamento, se deben tener en cuenta las habilidades y la experiencia del personal de salud.



2. TRATAMIENTO DE LOS SÍNDROMES ASOCIADOS A LAS ITS

En esta sección se analiza el tratamiento de los síndromes clínicos más frecuentes causados por agentes transmitidos sexualmente. Se presentan además diagramas de flujo para el manejo de cada síndrome.

En todas estas enfermedades (a excepción de la vaginitis), también se debe examinar a la o las parejas sexuales de los pacientes para la detección de una posible ITS, en cuyo caso se instaurará el tratamiento inmediato para la o las mismas enfermedades que la del paciente índice.

El éxito del tratamiento de las ITS exige que los miembros del personal de salud traten a pacientes con respeto, dejando de lado todo juicio de valor. El examen clínico debe realizarse en un ambiente adecuado, donde se garantice la privacidad y confidencialidad. Al tratar con adolescentes, el prestador de salud debe ser capaz de tranquilizarlos, tener experiencia y conocimiento acerca de los cambios anatómicos y fisiológicos que se asocian con las diferentes etapas del desarrollo, por ejemplo, la menarquia en las niñas y las poluciones nocturnas en los varones. En ciertas situaciones, será necesario capacitar a los prestadores de salud con el objeto de que superen sus propias susceptibilidades y puedan tratar temas relativos a la sexualidad y las ITS de manera abierta y constructiva.

2.1. DESCARGA URETRAL

Los pacientes de sexo masculino que consultan por descarga uretral o disuria deben ser examinados para evidenciar descarga. En caso de no observar secreción, se debe masajear suavemente la uretra desde la parte ventral del pene en dirección al meato.

Si se dispone de un microscopio, es probable que el análisis del frotis uretral manifieste un aumento en el número de leucocitos polimorfonucleares y que la tinción de Gram demuestre presencia de gonococos. En el hombre, el hallazgo de más de 5 leucocitos polimorfonucleares por campo de alta potencia (1000 x) indica uretritis.



La *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) y la *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) son los principales patógenos que causan descarga uretral. En el abordaje sintromico de un paciente con descarga uretral, el tratamiento debe proporcionar cobertura adecuada de estos dos microorganismos. En las instituciones en las que se dispone de un laboratorio confiable, es posible identificar a cada uno de estos microorganismos e instituir el tratamiento específico.

Tratamiento sintromico recomendado

- tratamiento para gonorrea no complicada (para obtener más información, consulte la sección 3.1)

MÁS

- tratamiento para clamidia (para obtener más información, consulte la sección 3.2)

Nota

- Debe recomendarse a los pacientes que realicen una nueva consulta si los síntomas persisten a los 7 días de haber iniciado el tratamiento.

SINOPSE

Descarga uretral

Para obtener más información, consulte las secciones 3.1 y 3.2

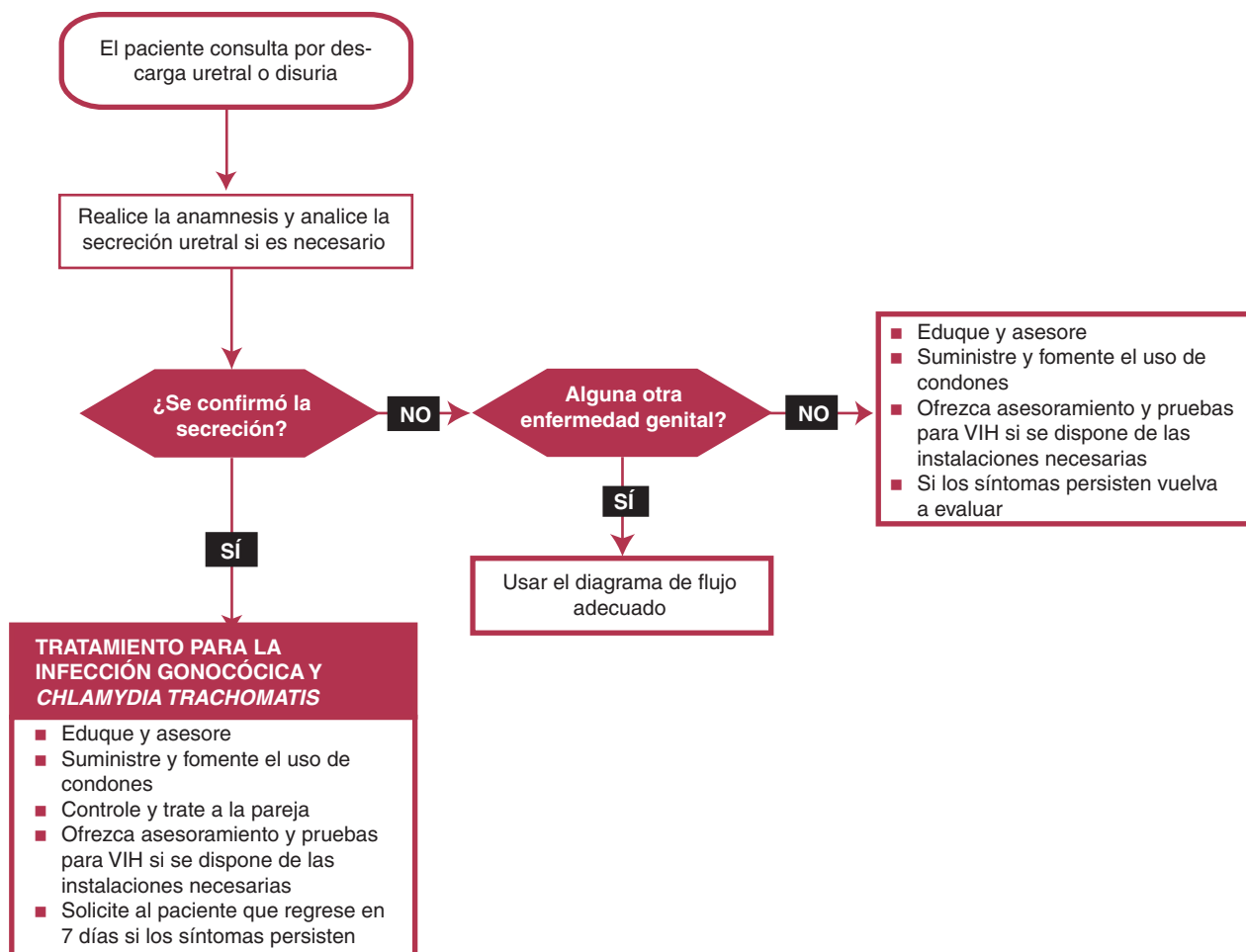
Opciones de tratamiento para gonorrea	Opciones de tratamiento para clamidiasis
Ciprofloxacina	Doxiciclin
Ceftriaxona	Azitromicina
Cefixima	
Espectinomicina	
	Alternativas
	Amoxicillina
	Eritromicina (en caso de que la tetraciclina)
	Ofloxacina
	Tetraciclina

Nota

- La OMS recomienda el uso de tratamientos con una única dosis cuando sea posible.



FIGURA 1. DESCARGA URETRAL





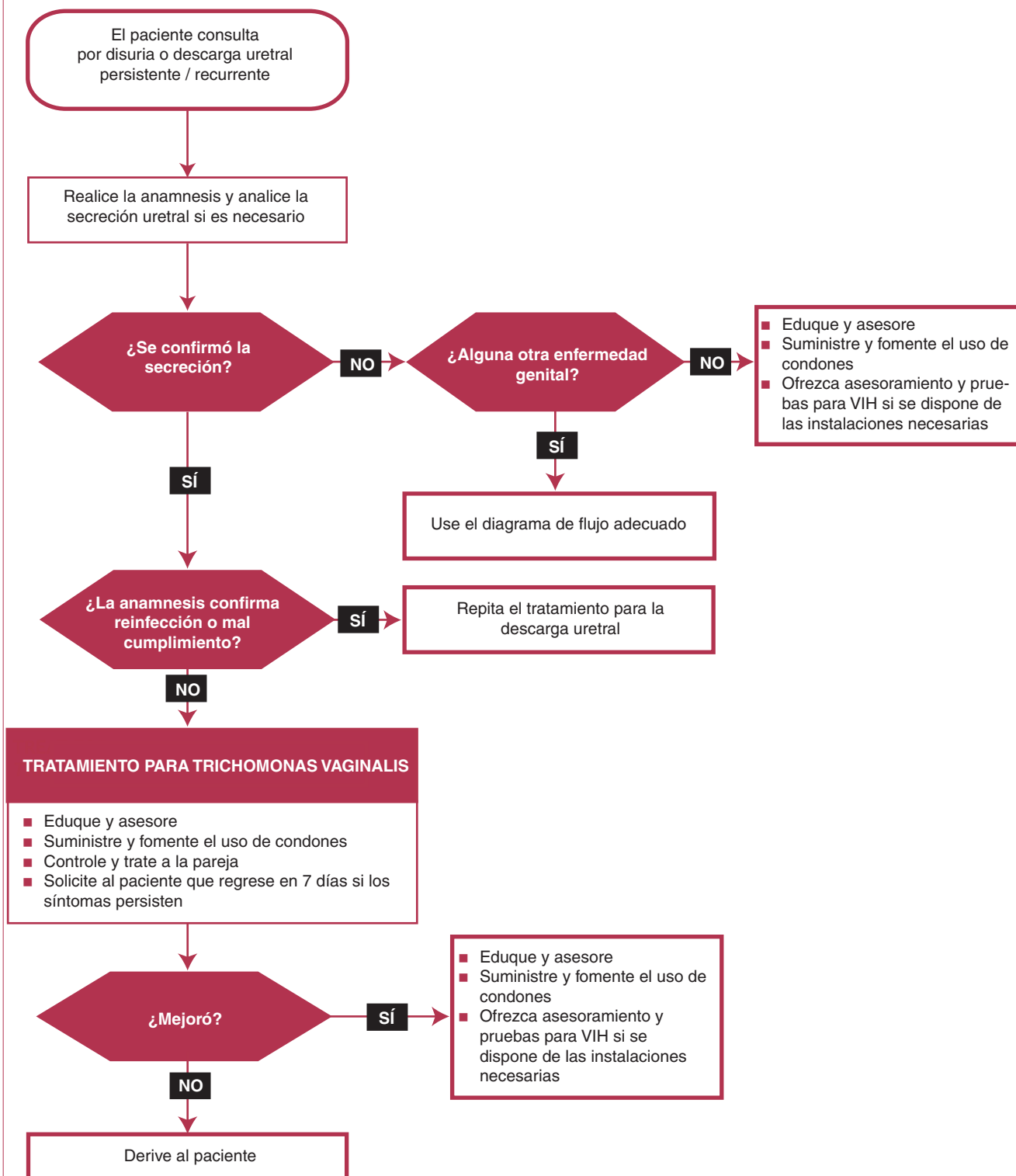
DESCARGA URETRAL PERSISTENTE O RECURRENTE

Es probable que la persistencia o recurrencia de los síntomas de uretritis se deba a la farmacoresistencia, al no cumplimiento por parte del paciente o a la reinfección. En algunos casos puede haber infección por *Trichomonas vaginalis* (*T. vaginalis*).

En algunas regiones, la nueva evidencia sugiere una alta prevalencia de *T. vaginalis* en hombres con descarga uretral. Si después del tratamiento adecuado para gonorrea y clamidia los síntomas persisten o recurren en el paciente índice y la o las parejas, se debe instaurar el tratamiento para *T. vaginalis* si el perfil epidemiológico local así lo indica. En caso de que los síntomas persistan durante el seguimiento, el paciente deberá ser derivado. Para obtener más información, consulte la sección 3.9.



FIGURA 2. DESCARGA URETRAL PERSISTENTE / RECURRENTE EN HOMBRES



Nota

- Este diagrama de flujo asume que el paciente ha recibido y cumplido con el tratamiento efectivo para gonorrea y clamidia antes de la consulta.



2.2. ÚLCERAS GENITALES

La prevalencia relativa de los agentes causantes de SUG varía considerablemente en distintos lugares del mundo y puede cambiar en forma significativa con el transcurso del tiempo. El diagnóstico clínico diferencial de las úlceras genitales es inexacto, especialmente en aquellos lugares donde es común encontrar diferentes etiologías. La presencia de una infección por VIH también puede alterar las manifestaciones clínicas y los patrones de SUG.

12

TRATAMIENTO DE LOS SÍNDROMES ASOCIADOS A LAS ITS

Después de confirmar mediante examen la presencia de ulceración genital, se debe instaurar el tratamiento adecuado según las etiologías y los patrones de sensibilidad antimicrobiana locales. Por ejemplo, en las zonas donde la sífilis y el chancroide son prevalentes en el momento de la primera consulta, los pacientes con úlceras genitales deben recibir un tratamiento que aborde ambas patologías para asegurar el tratamiento adecuado en caso de pérdida durante el seguimiento. Por la misma razón, en las regiones donde el granuloma inguinal o linfogranuloma venéreo son prevalentes, se debe incluir un tratamiento para una o ambas patologías.

Los últimos informes publicados sobre regiones de África, Asia y América Latina indican que el SUG es, con mucha frecuencia, el resultado de infecciones por VHS2. Este hecho puede afectar la eficacia del manejo sindrómico del SUG si no se tiene en cuenta el tratamiento antiviral específico para VHS2. En zonas de alta prevalencia de VIH / SIDA, la presentación clínica de estas úlceras por VHS2 no coincide con las descripciones clásicas.

El diagrama de flujo del SUG que se presenta en esta sección propone, cuando corresponda, un tratamiento específico para VHS2.

En la primera visita, el diagnóstico diferencial mediante pruebas de laboratorio raramente resulta útil, dado que las infecciones mixtas son frecuentes. En zonas de alta prevalencia de sífilis, es posible que una prueba serológica reactiva sólo sea el reflejo de una infección previa y que, por lo tanto, dé lugar a una interpretación incorrecta de la enfermedad actual del paciente, mientras que una prueba negativa no excluye necesariamente una úlcera de sífilis primaria, ya que pueden transcurrir entre 2 y 3 semanas hasta que se manifieste la seroreactividad.



ÚLCERAS GENITALES E INFECCIÓN POR VIH

Son muchos los informes anecdóticos publicados que sugieren que la historia natural de la sífilis puede estar alterada como resultado de la infección concomitante por VIH. Algunos informes han destacado presentaciones atípicas de lesiones de sífilis primaria y secundaria. Otros advierten un incremento en las tasas de fracaso al tratamiento en pacientes con sífilis temprana tratados con una dosis única de penicilina.

En el caso del chancroide, se ha reportado sobre lesiones atípicas en individuos con infección por VIH. Las lesiones tienden a ser más extensas, o pueden formarse lesiones múltiples que en ocasiones están acompañadas por manifestaciones sistémicas, como fiebre y escalofríos. Algunos médicos han observado lesiones rápidamente agresivas. Este hallazgo acentúa la necesidad de un tratamiento precoz, especialmente en individuos infectados por VIH.

La evidencia sugiere que es probable que la infección por VIH aumente las tasas de fracaso al tratamiento del chancroide, especialmente cuando se administran tratamientos con dosis única. Es necesario que se realicen más investigaciones con el objeto de confirmar estas observaciones.

En individuos inmunocomprometidos, las lesiones por herpes simplex pueden presentarse como úlceras múltiples y persistentes que requieren atención médica, en contraposición con las úlceras y vesículas autolimitadas que se observan en individuos inmunocompetentes. Por lo tanto, en dichos casos el tratamiento antiviral es especialmente importante, ya que al administrarse con fines terapéuticos o profilácticos puede dar alivio al paciente. Además, el paciente debe recibir una educación adecuada que le permita comprender la naturaleza y el objetivo del tratamiento, y que evite las falsas expectativas de curación.

Tratamiento sindrómico recomendado

- tratamiento para sífilis (para obtener más información, consulte la sección 3.4)

MÁS UNO DE LOS SIGUIENTES

- tratamiento para chancroide donde es prevalente (para obtener más información, consulte la sección 3.5)

O



- tratamiento para granuloma inguinal donde es prevalente (para obtener más información, consulte la sección 3.6)

O

- tratamiento del linfogranuloma venéreo donde es prevalente (para obtener más información, consulte la sección 3.3)

O

- tratamiento para la infección por VHS2 cuando corresponda (para obtener más información, consulte la sección 3.7)

14

RESUMEN

Síndrome de úlcera genital

Para obtener más información, consulte las secciones 3.3–3.7

Medicamentos para				
sífilis	chancroide	granuloma inguinal	linfogranuloma venéreo	herpes genital
Benzilpenicilina	Ciprofloxacina	Azitromicina	Doxiciclina	Aciclovir
benzatina	Eritromicina	Doxiciclina	Eritromicina	valaciclovir
	Azitromicina			famciclovir
Alternativas				
Benzilpenicilina	Ceftriaxone	Eritromicina	Tetraciclina	
procaína		Tetraciclina		
		Trimetoprim/ sulfametoxazol		
Alergia a la penicilina y no gestante				
		Doxiciclina		
		Tetraciclina		

Nota

- La decisión sobre el tratamiento del chancroide, granuloma inguinal o linfogranuloma venéreo dependerá del perfil epidemiológico local de las infecciones.
- Se recomienda el tratamiento específico del herpes genital por sus beneficios clínicos para la mayoría de los pacientes sintomáticos. La consejería y la educación para la salud en relación con la naturaleza recidivante de las lesiones por herpes genital, la historia natural, la transmisión sexual, la probable



transmisión perinatal de la infección y los métodos disponibles para reducir la transmisión son todos parte integral del tratamiento del herpes genital (consulte la sección 3.7).

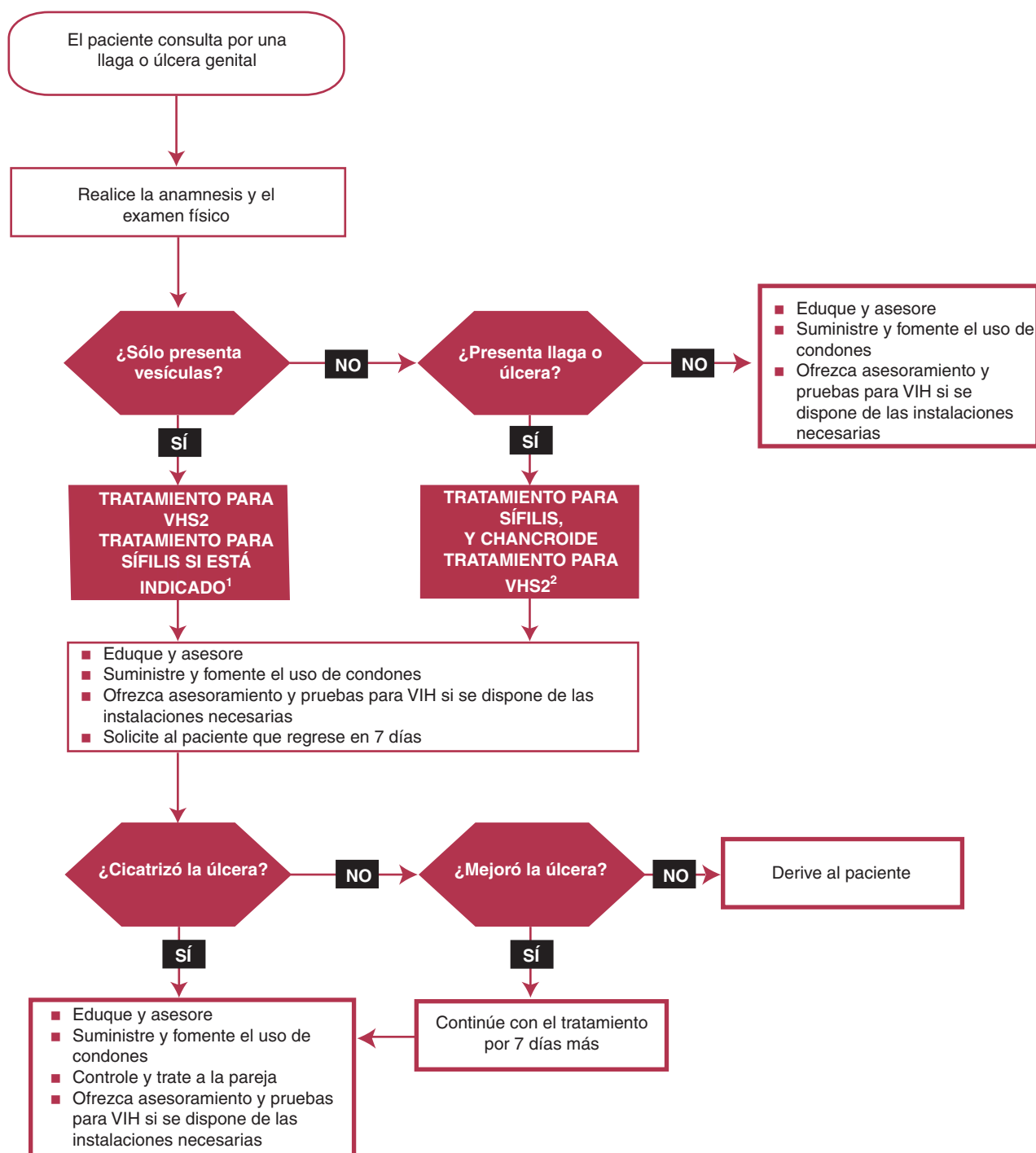
Tratamiento del síndrome de úlcera genital	Tratamiento del herpes simplex
■ Instaure el tratamiento para la sífilis y, según el perfil epidemiológico local, el chancroide, el granuloma inguinal o el linfogranuloma venéreo ■ Realice punción por aspiración de todos los ganglios fluctuantes (evite las incisiones quirúrgicas) ■ Eduque y asesore sobre la reducción del riesgo ■ Ofrezca pruebas serológicas para sífilis y VIH cuando existan las instalaciones necesarias y consejería cuando se disponga del mismo ■ Constate si la lesión no se curó por completo a los 7 días ■ Suministre y fomente el uso de condones	■ Brinde consejería sobre el cuidado básico de la lesión (manténgala limpia y seca) ■ Proporcione o prescriba tratamiento antiviral específico para herpes según la política local ■ Eduque y asesore sobre el cumplimiento, la reducción del riesgo y la historia natural de la infección por VHS2 ■ Ofrezca pruebas serológicas para sífilis y VIH cuando existan las instalaciones necesarias y consejería cuando se disponga del mismo ■ Suministre y fomente el uso de condones ■ Recomiende al paciente que regrese en 7 días si la lesión no se ha curado por completo y antes de esa fecha si empeora clínicamente, en cuyo caso deberá instaurar un tratamiento para otras causas de SUG, conforme a las guías



FIGURA 3. ÚLCERAS GENITALES

16

TRATAMIENTO DE LOS SÍNDROMES ASOCIADOS A LAS ITS



¹ Indicaciones para el tratamiento de la sífilis:

- Serología reagínica (RPR) positiva y
- El paciente no recibió tratamiento para sífilis en los últimos días.

² Instaure el tratamiento para VHS2 en los casos en que la prevalencia sea del 30% como mínimo, o adáptelo a las condiciones locales.



BUBÓN INGUINAL

Los bubones inguinales y femorales son el aumento de tamaño localizado de los ganglios linfáticos inguinales, que son dolorosas y pueden ser fluctuantes. Suelen estar asociadas con el linfogranuloma venéreo y el chancroide. En muchos casos de chancroide, se observa una úlcera genital asociada. Las infecciones locales y sistémicas no transmitidas sexualmente (por ejemplo, las infecciones del miembro inferior o linfadenopatía tuberculosa) también pueden causar la hinchazón de los ganglios linfáticos inguinales.

Manejo sintomático recomendado

- ciprofloxacina, 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 3 días
- Y
- doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 14 días
- O
- eritromicina, 500 mg por vía oral, cuatro veces al día durante 14 días

Nota

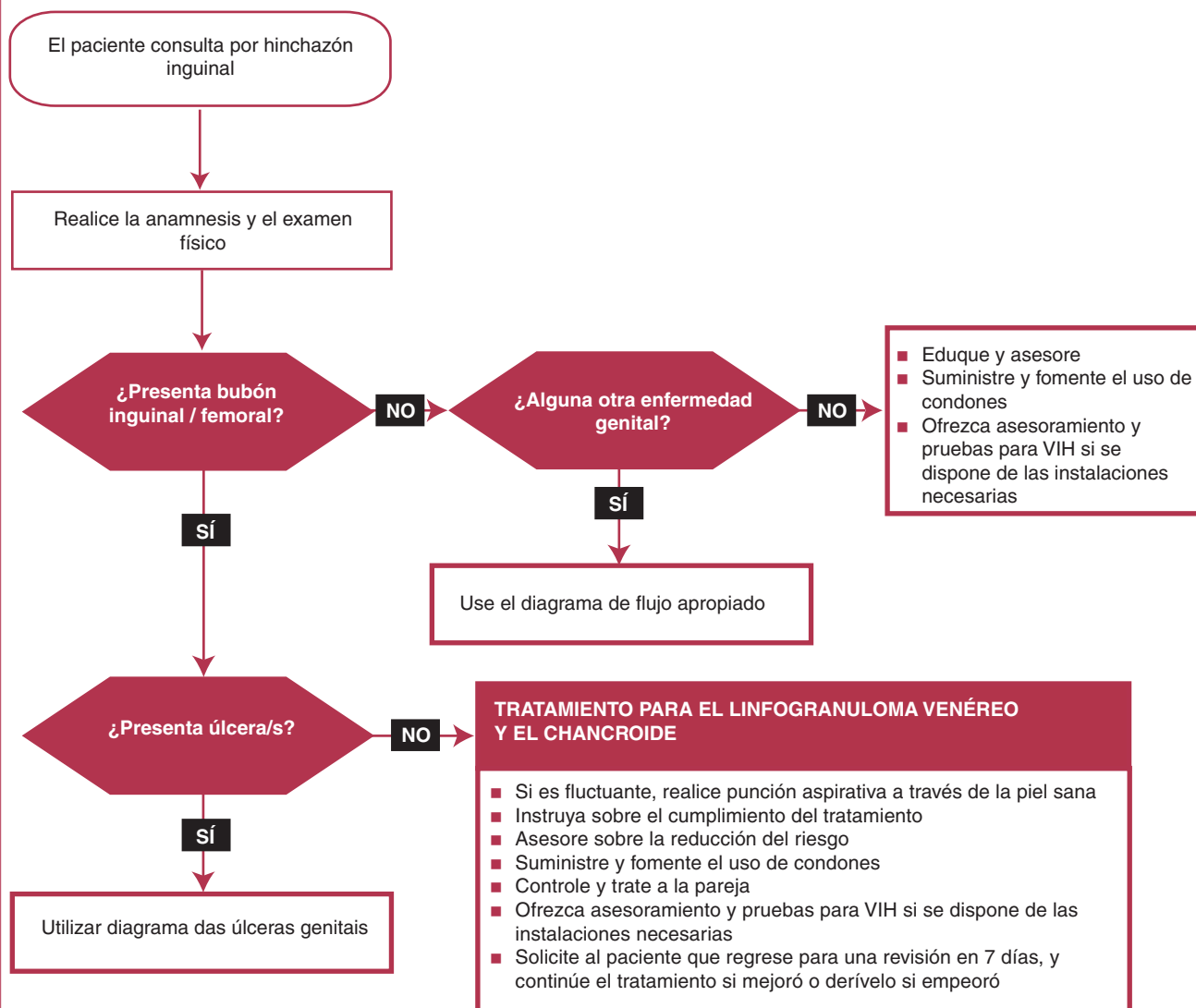
- En algunos casos, el tratamiento puede ser más prolongado que el que aquí se recomienda, de 14 días. Se debe realizar una punción aspirativa de los ganglios linfáticos fluctuantes, a través de la piel sana. La incisión y drenaje o la escisión de los ganglios linfáticos pueden retardar la cicatrización, por lo que no se deben realizar dichos procedimientos. En los casos dudosos o cuando fracase el tratamiento, se aconseja derivar para una biopsia diagnóstica.



FIGURA 4. BUBÓN INGUINAL

18

TRATAMIENTO DE LOS SÍNDROMES ASOCIADOS A LAS ITS





2.3. INFLAMACIÓN ESCROTAL

La inflamación del epidídimo (epididimitis) se manifiesta habitualmente por dolor e hinchazón testicular unilateral de comienzo agudo, frecuentemente acompañada de dolor con la palpación del epidídimo y el conducto deferente, y en ocasiones con eritema y edema de la piel suprayacente. Los microorganismos transmitidos sexualmente son la causa más frecuente de este trastorno en los hombres de hasta 35 años de edad, en comparación con los hombres de más de 35 años. Cuando la descarga uretral es concomitante con la epididimitis, el origen probablemente esté relacionado con un patógeno transmitido sexualmente, generalmente *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis*. Los testículos adyacentes también suelen estar inflamados (orquitis), lo que origina una orquiepididimitis.

En hombres de mayor edad, en quienes una infección de transmisión sexual es pocoprobable, el origen puede estar relacionado con otras infecciones generales, como, porejemplo, la infección por *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.* o *Pseudomonas aeruginosa*. La orquistuberculosa, acompañada generalmente por epididimitis, es siempre secundaria a lesiones en otras localizaciones, especialmente pulmonares y óseas. En la brucelosis, generalmente causada por *Brucella melitensis* o *Brucella abortus*, la orquitis suele ser clínicamente más evidente que la epididimitis.

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

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

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

Manejo sintomático recomendado

- tratamiento para la gonorrea no complicada (para obtener más información, consulte la sección 3.1)



MÁS

- tratamiento para clamidia (para obtener más información, consulte la sección 3.2)

RESUMEN

Inflamación escrotal

Para obtener más información, consulte las secciones 3.1 y 3.2

Opciones de tratamiento para gonorrea

Ciprofloxacina

Ceftriaxona

Espectinomicona

Cefixime

Opciones de tratamiento para clamidiasis

Doxiciclina

Azitromicina

Alternativas

Amoxicilina

Ofloxacina

Eritromicina (si está contraindicada la tetraciclina)

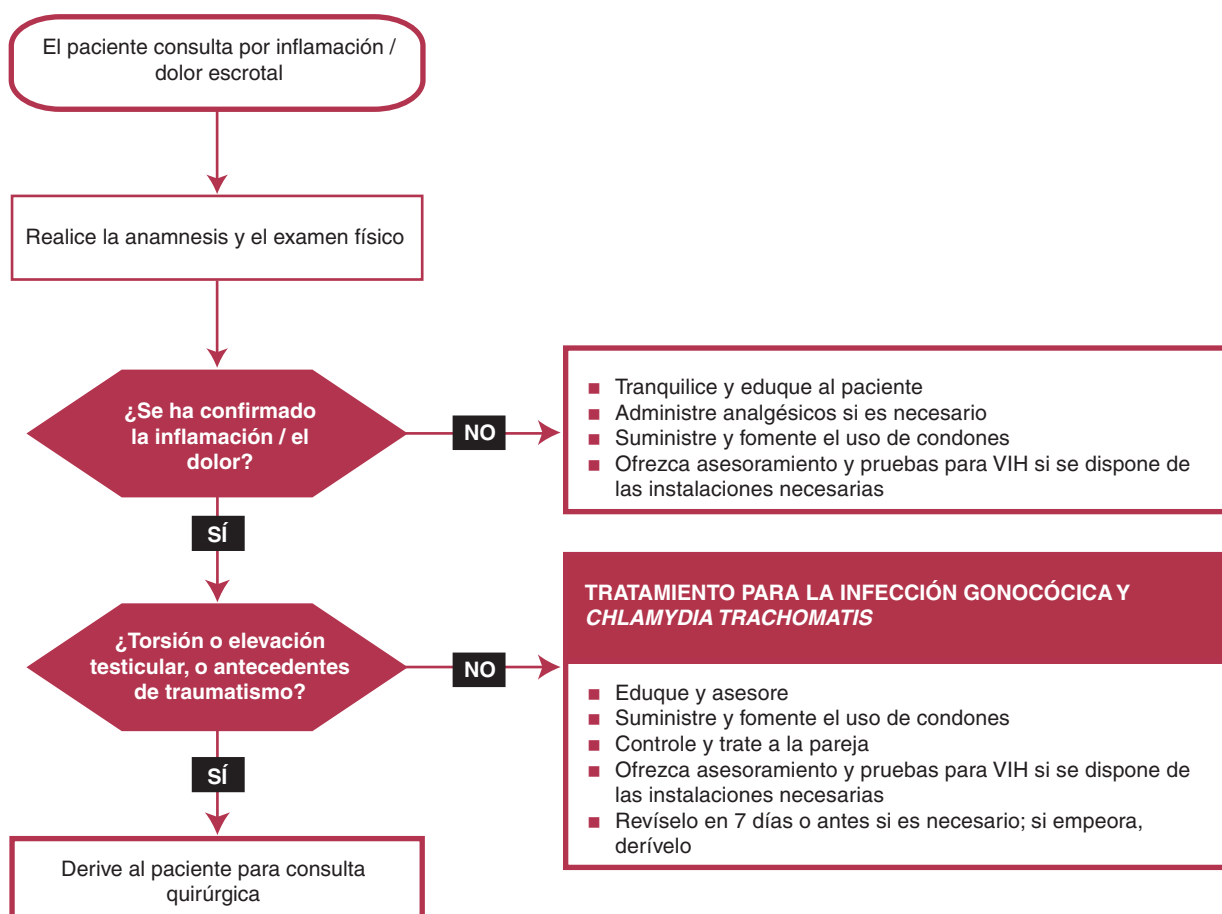
Tetraciclina

Complementos del tratamiento

Reposo en cama y uso de un soporte escrotal hasta que disminuyan la inflamación local y la fiebre.



FIGURA 5. INFLAMACIÓN ESCROTAL





2.4. FLUJO VAGINAL

22

TRATAMIENTO DE LOS SÍNDROMES ASOCIADOS A LAS ITS

Una queja espontánea por flujo vaginal anormal (en cuanto a cantidad, color y olor) frecuentemente se debe a una infección vaginal. En casos excepcionales, puede estar causada por cervicitis mucopurulenta asociada a una ITS. Las causas más comunes de infección vaginal son *T. vaginalis*, *C. albicans* y la vaginosis bacteriana (VB). La *N. gonorrhoeae* y la *C. trachomatis* causan infección cervical. La detección clínica de una infección cervical es difícil debido a que en una gran cantidad de mujeres la infección cervical gonocócica o por clamidiasis es asintomática. El síntoma de flujo vaginal anormal es altamente indicativo de infección vaginal, aunque es un mal predictor de infección cervical. Por lo tanto, todas las mujeres que presentan flujo vaginal deberían recibir tratamiento para trichomoniasis y vaginosis bacteriana.

Entre las mujeres con flujo anormal, se podría intentar identificar a aquellas que presentan mayores probabilidades de estar infectadas por *N. gonorrhoeae* y/o *C. trachomatis*. Por lo tanto, podría ser útil realizar una evaluación del nivel de riesgo de la mujer para identificar a aquellas con mayor riesgo, especialmente cuando los factores de riesgo se adaptan a la situación local. Dado que la microscopía exige una capacitación especial, demanda mucho tiempo y no aporta demasiada información en relación con el tiempo y los recursos necesarios, en general esta técnica no se recomienda a nivel de la atención primaria de la salud. Sin embargo, en aquellos lugares donde se puede realizar una tinción de Gram de manera eficiente, como una clínica de referencia, puede intentarse la identificación de diplococos Gram negativos intracelulares y/o de *T. vaginalis*.

Para tomar la decisión de instaurar el tratamiento para la infección cervical, es importante conocer cuál es la prevalencia local de la *N. gonorrhoeae* y/o la *C. trachomatis* en mujeres que presentan flujo vaginal. Cuanto mayor sea la prevalencia, mayor será la justificación para comenzar un tratamiento. Las mujeres con una evaluación de riesgo positiva tienen más posibilidades de desarrollar una infección cervical que aquellas con riesgo negativo. Por lo tanto, se debe ofrecer tratamiento para la cervicitis gonocócica y por clamidia a mujeres con secreción vaginal y evaluación de riesgo positiva.

Cuando se dispone de los recursos necesarios, se debe tener en cuenta el uso de pruebas de laboratorio para tamizar a mujeres con flujo vaginal. Dicho tamizaje



podría aplicarse a todas las mujeres con flujo anormal o, de manera selectiva, a aquellas con flujo anormal y evaluación de riesgo positiva.

En algunos países, los diagramas de flujo del manejo sindrómico se han utilizado como una herramienta de tamizaje para la detección de infección cervical en mujeres sin motivo de consulta por problema genital (por ejemplo, en consultas de planificación familiar). Aunque estos diagramas pueden ayudar a detectar algunas mujeres con infecciones cervicales, es probable que conlleve el riesgo de un sobrediagnóstico.

INFECCIÓN CERVICAL

Manejo sindrómico recomendado

- tratamiento para la gonorrea no complicada (para obtener más información, consulte la sección 3.1)

MÁS

- tratamiento para clamidiasis (para obtener más información, consulte la sección 3.2)

RESUMEN

Infección cervical

Para obtener más información, consulte las secciones 3.1 y 3.2

Opciones de tratamiento para gonorrea	Opciones de tratamiento para la clamidiasis
Ciprofloxacina	Doxiciclina
Ceftriaxona	Azitromicina
Cefixima	
Espectinomicina	
	Alternativas
	Amoxicilina
	Ofloxacina
	Eritromicina (si está contraindicada la tetraciclina)
	Tetraciclina

Nota

- Las tetraciclinas están contraindicadas en el embarazo.



INFECCIÓN VAGINAL

Manejo sintromico recomendado

- tratamiento para *T. vaginalis* (para obtener más información, consulte la sección 3.9)

MÁS

- tratamiento para vaginosis bacteriana (para obtener más información, consulte la sección 3.10)

Y, CUANDO CORRESPONDA,

- tratamiento para *C. albicans* (para obtener más información, consulte la sección 3.11)

RESUMEN

Infección vaginal

Para obtener más información, consulte las secciones 3.9 a 3.11

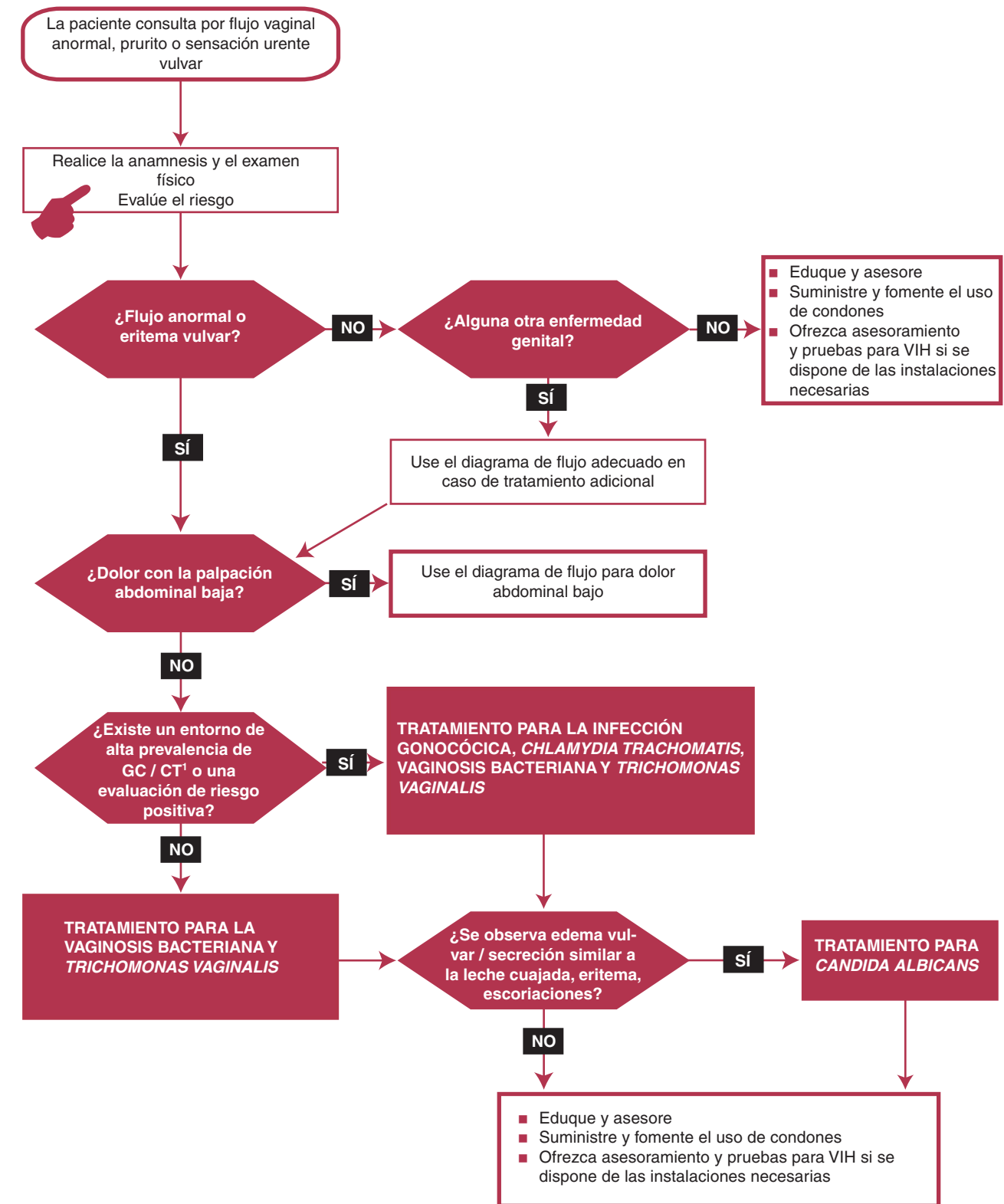
Medicamentos para vaginosis bacteriana	Medicamentos para <i>T. vaginalis</i>	Medicamentos para la candida
Metronidazol	Metronidazol	Miconazol
	Tinidazol	Clotrimazol
		Fluconazol
Alternativas		Alternativa
Clindamicina		Nistatina
Metronidazol en gel		
Clindamicina, crema vaginal		

Nota

- Se debe advertir a los pacientes que reciben metronidazol que eviten el consumo de alcohol.
- No se recomienda el uso de metronidazol en el primer trimestre de gestación a menos que los beneficios superen los riesgos potenciales.



FIGURA 6. FLUJO VAGINAL



Los factores de riesgo deben adaptarse a la situación social, conductual y epidemiológica de la región específica.

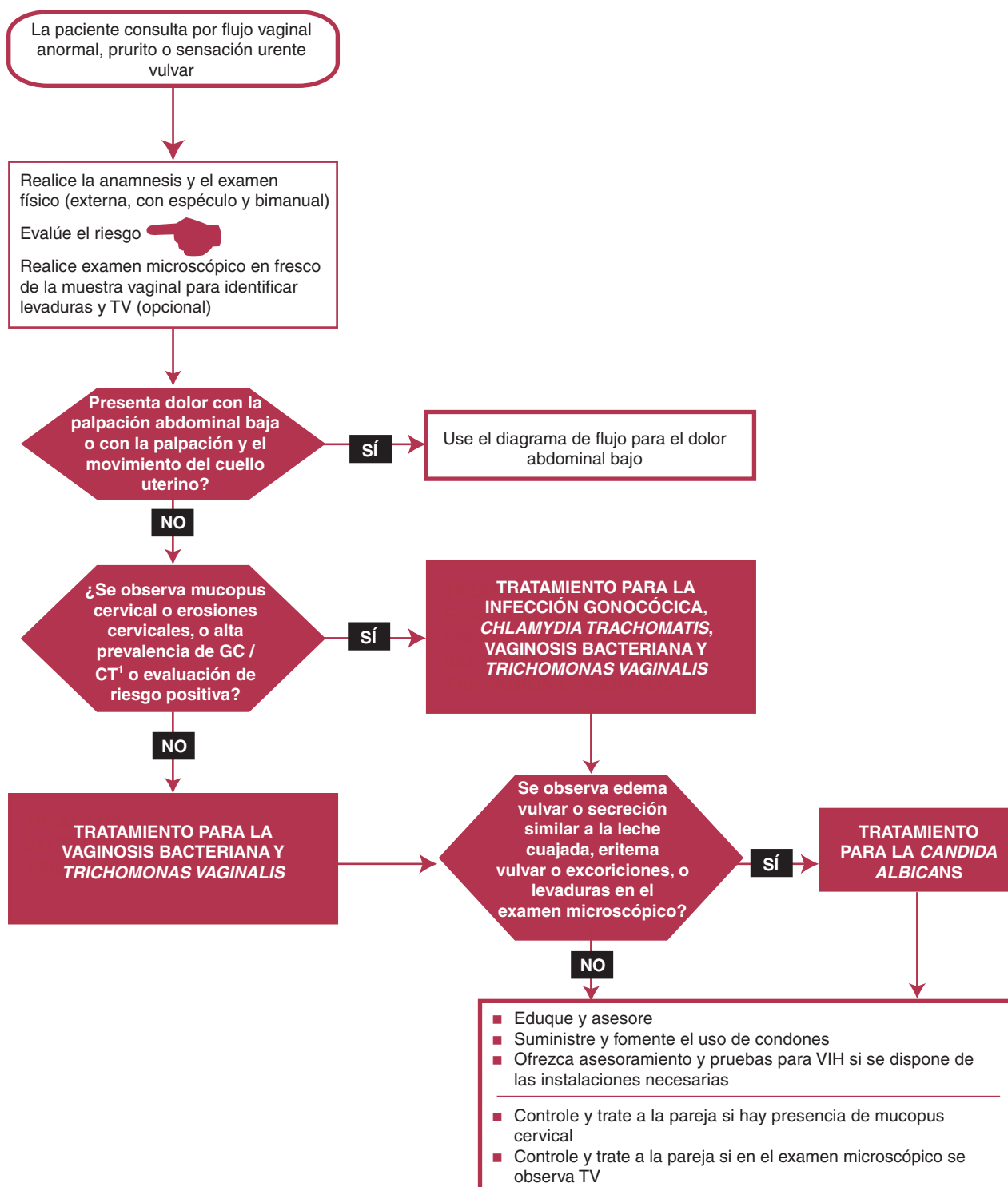
¹ A nivel local, es necesario determinar los niveles de alta prevalencia.



FIGURA 7. FLUJO VAGINAL: EXAMEN BIMANUAL Y CON ESPÉCULO, CON O SIN MICROSCOPIO

26

TRATAMIENTO DE LOS SÍNDROMES ASOCIADOS A LAS ITS

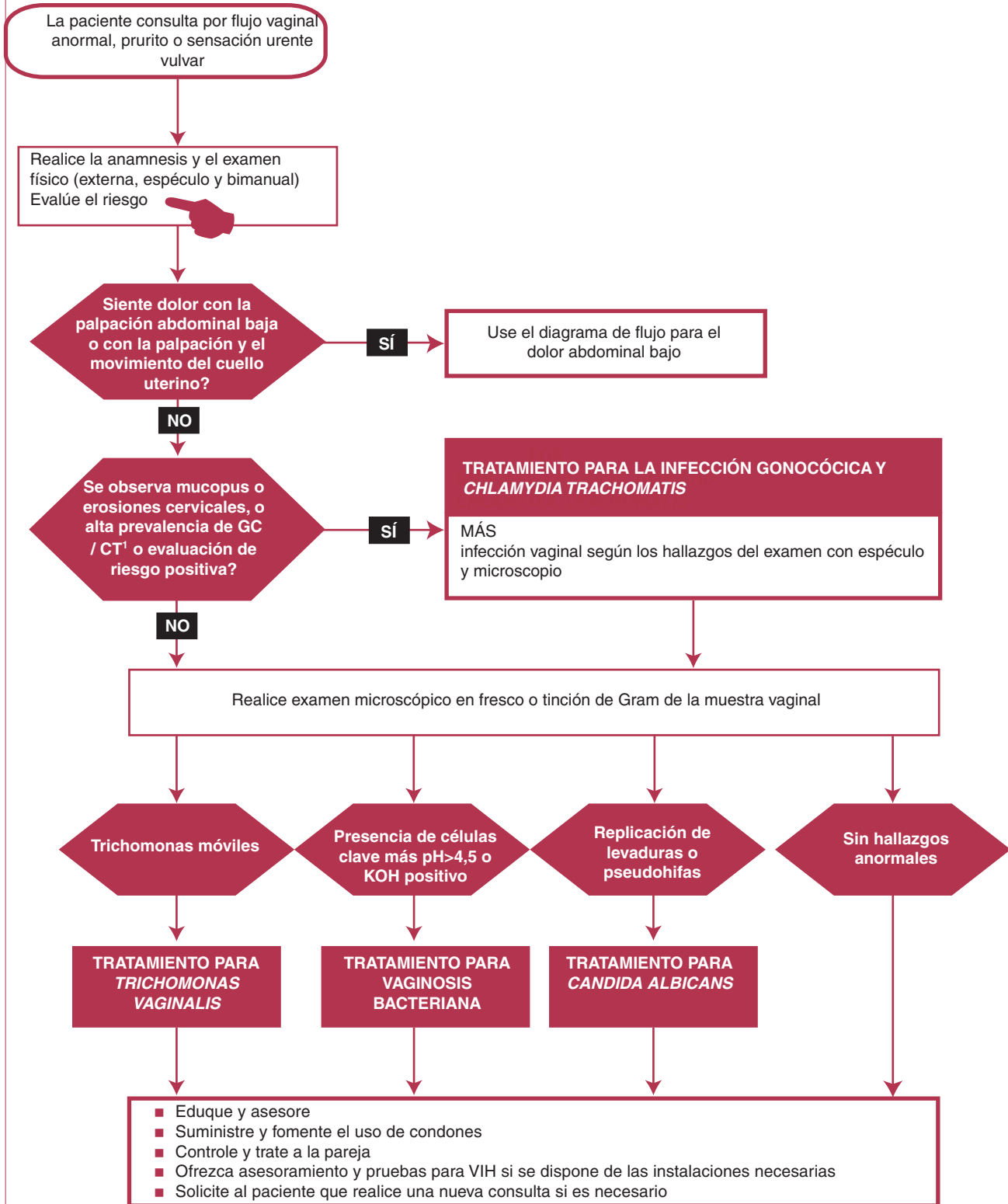


Los factores de riesgo deben adaptarse a la situación social, conductual y epidemiológica de la región específica.

¹ A nivel local, es necesario determinar los niveles de alta prevalencia.



FIGURA 8. FLUJO VAGINAL: EXAMEN BIMANUAL, CON ESPÉCULO Y CON MICROSCOPIO



Los factores de riesgo deben adaptarse a la situación social, conductual y epidemiológica de la región específica.

¹ A nivel local, es necesario determinar los niveles de alta prevalencia.



2.5. DOLOR ABDOMINAL BAJO

28

TRATAMIENTO DE LOS SÍNDROMES ASOCIADOS A LAS ITS

Se debe realizar una evaluación cuidadosa a todas las mujeres sexualmente activas que presentan dolor abdominal bajo con el objeto de detectar la presencia de salpingitis o endometritis -elementos de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Además, se debe efectuar un examen bimanual y abdominal de rutina a todas las mujeres en quienes se sospecha la presencia de una ITS, ya que algunas pacientes con EPI o endometritis no consultarán por dolor abdominal bajo. Las mujeres con endometritis pueden presentar flujo vaginal, hemorragia o dolor a la palpación uterina en el examen pélvico. Los síntomas que sugieren presencia de EPI incluyen dolor abdominal, dispareunia, flujo vaginal, menometrorragia, disuria, fiebre y en ocasiones náuseas y vómitos.

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

Debe considerarse la hospitalización de las pacientes con EPI aguda cuando:

- el diagnóstico es incierto;
- no pueden excluirse emergencias quirúrgicas como la apendicitis o el embarazo ectópico;
- se sospecha la presencia de un absceso pélvico;
- la gravedad de la enfermedad excluye el tratamiento ambulatorio;
- la paciente está gestando;
- la paciente no puede cumplir o tolerar un régimen terapéutico ambulatorio;
-
- la paciente no respondió al tratamiento ambulatorio.

Los agentes etiológicos incluyen *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, bacterias anaerobias (*Bacteroides* spp. y cocos grampositivos). También incluyen bacilos gramnegativos facultativos y *Mycoplasma hominis*. Dado que la diferenciación de estos agentes es clínicamente imposible y el diagnóstico microbiológico preciso es difícil, el régimen



de tratamiento debe ser efectivo para este amplio rango de agentes patógenos. El régimen recomendado que se presenta a continuación se basa en este principio.

TRATAMIENTO AMBULATORIO

Manejo sintomático recomendado

- tratamiento con dosis única para la gonorrea no complicada (consulte la sección 3.1. La dosis única de ceftriaxona ha demostrado ser efectiva; otros regímenes con dosis única no han sido evaluados formalmente como tratamientos para la EPI)

MÁS

- doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día, o tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días

MÁS

- metronidazol, 400 a 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 14 días

Nota

- Se debe advertir a los pacientes que toman metronidazol que eviten el consumo de alcohol.
- Las tetraciclinas están contraindicadas en el embarazo.

Complementos del tratamiento: extracción del dispositivo intrauterino (DIU)

Si la EPI se presenta en pacientes que tienen un DIU, la EPI se debe tratar con los antibióticos adecuados. No existe evidencia de que la extracción del DIU ofrezca algún beneficio adicional.^{2,3,4} Por tanto, si la paciente desea continuar usándolo, no es necesario extraerlo. Si no desea conservarlo, se recomienda la extracción del DIU después de comenzar el tratamiento antimicrobiano. Cuando se extrae el DIU, es necesario brindar consejería sobre anticoncepción.

Seguimiento

Las pacientes ambulatorias con EPI deben controlarse durante 72 horas y es necesario hospitalizarlas cuando no mejoran.

² Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception*, 1981. 24(2):137-143.

³ Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Ann Med*, 1989. 21(1):63-65.

⁴ Larsson B, Wennergren M. Investigation of a copper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1977. 15(2):143-149.

**TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO****Opciones de tratamiento sintrómico que se recomiendan para la EPI**

1. Ceftriaxona 250 mg por vía intramuscular, una vez al día.

MÁS

- doxiciclina, 100 mg por vía oral o por inyección intravenosa, dos veces al día, o tetraciclina, 500 mg por vía oral 4 veces al día

MÁS

- metronidazol, 400 a 500 mg por vía oral o por inyección intravenosa, dos veces al día, o cloranfenicol, 500 mg por vía oral o por inyección intravenosa, 4 veces al día
2. Clindamicina, 900 mg por inyección intravenosa, cada 8 horas.

MÁS

- gentamicina, 1,5 mg / kg por inyección intravenosa cada 8 horas
3. Ciprofloxacina, 500 mg por vía oral, dos veces al día, o espectinomicina 1 g por vía intramuscular, 4 veces al día.

MÁS

- doxiciclina, 100 mg por vía oral o por inyección intravenosa, dos veces al día, o tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día

MÁS

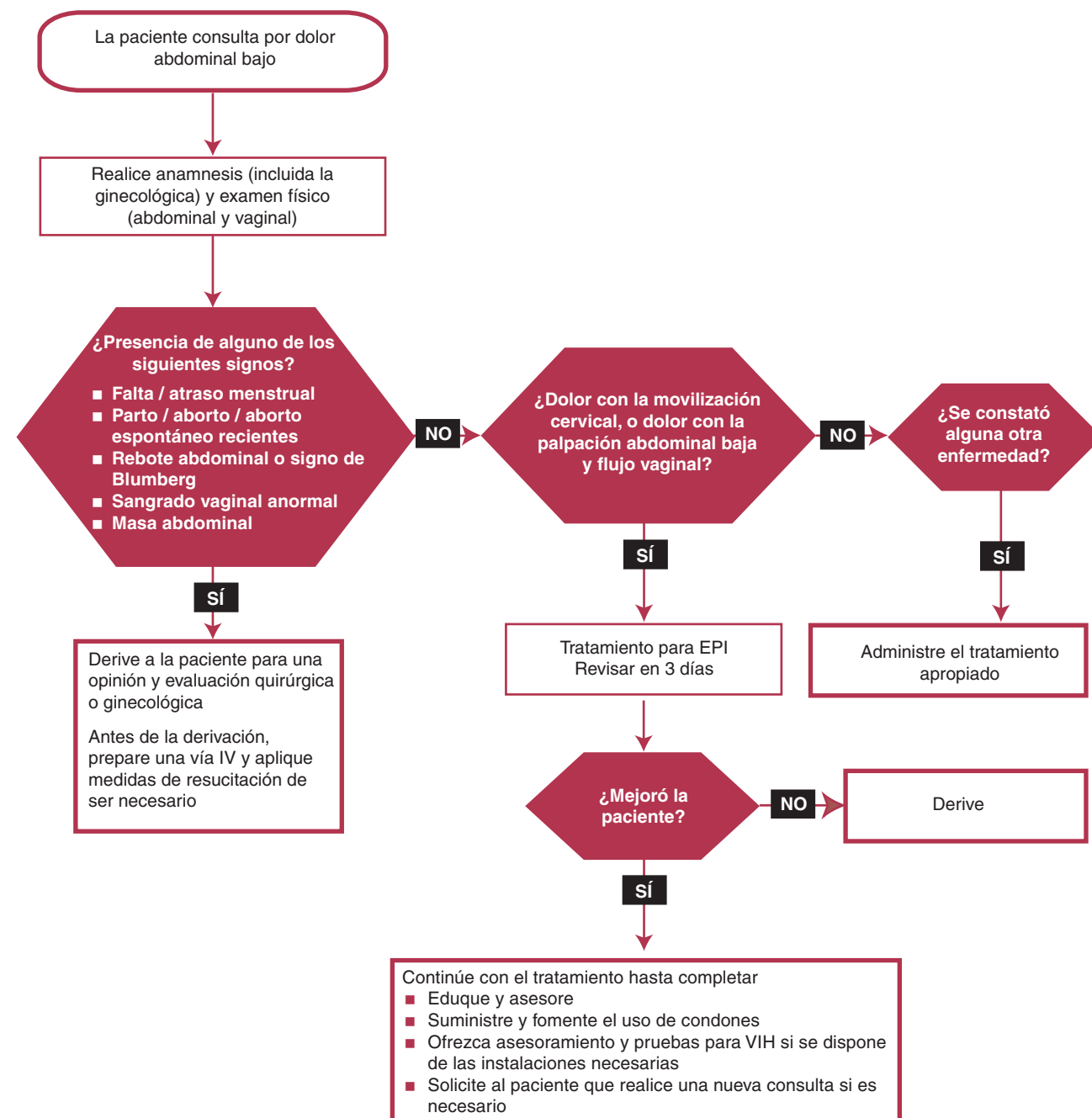
- metronidazol, 400 a 500 mg por vía oral o por inyección intravenosa, dos veces al día, o cloranfenicol, 500 mg por vía oral o por inyección intravenosa, 4 veces al día

Nota

- Para los tres regímenes, el tratamiento debe continuarse hasta por lo menos dos días después que la paciente haya mejorado y luego continuar con doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 14 días, o tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 14 días.
- Se debe advertir a las pacientes que toman metronidazol que eviten el consumo de alcohol.
- Las tetraciclinas están contraindicadas en el embarazo.



FIGURA 9. DOLOR ABDOMINAL BAJO





2.6. CONJUNTIVITIS NEONATAL

La conjuntivitis neonatal (oftalmia neonatal) puede provocar ceguera cuando la causa es *N. gonorrhoeae* y se retarda el tratamiento. *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* son los agentes patógenos de transmisión sexual más importantes como causa de oftalmia neonatal. En los países en vías de desarrollo, *N. gonorrhoeae* es responsable entre el 20% y el 75% y *C. trachomatis* entre el 15 y el 35% de los casos que se presentan para la atención médica. Otras causas comunes son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus spp.* y *Pseudomonas spp.* Los recién nacidos son llevados a la consulta médica generalmente por enrojecimiento e inflamación de párpados u “ojos pegados”, o por la presencia de secreción en uno o ambos ojos.

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

RESUMEN

Conjuntivitis neonatal

Para obtener más información, consulte las secciones 3.1 y 3.2

Opciones de tratamiento para gonorrea

Ceftriaxona

Alternativas

Kanamycina

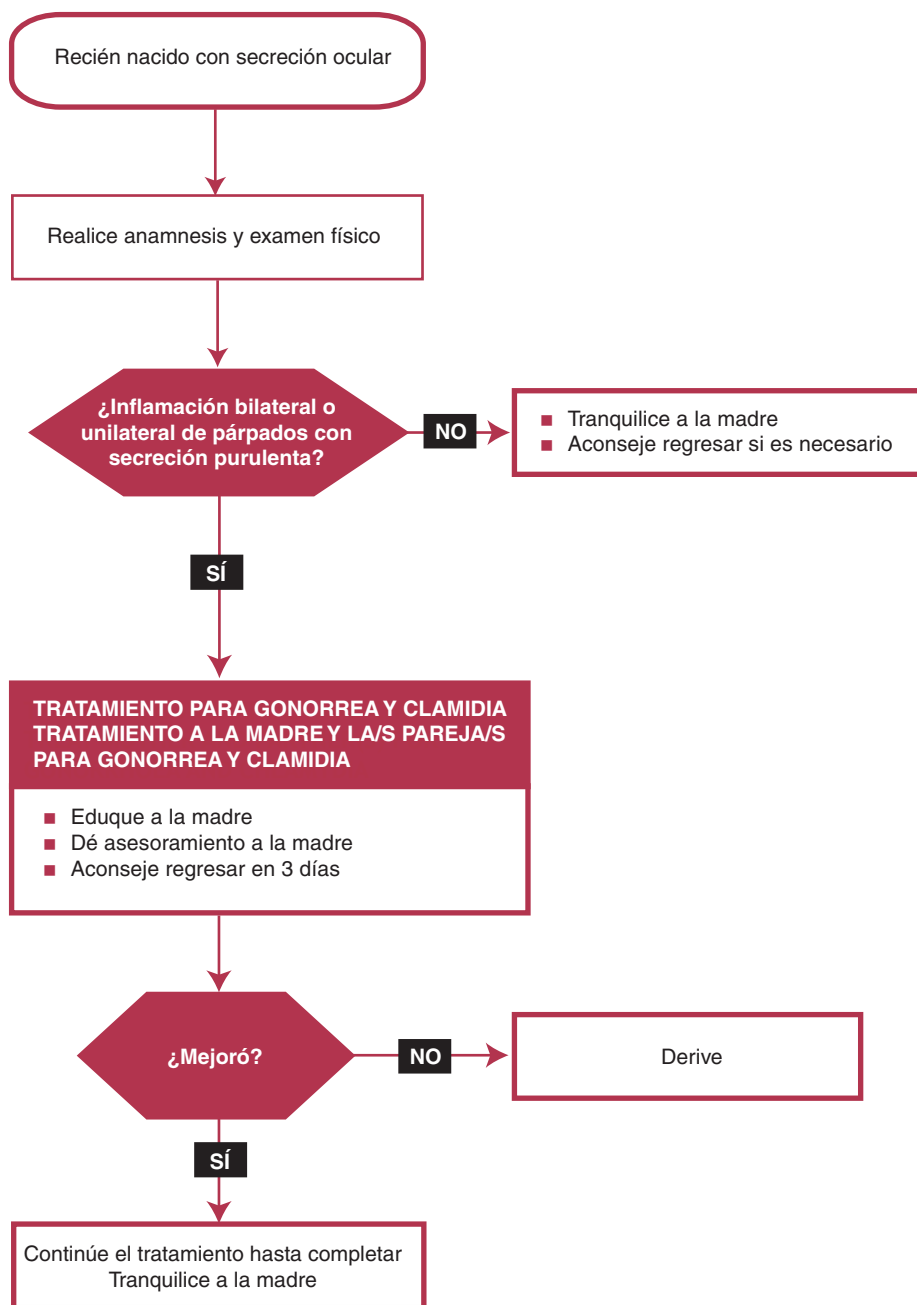
Espectinomicina

Opciones de tratamiento para clamidiasis

Eritromicina



FIGURA 10. CONJUNTIVITIS NEONATAL





3. TRATAMIENTO DE INFECCIONES ESPECÍFICAS

3.1. INFECCIONES GONOCÓCICAS

34

TRATAMIENTO DE INFECCIONES ESPECÍFICAS

Una gran proporción de los gonococos aislados en todo el mundo han desarrollado resistencia a las penicilinas, tetraciclinas y otros agentes antimicrobianos tradicionales. Por tanto, estos fármacos no se pueden recomendar para el tratamiento de la gonorrea.

Es importante monitorizar la susceptibilidad local *in vitro* y la eficacia clínica del régimen recomendado.

En general, se recomienda la administración de un tratamiento concomitante contra la clamidia a todos los pacientes con gonorrea, tal como se describe en la sección 3.2, debido a que la coinfección es frecuente. Esta recomendación no se aplica a los pacientes en quienes se ha excluido el diagnóstico específico de *C. trachomatis* mediante una prueba de laboratorio.

INFECCIÓN ANOGENITAL NO COMPLICADA

Régimen recomendado

- ciprofloxacina, 500 mg por vía oral, como dosis única
-
- ceftriaxona, 125 mg por vía intramuscular, como dosis única
-
- cefixima, 400 mg por vía oral, como dosis única
-
- espectinomicina, 2 g por vía intramuscular, como dosis única

Nota

- La ciprofloxacina está contraindicada en el embarazo y su uso no se recomienda en niños y adolescentes.



- Existen variaciones en la actividad antigonocócica de las quinolonas individuales y es conveniente utilizar sólo las más efectivas.

INFECCIÓN GONOCÓCICA DISEMINADA

Régimen recomendado

- ceftriaxona, 1 g por vía intramuscular o endovenosa, una vez al día durante 7 días (quizás sea necesario administrar cefalosporinas de tercera generación como alternativa terapéutica cuando no se dispone de ceftriaxona, aunque la administración deberá ser más frecuente)

O

- espectinomicina, 2 g por vía intramuscular, dos veces al día durante 7 días. Los reportes sugieren que un tratamiento de 3 días es adecuado

Nota

- Para la meningitis y la endocarditis gonocócicas se administran las mismas dosis pero la duración del tratamiento para la endocarditis debe prolongarse a 4 semanas.

OFTALMIA GONOCÓCICA

La conjuntivitis gonocócica es una grave enfermedad que exige tratamiento sistémico, tanto como irrigación local con solución salina u otras soluciones apropiadas. La irrigación es especialmente importante cuando no se dispone del régimen terapéutico recomendado. Es muy importante el lavado de manos del personal responsable de los pacientes infectados.

A. Conjuntivitis gonocócica del adulto

Régimen recomendado

- ceftriaxona, 125 mg por vía intramuscular, como dosis única

O

- espectinomicina, 2 g por vía intramuscular, como dosis única

O

- ciprofloxacina, 500 mg por vía oral, como dosis única

**Nota**

- Es probable que este régimen sea efectivo a pesar de la falta de datos publicados sobre su uso en la oftalmia gonocócica.

Régimen alternativo cuando no se dispone de los agentes recomendados

- kanamicina, 2 g por vía intramuscular, como dosis única.

Seguimiento

36 Es importante la supervisión cuidadosa de la evolución clínica.

B. Conjuntivitis gonocócica neonatal**Régimen recomendado**

- ceftriaxona, 50 mg / kg por vía intramuscular, como dosis única, hasta un máximo de 125mg

Régimen alternativo cuando no se dispone de ceftriaxona

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

O

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

Nota

- Las dosis únicas de ceftriaxona y kanamicina son de probada eficacia. No se ha documentado el beneficio de la administración concomitante de la tetraciclina como ungüento oftálmico.

Seguimiento

Los pacientes deben ser reevaluados a las 48 horas.

Prevención de la oftalmia neonatal

La prevención de la oftalmia neonatal gonocócica se basa en la profilaxis oftálmica oportuna. Debe realizarse una limpieza cuidadosa de los ojos del recién nacido inmediatamente después del parto. Se recomienda aplicar solución de nitrato de plata al 1% o un ungüento de tetraciclina al 1% en los ojos de todos los recién nacidos



en el momento del nacimiento como medida profiláctica. Sin embargo, la profilaxis ocular brinda una protección deficiente contra la conjuntivitis por *C. trachomatis*. Los recién nacidos de madres con infección gonocócica debe recibir tratamiento adicional.

Régimen recomendado para recién nacidos de madres con infección gonocócica

- ceftriaxona, 50 mg / kg por vía intramuscular, como dosis única, hasta un máximo de 125 mg

Régimen alternativo cuando no se dispone de ceftriaxona

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

O

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

3.2. INFECCIONES POR *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* (A EXCEPCIÓN DEL LINFOGRANULOMA VENÉREO)

INFECCIÓN ANOGENITAL NO COMPLICADA

Régimen recomendado

- doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días

O

- azitromicina, 1 g por vía oral, como dosis única

Régimen alternativo

- amoxicilina, 500 mg por vía oral, 3 veces al día durante 7 días

O

- eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días

O

- ofloxacina, 300 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días

O

- tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días



Nota

- La doxiciclina y otras tetraciclinas están contraindicadas en el embarazo y la lactancia.
- La evidencia actual sugiere que el tratamiento con 1 g de azitromicina como dosis única es eficaz contra la infección por clamidia.
- La evidencia indica que la prolongación del tratamiento más allá de los 7 días no implica una mejoría en la tasa de curación de la infección por clamidia no complicada.
- La eritromicina no debe ingerirse con el estómago vacío.

38

Seguimiento

Es crucial el cumplimiento del régimen de 7 días. No se ha observado resistencia de la *C. trachomatis* al régimen de tratamiento recomendado.

INFECCIÓN POR CLAMIDIA DURANTE EL EMBARAZO

Régimen recomendado

- eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días

O

- amoxicilina, 500 mg por vía oral, 3 veces al día durante 7 días

Nota

- La doxiciclina (y otras tetraciclinas) y la ofloxacina están contraindicadas en la gestación.
- Los reportes preliminares sugieren que el uso de azitromicina en el embarazo es seguro.^{5,6} Sin embargo, el número de mujeres incluidas en los ensayos clínicos demasiado escaso hasta el momento como para evaluar la seguridad de su uso en el embarazo, ya que es poco probable que se detecten efectos adversos inusuales.
- El estolato de eritromicina está contraindicado en el embarazo por la hepatotoxicidad relacionada con el medicamento. Por lo tanto, sólo debe utilizarse la eritromicina básica o el etilsuccinato de eritromicina.

⁵ Adair CD et al. Chlamydia in pregnancy: a randomized trial of azithromycin and erythromycin. *Obstet Gynecol*, 1998, 91:165-168.

⁶ Wehbeh HA et al. Single dose azithromycin for chlamydia in pregnant women. *J Reprod Med*, 1998, 43:509-514.



CONJUNTIVITIS NEONATAL POR CLAMIDIA

Todos los recién nacidos afectados por conjuntivitis deben recibir tratamiento para *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* debido a la posibilidad de una infección mixta.

Régimen recomendado

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

Régimen alternativo

- 40 mg de trimetoprima con 200 mg de sulfametoxazol por vía oral, dos veces al día durante 14 días

Nota

- No hay evidencia que indique que el tratamiento adicional con un agente tópico ofrece algún beneficio adicional. Si la conjuntivitis de inclusión recidiva después de haber completado el tratamiento, debe reinstituirse el tratamiento con eritromicina durante 2 semanas.

NEUMONÍA INFANTIL

Régimen recomendado

- eritromicina en suspensión, 50 mg/kg/día (por vía oral en 4 dosis) durante 14 días.

Nota

- La duración óptima del tratamiento no se ha establecido pero debe ser de 14 días como mínimo.

3.3. LINFOGRANULOMA VENÉREO

Los reportes publicados sobre el tratamiento del linfogranuloma venéreo son limitados. Las recomendaciones de tratamiento se basan en la opinión de expertos y se ha publicado un estudio comparativo en el *Boletín de la OMS* de 1963.⁷

⁷ Greaves AB. The frequency of lymphogranuloma venereum in persons with perirectal abscesses, fistulae-in-ano, or both. Bulletin of the World Health Organization, 1963, 29:797-801.



Régimen recomendado

- doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 14 días
-
- eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días

Régimen alternativo

- tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días

Nota

- Las tetraciclinas están contraindicadas en el embarazo.
- Debe realizarse una punción por aspiración de los ganglios linfáticos fluctuantes a través de piel sana. La incisión y drenaje o la escisión de los ganglios linfáticos puede retardar la cicatrización. Algunos pacientes con enfermedad avanzada quizás necesiten el tratamiento por un período mayor a los 14 días, y quizás se deba recurrir a la cirugía para corregir secuelas como estenosis o fístulas.

3.4. SÍFILIS

RESUMEN DE LA PRESENTACIÓN CLÍNICA

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

La sífilis adquirida se divide en sífilis temprana y tardía. La sífilis temprana comprende los estadios primario, secundario y latente precoz. La sífilis tardía se refiere a la sífilis latente tardía, gomatosa, neurológica y cardiovascular.

La sífilis primaria se caracteriza por el desarrollo de una úlcera o chancro en el sitio de la infección o inoculación. Las manifestaciones de la sífilis secundaria incluyen erupción cutánea, condilomas planos, lesiones mucocutáneas y linfadenopatía generalizada. Como su nombre lo indica, la sífilis latente no presenta manifestaciones clínicas. La sífilis latente precoz es la infección de menos de dos años de duración. La infección de más de dos años de duración sin signos clínicos de infección treponémica se conoce como sífilis latente tardía. La OMS ha basado esta



clasificación en la infectividad de la sífilis y su respuesta al tratamiento. Los estadios tempranos son de mayor infectividad pero la respuesta al tratamiento es mejor.

Es probable que las pruebas de cardiolipina / no treponémicas, tales como la prueba del Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) y la prueba de reagina plasmática rápida (RPR) sean negativas en los primeros estadios de la sífilis primaria. Por lo tanto, su negatividad no debe interpretarse como ausencia de infección sifilítica.

Consideraciones terapéuticas

Es necesario lograr un nivel treponémico de los antimicrobianos en el suero y el líquido cefalorraquídeo (LCR) para brindar un tratamiento efectivo de la sífilis. Un nivel de penicilina mayor que 0,018 mg por litro se considera suficiente, y debe mantenerse por al menos 7 a 10 días en la sífilis temprana y por un período mayor en la sífilis tardía. La bencilpenicilina benzatínica de acción prolongada, en dosis de 2,4 millones de unidades proporciona una penicilinemia treponémica por un período de hasta tres semanas y se recomienda para el tratamiento de la sífilis tardía.

En lugar del tratamiento por vía oral se prefiere el tratamiento con penicilina parenteral ya que esta vía garantiza una biodisponibilidad adecuada y permite la supervisión del tratamiento. Se necesitan más datos antes de recomendar el uso generalizado de la ceftriaxona o la azitromicina oral. La azitromicina tiene la ventaja de ser efectiva contra *C. trachomatis*, *H. ducreyi* y gonococos.

El tratamiento de los pacientes con sífilis cardiovascular debe incluir una consulta con el cardiólogo. Los pacientes con sífilis cardiovascular y neurosífilis deben ser controlados por muchos años. El seguimiento debe incluir la exploración clínica, el análisis serológico y del LCR y, en función de la evaluación clínica individual del paciente, es probable que algunos casos ameriten estudios radiológicos.

Seguimiento de los pacientes tratados por sífilis

El seguimiento de los pacientes tratados por sífilis debe basarse en la disponibilidad de los recursos y servicios médicos. Se debe evaluar el estado clínico de los pacientes y se deben intentar detectar la reinfección durante el primer año posterior al tratamiento. Los pacientes con sífilis temprana que recibieron tratamiento con dosis apropiadas y preparaciones de bencilpenicilina benzatínica deben ser evaluados



clínica y serológicamente, mediante una prueba no treponémica, después de tres meses, para evaluar los resultados del tratamiento. Se debe realizar una segunda evaluación después de seis meses y, si los resultados lo indican, otra evaluación a los 12 meses para volver a evaluar su estado y detectar una posible reinfección.

En cualquier estadio de la enfermedad, se debe considerar la repetición del tratamiento cuando:

- los signos o síntomas clínicos de sífilis activa persisten o recurren;
- existe un aumento confirmado en los títulos de una prueba no treponémica.

Antes de repetir el tratamiento se debe realizar el análisis del LCR a menos que se pueda establecer la presencia de reinfección y el diagnóstico de sífilis temprana. Debe repetirse el tratamiento con los esquemas recomendados para la sífilis de más de dos años de duración. En general, se indica un único ciclo de retratamiento porque los pacientes que reciben un tratamiento adecuado mantienen estables los títulos bajos en las pruebas no treponémicas.

SÍFILIS E INFECCIÓN POR VIH

Se debe alentar a los pacientes con sífilis a someterse a pruebas para detectar infección por VIH debido a la alta frecuencia de la coinfección y sus consecuencias para la evaluación y manejo. En las personas infectadas por VIH se debe tener en cuenta la neurosífilis al realizar el diagnóstico diferencial de una enfermedad neurológica. En casos de sífilis congénita, se debe alentar a la madre a que se someta a pruebas para detectar VIH; y si la prueba es positiva, el recién nacido debe ser derivado para su correspondiente control y seguimiento.

El tratamiento que se recomienda para la sífilis temprana en pacientes infectados por VIH no difiere del de los pacientes no infectados por VIH. Sin embargo, algunos especialistas aconsejan el análisis del LCR o un tratamiento más intensivo con un régimen adecuado para todos los pacientes con coinfecciones por *T. pallidum* y VIH, independientemente del estadio clínico de la sífilis. En todos los casos, es necesario realizar un seguimiento meticuloso para garantizar un tratamiento adecuado.



SÍFILIS EN EL EMBARAZO

Las gestantes deben ser consideradas como un grupo aparte, ya que requieren una vigilancia rigurosa, en especial para detectar una posible reinfección después de haber administrado el tratamiento. También es importante tratar a la o las parejas sexuales. Las gestantes, en cualquier trimestre del embarazo, que no sean alérgicas a la penicilina, deben recibir tratamiento con penicilina según las pautas posológicas recomendadas para el tratamiento de pacientes no embarazadas en estadios similares de la enfermedad.

La efectividad de la eritromicina en todos los estadios de la sífilis y su capacidad de prevenir los estigmas de la sífilis congénita son altamente cuestionables; son muchos los fracasos de tratamiento que se han reportado. Su eficacia en la neurosífilis probablemente sea baja. A pesar de la falta de datos, quizás se deba considerar la administración de un ciclo prolongado de una cefalosporina de tercera generación a las gestantes cuya alergia a la penicilina no se manifieste por anafilaxia.

La desensibilización de las gestantes con sífilis exige que el procedimiento se realice en un ambiente hospitalario. No es posible realizar este procedimiento en centros de atención primaria de salud y no se puede recomendar como procedimiento de rutina.

Seguimiento

Después del tratamiento, se deben realizar pruebas serológicas cuantitativas no treponémicas mensualmente hasta el parto; el tratamiento deberá repetirse si hay evidencia serológica de reinfección o recidiva.

SÍFILIS CONGÉNITA

La sífilis congénita se divide en precoz (durante los primeros dos años de vida) y tardía (se manifiesta a una edad mayor).

Es factible prevenir la sífilis congénita. Los programas deberían poner en práctica estrategias de detección efectivas de sífilis en el embarazo. El tamizaje para sífilis debe realizarse en la primera visita prenatal. Algunos programas encontraron que



es beneficioso repetir las pruebas a las 28 semanas de gestación y en el momento del parto en poblaciones con alta incidencia de sífilis congénita.

La sífilis congénita puede aparecer si la madre embarazada padece sífilis, pero el riesgo es mínimo si recibe penicilina durante el embarazo. Todos los niños que nacen de madres seropositivas deben ser examinados en el momento del nacimiento y a intervalos mensuales por tres meses hasta que se confirme la negatividad y la estabilidad de las pruebas serológicas. Los anticuerpos transmitidos de madre a hijo generalmente desaparecen durante los tres primeros meses después del nacimiento. En los casos en donde se disponga de esta tecnología, la serología específica para IgM puede ayudar al diagnóstico.

Los recién nacidos de madres seropositivas deben recibir tratamiento con una única dosis por vía intramuscular de 50.000 UI / kg de bencilpenicilina benzatínica, aunque la madre haya o no sido tratada durante el embarazo (con o sin penicilina). Se recomienda la hospitalización de todos los recién nacidos sintomáticos de madres seropositivas. Los recién nacidos sintomáticos y asintomáticos con LCR anormal (de hasta dos años de edad) deben recibir tratamiento para sífilis congénita precoz.

Por lo general, la sífilis congénita precoz responde bien al tratamiento, tanto clínica como serológicamente, si se administran dosis adecuadas de penicilina. La recuperación puede ser lenta en niños gravemente enfermos con gran compromiso cutáneo, óseo, visceral y de la membrana mucosa. Es probable que los niños cuyo estado nutricional sea deficiente desarrollen infecciones concomitantes, como la neumonía.



RÉGIMEN DE TRATAMIENTO PARA LA SÍFILIS

SÍFILIS TEMPRANA

(sífilis primaria, secundaria, o latente menor de dos años de duración)

Régimen recomendado

- bencilpenicilina benzatínica,⁸ 2,4 millones UI por vía intramuscular, en una dosis única. Debido al volumen, habitualmente esta dosis se administra en dos inyecciones en sitios diferentes.

Régimen alternativo

- bencilpenicilina procaína,⁹ 1,2 millones UI por vía intramuscular, diariamente durante 10 días consecutivos.

Régimen alternativo para pacientes no gestantes alérgicas a la penicilina

- doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 14 días
- tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días.

Régimen alternativo para pacientes gestantes alérgicas a la penicilina

- eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días.

SÍFILIS TARDÍA LATENTE

(infección de más de dos años de duración sin signos de infección treponémica)

Régimen recomendado

- bencilpenicilina benzatínica, 2,4 millones UI por vía intramuscular, una vez por semana por 3 semanas consecutivas.

Régimen alternativo

- bencilpenicilina procaína, 1,2 millones UI por vía intramuscular, una vez por día por 20 días consecutivos.

⁸ Sinónimos de bencilpenicilina benzatínica: penicilina G benzatínica; benzatina bencilpenicilina; penicilina benzatínica.

⁹ Sinónimos de bencilpenicilina procaína: penicilina G procaína.



Régimen alternativo para pacientes no gestantes alérgicas a la penicilina

- doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 30 días.

O

- tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 30 días.

Régimen alternativo para pacientes gestantes alérgicas a la penicilina

- eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 30 días.

46

NEUROSÍFILIS

Régimen recomendado

- bencilpenicilina acuosa,¹⁰ 12 a 24 millones UI por inyección endovenosa, administrada diariamente en dosis de 2 a 4 millones UI, cada 4 horas durante 14 días.

Régimen alternativo

- bencilpenicilina procaína, 1,2 millones UI por vía intramuscular, una vez al día, y probenecid, 500 mg por vía oral, 4 veces al día, ambos agentes deben administrarse durante 10 a 14 días.

Este régimen sólo debe utilizarse en pacientes en quienes se tenga la certeza de que cumplirán con el régimen ambulatorio.

Nota

- Algunas autoridades en la materia recomiendan agregar bencilpenicilina benzatínica, 2,4 millones UI por vía intramuscular, en 3 dosis consecutivas una vez por semana, después de completar este régimen, aunque no existen datos que apoyen este abordaje. La bencilpenicilina benzatínica, 2,4 millones UI por vía intramuscular, no alcanza niveles terapéuticos adecuados en el LCR.

Régimen alternativo para pacientes no gestantes alérgicas a la penicilina

- doxiciclina, 200 mg por vía oral, dos veces al día durante 30 días

O

- tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 30 días

¹⁰ Sinónimos de la bencilpenicilina acuosa: bencilpenicilina potásica; bencilpenicilina sódica, penicilina cristalina, penicilina G potásica; penicilina G sódica.



Nota

- Las alternativas a la penicilina para el tratamiento de la neurosífilis mencionadas anteriormente no se evaluaron en estudios sistemáticos. Aunque su eficacia todavía no está bien documentada, las cefalosporinas de tercera generación podrían ser útiles para el tratamiento de la neurosífilis.
- El sistema nervioso central puede estar comprometido en cualquier estadio de la sífilis. La presencia de signos clínicos de compromiso neurológico (por ejemplo, síntomas oftalmológicos o auditivos, o parálisis de los pares craneales) obliga al análisis del LCR. Sin embargo, este análisis también está indicado en todos los pacientes con sífilis de más de dos años de duración, o de duración incierta, para evaluar la posible presencia de neurosífilis asintomática. Algunos especialistas recomiendan consultar al neurólogo cuando se trate a un paciente con neurosífilis. Es fundamental el seguimiento meticuloso.

SÍFILIS CONGÉNITA

A. Sífilis congénita precoz (hasta 2 años de edad)

Y

Niños con LCR anormal

Régimen recomendado

- bencilpenicilina acuosa 100.000 a 150.000 UI / kg / día administradas como 50.000 UI / kg / dosis EV cada 12 horas durante los primeros 7 días de vida y luego cada 8 horas por un total de 10 días
- O
- bencilpenicilina procaína, 50.000 UI / kg por vía intramuscular, como única dosis por 10 días

Nota

- Algunos especialistas tratan a todos los niños con sífilis congénita como si los hallazgos del LCR fueran anormales. No se recomiendan otros antibióticos a excepción de la penicilina (por ejemplo, eritromicina) para la sífilis congénita excepto en casos de alergia a la penicilina. Las tetraciclinas no se deben usar en niños pequeños.



B. Sífilis congénita de 2 o más años

Régimen recomendado

- bencilpenicilina acuosa, 200.000 a 300.000 UI / kg / día por vía intramuscular o endovenosa, administrada como 50.000 UI / kg / dosis cada 4 a 6 horas por 10 a 14 días.

Régimen alternativo para pacientes alérgicos a la penicilina, después del primer mes de vida

- eritromicina, 7,5 a 12,5 mg / kg por vía oral, 4 veces al día durante 30 días.

48

TRATAMIENTO DE INFECCIONES ESPECÍFICAS

3.5. CHANCROIDE

El microorganismo causal es el *H. ducreyi*, un bacilo anaerobio facultativo gramnegativo. La infección es frecuente en muchas partes del mundo como África, el Caribe y el sudeste asiático. No se recomienda el uso de tetraciclinas o penicilinas para el tratamiento del chancroide debido a la resistencia antimicrobiana generalizada en todas las regiones geográficas. Se prefieren tratamientos con dosis única de antibióticos eficaces para mejorar el cumplimiento.

Tratamiento de las lesiones

No requieren tratamiento especial. Las lesiones ulcerosas deben mantenerse limpias. Debe realizarse una punción por aspiración de los ganglios linfáticos fluctuantes a través de la piel sana circundante. La incisión y drenaje o la escisión de los ganglios linfáticos puede retardar la cicatrización por lo que dichos procedimientos no se recomiendan.

Seguimiento

Todos los pacientes deben controlarse hasta que se manifiesten signos evidentes de mejoría o curación. El tratamiento puede parecer menos efectivo en pacientes infectados por VIH, pero esta situación puede ser el resultado de una coinfección por herpes genital o sífilis. Debe realizarse el seguimiento semanal de los pacientes hasta que se observen signos evidentes de mejoría, ya que la infección por chancroide y VIH están íntimamente relacionadas y probablemente el fracaso terapéutico se observe cada vez con más frecuencia.



Régimen recomendado

- ciprofloxacina, 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 3 días

O

- eritromicina base, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días

O

- azitromicina, 1 g por vía oral, como dosis única

Régimen alternativo

- ceftriaxona, 250 mg por vía intramuscular, como dosis única

3.6. GRANULOMA INGUINAL (DONOVANOSIS)

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

El tratamiento debe continuar hasta lograr la epitelialización completa de todas las lesiones.

Régimen recomendado

- azitromicina, 1 g por vía oral el primer día, luego 500 mg por vía oral, una vez al día

O

- doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día

Régimen alternativo

- eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día

O

- tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día

O

- trimetoprima 80 mg / sulfametoxazol 400 mg, 2 comprimidos por vía oral, dos veces al día por un mínimo de 14 días

**Nota**

- Se debe tener en cuenta el agregado de un aminoglucósido parenteral como la gentamicina para el tratamiento de pacientes infectados por VIH.

Seguimiento

Los pacientes deben ser controlados clínicamente hasta que hayan desaparecido los signos y síntomas.

50

3.7. INFECCIONES POR HERPES GENITAL

La infección por el virus del herpes simplex tipo 2 (VHS2) es la principal causa de herpes genital. La infección tiene una alta prevalencia en poblaciones humanas de muchas regiones y es la causa más frecuente de SUG en el mundo. La principal razón de su importancia a nivel de la salud pública radica en el rol potencial del VHS2 para facilitar de la transmisión del VIH.

Se desconoce la cura del herpes genital pero la evolución de los síntomas se puede modificar si se inicia el tratamiento sistémico con aciclovir o sus análogos tan pronto comienzan los síntomas. El tratamiento puede reducir la formación de nuevas lesiones, la duración del dolor, el tiempo necesario hasta la resolución de las lesiones y la eliminación viral. Sin embargo, no parece modificar la historia natural de la enfermedad recurrente. No se recomienda el tratamiento tópico con aciclovir ya que sólo produce un acortamiento mínimo de la duración de los episodios sintomáticos.

Infecciones recurrentes

La mayoría de los pacientes con un primer episodio de infección por herpes genital presentará episodios recurrentes de las lesiones genitales. El tratamiento antiviral episódico o supresivo acortará la duración de las lesiones genitales. Muchos pacientes se benefician al recibir el tratamiento antiviral por lo tanto, se deben analizar con todos los pacientes las opciones de tratamiento antiviral.

Muchos pacientes con enfermedad recurrente se benefician al recibir tratamiento episódico si se inicia el tratamiento durante el período prodrómico o dentro del primer día de aparición de las lesiones. Si se opta por el tratamiento de los episodios recurrentes, se deberá suministrar al paciente el tratamiento antiviral o



una receta para obtener el medicamento de manera que se inicie el tratamiento ante el primer signo de lesiones genitales o el pródromos.

HERPES EN EL EMBARAZO

Tratar con aciclovir oral durante el primer episodio clínico de herpes genital.

El parto vaginal en mujeres que desarrollan herpes genital primario inmediatamente antes del parto expone al bebé al riesgo de contraer herpes neonatal. Los bebés nacidos de madres con enfermedad recurrente presentan un riesgo muy bajo. Los cultivos genitales que se realizan en los últimos meses del embarazo son malos predictores de la infectividad durante el parto vaginal. Una historia clínica y un examen físico meticulosos sirven como guía para determinar la necesidad de realizar una operación por cesárea en madres con lesiones por herpes genital.

HERPES Y COINFECCIÓN POR VIH

En las personas con un sistema inmune deficiente, pueden aparecer ulceraciones mucocutáneas graves o persistentes que frecuentemente afectan amplias superficies de la piel perianal, escrotal o peneana. Las lesiones pueden ser dolorosas y atípicas, lo que dificulta el diagnóstico clínico. Puede haber alteraciones en la historia natural de las llagas herpéticas. La mayoría de las lesiones de herpes en personas infectadas por VIH responde al aciclovir pero quizás sea necesario aumentar la dosis y administrar el tratamiento por un período más prolongado que el recomendado. Los pacientes pueden beneficiarse posteriormente con el tratamiento crónico supresivo. En algunos casos los pacientes pueden seleccionar cepas mutantes con deficiencia de timidinaquinasa para los que el tratamiento antiviral estándar se vuelve ineficaz.

TRATAMIENTO SUPRESIVO

El tratamiento supresivo diario reduce la frecuencia de las recurrencias de herpes genital en más del 75% de los pacientes con recurrencias frecuentes (seis o más por año). Se ha documentado la seguridad y eficacia en pacientes que reciben tratamiento diario con aciclovir por períodos de hasta seis años, y con valaciclovir y famciclovir de hasta un año. El tratamiento supresivo no está asociado con



la aparición de resistencia clínicamente significativa al aciclovir en pacientes inmunocompetentes.

El tratamiento supresivo con aciclovir reduce, aunque no totalmente, la eliminación viral asintomática. Por lo tanto, se desconoce el grado de prevención de la transmisión del VHS que ofrece el tratamiento supresivo.

OPCIONES DE TRATAMIENTO PARA HERPES GENITAL

Régimen recomendado para el primer episodio clínico

- aciclovir, 200 mg por vía oral, 5 veces al día durante 7 días
-
- aciclovir, 400 mg por vía oral, 3 veces al día durante 7 días
-
- valaciclovir, 1000 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días
-
- famciclovir, 250 mg por vía oral, 3 veces al día durante 7 días

Régimen recomendado para la infección recurrente

- aciclovir, 200 mg por vía oral, 5 veces al día durante 5 días
-
- aciclovir, 400 mg por vía oral, 3 veces al día durante 5 días
-
- aciclovir, 800 mg por vía oral, dos veces al día durante 5 días
-
- valaciclovir, 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 5 días
-
- valaciclovir, 1000 mg por vía oral, una vez al día durante 5 días
-
- famciclovir, 125 mg por vía oral, dos veces al día durante 5 días.

Régimen recomendado para el tratamiento supresivo

- aciclovir, 400 mg por vía oral, dos veces al día, como tratamiento permanente
-
- valaciclovir, 500 mg por vía oral, una vez al día



O

- valaciclovir, 1000 mg por vía oral, una vez al día

O

- famciclovir, 250 mg por vía oral, dos veces al día

Nota

- Algunos especialistas recomiendan interrumpir la administración del aciclovir después de un año de uso continuo con el objeto de volver a evaluar la tasa de recurrencia. La dosis continua más baja que suprimirá las recurrencias en un individuo sólo puede determinarse empíricamente.

Régimen recomendado para la enfermedad grave

- aciclovir, 5 a 10 mg / kg por vía endovenosa, cada 8 horas por 5 a 7 días o hasta obtener la resolución clínica.

Régimen recomendado en lesiones graves de herpes simplex con coinfección por VIH

- aciclovir, 400 mg por vía oral, 3 a 5 veces al día hasta obtener la resolución clínica.

Régimen recomendado para neonatos

- aciclovir, 10 mg / kg EV, 3 veces al día por 10 a 21 días.

3.8. VERRUGAS GENITALES (CONDILOMAS)

El agente causal de esta frecuente ITS es el virus del papiloma humano (VPH). Las verrugas genitales son indoloras y no derivan en complicaciones serias, excepto cuando causan obstrucción especialmente en las gestantes. La extirpación de la lesión no significa que la infección esté resuelta. Ningún tratamiento es completamente satisfactorio. En la mayoría de las situaciones clínicas se utiliza podofilina, podofilotoxina o ácido tricloroacético (ATC) para el tratamiento de verrugas genitales y perianales externas. Muchos médicos prefieren la crioterapia con nitrógeno líquido, dióxido de carbono sólido o criosonda cuando se dispone de estas técnicas. La crioterapia no es tóxica, no necesita anestesia y, si se realiza adecuadamente, no deja cicatrices.

Se debe examinar a la o las parejas sexuales para detectar la presencia de verrugas. Además, se debe informar a los pacientes con verrugas anogenitales que dichas lesiones son contagiosas para sus parejas sexuales. Se recomienda el uso de condones para reducir la transmisión.



Los tipos específicos de VPH pueden originar un carcinoma invasivo del cuello uterino. Se recomienda examinar el cuello uterino de todas las pacientes con una ITS y obtener muestras por frotis cervical en forma periódica para una prueba de Papanicolaou. Sin embargo, un alto porcentaje de frotis obtenidos de adolescentes pueden dar resultados falso positivos.

Los tratamientos disponibles para las verrugas anogenitales visibles son: aplicación del tratamiento por parte del paciente (podofilotoxina o imiquimod), que evita la necesidad de realizar visitas frecuentes al hospital; o aplicación del tratamiento por parte del prestador. La solución de podofilotoxina al 0,5% puede aplicarse con un hisopo de algodón. El gel puede aplicarse con el dedo.

Régimen recomendado para verrugas genitales

A. Químico

Autoaplicado por el paciente

- solución o gel de podofilotoxina al 0,5%, dos veces al día durante 3 días, seguido de 4 días sin tratamiento, con repetición del ciclo hasta 4 veces (el volumen total de podofilotoxina no debe exceder los 0,5 ml diarios)
-
- imiquimod al 5% en crema aplicada con el dedo antes de acostarse, hasta el día siguiente, 3 veces por semana hasta 16 semanas. La superficie tratada debe lavarse con jabón y agua entre 6 y 10 horas después de la aplicación. Las manos se deben lavar con agua y jabón inmediatamente después de la aplicación.

Nota

- No se ha establecido la seguridad de la podofilotoxina y el imiquimod en la gestación.

Aplicado por el prestador

- podofilina entre el 10 y el 25% en tintura de benjuí compuesta, aplicada cuidadosamente sobre las verrugas, preservando el tejido normal. Las verrugas genitales externas y perianales deben lavarse profusamente de 1 a 4 horas después de la aplicación de la podofilina. Cuando este medicamento se aplica a las verrugas que se encuentran sobre las superficies epiteliales de la vagina o el ano se deben dejar secar antes de retirar el espéculo o el anoscopio. El tratamiento debe repetirse semanalmente



- se recomienda el uso de podofilotoxina al 0,5%, uno de los componentes activos de la resina de podofilina, en los casos en que esté disponible. Su eficacia es igual a la de la podofilina, pero es menos tóxica y causa menos erosión
- algunos especialistas recomiendan no usar la podofilina para el tratamiento de las verrugas genitales. No se debe usar podofilina en grandes cantidades, ya que es tóxica y de fácil absorción. Su uso en el embarazo y la lactancia está contraindicado

O

- ATC al 80 a 90%, aplicado cuidadosamente sobre las verrugas, preservando el tejido normal, seguido de la aplicación de talco o bicarbonato de sodio sobre la superficie tratada para eliminar el ácido no reactivo. La aplicación debe repetirse semanalmente.

B. Físico

- crioterapia con nitrógeno líquido, dióxido de carbono sólido o criosonda. Las aplicaciones se deben repetir semanal o quincenalmente

O

- electrocirugía

O

- escisión quirúrgica.

VERRUGAS VAGINALES

Régimen recomendado

- crioterapia con nitrógeno líquido

O

- podofilina entre el 10 y el 25% Se debe dejar secar antes de retirar el espéculo

O

- ATC entre el 80 al 90%.

VERRUGAS CERVICALES

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



La mayoría de los especialistas recomienda no usar podofilina o ATC para el tratamiento de las verrugas cervicales.

Recomendaciones para el tratamiento de verrugas cervicales

- el manejo debe incluir la consulta con un especialista
- frotis de Pap
- no usar ATC o podofilina.

56

VERRUGAS URETRALES Y EN EL MEATO URETRAL

TRATAMIENTO DE INFECCIONES ESPECÍFICAS

Las verrugas en el meato uretral que son accesibles se pueden tratar con podofilina entre el 10 y el 25% en tintura compuesta de benjuí, o podofilotoxina al 0,5%, si está disponible. Se debe tener sumo cuidado y garantizar que la superficie tratada esté seca antes de que entre en contacto con las superficies epiteliales normales contrarias. Se reportan bajas tasas de éxito con la podofilina.

Es necesario realizar una uretroscopía para el diagnóstico de verrugas intrauretrales, aunque en hombres con verrugas recurrentes del meato uretral se debe sospechar su presencia. Algunos especialistas prefieren la escisión electroquirúrgica. La aplicación intrauretral de fluorouracilo o tiotepa al 5% en crema puede ser efectiva, pero ninguna de las dos sustancias se han evaluado adecuadamente. No se debe usar la podofilina.

Tratamientos recomendados

- crioterapia
-
- podofilina entre el 10 y el 25%.

3.9. INFECCIONES POR *TRICHOMONAS VAGINALIS*

El protozoo flagelado *T. vaginalis* se transmite casi exclusivamente por vía sexual en adultos. La infección puede ser asintomática. La trichomoniasis sintomática se manifiesta por secreción vaginal fétida y prurito vulvar en mujeres, y por uretritis en hombres.



Manejo de las parejas sexuales

Se debe notificar y tratar a la o las parejas sexuales y aconsejar a los pacientes que eviten las relaciones sexuales hasta que se trate al paciente índice y a su o sus parejas. La trichomoniasis suele ser asintomática en hombres, pero cada vez más se la reconoce como causa de uretritis sintomática no relacionada con gonococos ni con clamidia.

TRICHOMONIASIS EN EL EMBARAZO

Se ha demostrado una asociación entre *T. vaginalis* y resultados adversos en el embarazo, como la ruptura prematura de membranas, el parto prematuro y el bajo peso al nacer. Esta asociación es importante en mujeres sintomáticas. Es necesario realizar estudios adicionales para demostrar el efecto del tratamiento de la trichomoniasis en la prevención de los resultados adversos en el embarazo.

Aunque no se recomienda el uso de metronidazol en el primer trimestre de gestación, se lo debe administrar cuando el tratamiento precoz tiene mayores posibilidades de prevenir los resultados adversos en el embarazo. En este caso, se debe utilizar una dosis más baja (2 g como dosis única por vía oral en lugar de un ciclo prolongado). Los estudios y metanálisis no han demostrado una asociación constante entre el uso de metronidazol en el embarazo y los efectos teratogénicos o mutagénicos en los recién nacidos.

Seguimiento

Se debe solicitar a los pacientes que realicen una nueva consulta a los siete días si los síntomas persisten. Además, se debe garantizar que no exista una reinfección. Los pacientes que no logran la cura después del tratamiento inicial suelen responder favorablemente a la repetición del tratamiento con el régimen de siete días. Se ha informado que puede haber resistencia a los 5-nitroimidazoles, la cual puede ser la causa del fracaso del tratamiento.

Los pacientes que no logran la cura con la repetición del ciclo de metronidazol pueden recibir un tratamiento que consiste en la administración de 2 g de metronidazol diarios por vía oral, más 500 mg aplicados por vía intravaginal todas las noches durante 3 a 7 días. Las preparaciones de metronidazol para uso vaginal



están disponibles en muchos países, pero sólo se recomiendan para el tratamiento de las infecciones refractarias y no como tratamiento primario de la trichomoniasis. Un régimen alternativo consiste en la administración de 400 mg o 500 mg de metronidazol¹¹ por vía oral, dos veces al día durante siete días.

Régimen recomendado para las infecciones vaginales

- metronidazol, 2 g por vía oral, en dosis única

O

- tinidazol, 2 g por vía oral, en dosis única

Nota

- La tasa de curación que se registra para las mujeres varía entre el 82% y el 88% pero puede aumentar al 95% si las parejas sexuales reciben tratamiento simultáneo.

Régimen alternativo

- metronidazol, 400 mg o 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días

O

- tinidazol, 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 5 días

Nota

- Otros 5-nitroimidazoles también son efectivos, tanto en regímenes con dosis única como con dosis múltiples.
- Se debe advertir a los pacientes que reciben metronidazol u otros imidazoles que eviten el consumo de alcohol mientras dure el tratamiento y hasta 24 horas después de la última dosis.
- El metronidazol se puede obtener en cápsulas de 200 mg o 250 mg.
- Las mujeres con trichomoniasis asintomáticas deben recibir tratamiento con el mismo régimen que las mujeres sintomáticas.

Régimen recomendado para las infecciones uretrales

- metronidazol, 400 mg o 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días

O

- tinidazol, 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 5 días

Régimen recomendado para las infecciones neonatales

- metronidazol, 5 mg / kg por vía oral, 3 veces al día durante 5 días



Nota

- Los lactantes con trichomoniasis sintomática o con colonización urogenital que persiste después del cuarto mes de vida deben recibir tratamiento con metronidazol.

3.10. VAGINOSIS BACTERIANA

La vaginosis bacteriana (VB) es un síndrome clínico que se origina por el reemplazo del *Lactobacillus* sp. productor del peróxido de hidrógeno normal, por altas concentraciones de bacterias anaerobias como *Gardnerella vaginalis* y *Mycoplasma hominis*. Aún no se comprende la causa de esta alteración microbiana en su totalidad.

Mientras que la trichomoniasis es una ITS, la vaginosis bacteriana es una infección endógena del tracto reproductivo. No se ha demostrado beneficio alguno con el tratamiento de las parejas sexuales. Se recomienda la disminución o erradicación de factores predisponentes como el uso de preparaciones vaginales antisépticas y antibióticas o las duchas vaginales.

Es necesario realizar estudios adicionales para confirmar la relación que existe entre la alteración de la microflora vaginal y la infección por VIH.

VAGINOSIS BACTERIANA EN EL EMBARAZO

Existe evidencia de una asociación entre la vaginosis bacteriana y un aumento en la incidencia de resultados adversos en el embarazo (por ejemplo, ruptura prematura de membranas, parto prematuro y bajo peso al nacer). Las gestantes sintomáticas deben recibir tratamiento y debe realizarse el tamizaje de aquellas que tengan antecedentes de parto prematuro para la detección de infecciones asintomáticas. Se debe repetir el tratamiento de las gestantes con síntomas recurrentes. No se recomienda el tamizaje de embarazadas asintomáticas sin antecedentes de parto prematuro.

No se recomienda el uso de metronidazol en el primer trimestre de gestación, aunque se lo puede utilizar en el segundo y tercer trimestres. Si es necesario instaurar un tratamiento durante el primer trimestre, se recomienda el uso de dosis bajas para reducir el riesgo de desarrollar un efecto adverso.



VAGINOSIS BACTERIANA Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Las mujeres con vaginosis bacteriana en quienes se ha programado una cirugía del tracto reproductivo o un aborto terapéutico deben recibir tratamiento con metronidazol.

Régimen recomendado para la vaginosis bacteriana

- metronidazol, 400 mg o 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días

Nota

- Se debe advertir a los pacientes que reciben metronidazol que eviten el consumo de alcohol mientras dure el tratamiento y hasta 24 horas después de la última dosis.

Régimen alternativo

- metronidazol, 2 g por vía oral, como dosis única
-
- clindamicina vaginal al 2% en crema, 5 g por vía intravaginal, antes de acostarse, durante 7 días
-
- metronidazol al 0,75% en gel, 5 g por vía intravaginal, dos veces al día durante 5 días
-
- clindamicina, 300 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días

Seguimiento

- Se debe aconsejar a los pacientes que realicen una nueva visita si los síntomas persisten, ya que es probable que se deba repetir el tratamiento.

Régimen recomendado para gestantes

- metronidazol, 200 o 250 mg por vía oral, 3 veces al día durante 7 días, después del primer trimestre
- metronidazol, 2 g por vía oral, como dosis única, si el tratamiento es obligatorio durante el primer trimestre de gestación (conforme a lo expresado anteriormente)

Régimen alternativo

- metronidazol, 2 g por vía oral, como dosis única



O

- clindamicina, 300 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días

O

- metronidazol al 0,75% en gel, 5 g por vía intravaginal, dos veces al día durante 7 días

3.11. CANDIDIASIS

CANDIDIASIS VULVOVAGINAL

61

TRATAMIENTO DE INFECCIONES ESPECÍFICAS

En la mayoría de los casos, la *Candida albicans* (*C. albicans*) es la causa de la candidiasis vulvovaginal. Hasta el 20% de las mujeres afectadas por la infección pueden ser asintomáticas. Cuando los síntomas se manifiestan, pueden presentarse como prurito vulvar, dolor y flujo vaginal no fétido, que puede tener aspecto de leche cuajada. El examen clínico puede revelar la presencia de eritema vulvar (enrojecimiento) o excoriaciones relacionadas con el rascado y el edema vulvar.

Por lo general, la candidiasis vulvovaginal no se transmite a través de las relaciones sexuales. Aunque no se recomienda el tratamiento de las parejas sexuales, es probable que se lo instaure en el caso de mujeres con infección recurrente. Una minoría de las parejas de sexo masculino puede presentar balanitis, que se caracteriza por eritema del glande o inflamación del glande y el prepucio (balanopostitis).

El tratamiento comprende, generalmente, la aplicación tópica de cualquiera de los imidazoles (por ejemplo, miconazol, clotrimazol, econazol, butoconazol, terconazol) o nistatina. Aunque los imidazoles suelen ser más costosos, el ciclo de tratamiento es más corto y parecen ser más efectivos que la nistatina.

CANDIDIASIS VULVOVAGINAL EN EL EMBARAZO

Aunque en la actualidad existen algunos tratamientos efectivos de una dosis única por vía oral, se desconoce si son seguros o eficaces. Por lo tanto, para el tratamiento de las gestantes sólo se deben utilizar los azoles tópicos. De los tratamientos evaluados para las gestantes, los más efectivos son: miconazol, clotrimazol, butoconazol y terconazol.



CANDIDIASIS VULVOVAGINAL E INFECCIÓN POR VIH

La candidiasis en múltiples localizaciones, inclusive la vulva y la vagina, mantiene una estrecha relación con la infección por VIH. Por lo general, es bastante grave y presenta recidivas frecuentes. Habitualmente, es necesario un tratamiento prolongado y con frecuencia se utiliza un tratamiento crónico supresivo.

RECURRENCIAS

Se recomienda la disminución o erradicación de los factores predisponentes, como el uso de antibióticos, de preparaciones vaginales antisépticas y antibióticas o de duchas vaginales. El tratamiento simultáneo de un foco rectal con nistatina o fluconazol oral no es útil para la prevención de recurrencias. Otros factores subyacentes en la candidiasis vulvovaginal recurrente comprenden la diabetes mellitus no controlada, la inmunosupresión y el uso de corticosteroides.

BALANOPOSTITIS

La balanopostitis es la inflamación del glande y el prepucio. Cuando la causa es la *C. albicans*, por lo general se manifiesta en hombres con enfermedad inmunosupresora subyacente o diabetes mellitus no controlada.

Régimen recomendado para la candidiasis vulvovaginal

- miconazol o clotrimazol, 200 mg por vía intravaginal, una vez al día durante 3 días
-
- clotrimazol, 500 mg por vía intravaginal, como dosis única
-
- fluconazol, 150 mg por vía oral, como dosis única

Régimen alternativo

- nistatina, 100.000 UI por vía intravaginal, una vez al día durante 14 días

Régimen de aplicación tópica recomendado para la balanopostitis

- clotrimazol al 1% en crema, dos veces al día durante 7 días
-



- miconazol al 2% en crema, dos veces al día durante 7 días

Régimen alternativo

- nistatina en crema, dos veces al día durante 7 días

3.12. ESCABIOSIS (SARNA)

El ácaro causal es el *Sarcoptes scabiei*, que se transmite por contacto corporal directo prolongado. En adultos, la transmisión suele ser por contacto sexual. Sin embargo, existen situaciones en las que la sarna se transmite por contacto corporal directo no relacionado con la actividad sexual. Estas situaciones pueden presentarse en ámbitos cerrados, en los que varias personas conviven o comparten muchas horas del día, como escuelas, viviendas hacinadas e instituciones tales como geriátricos y hospitales psiquiátricos. Para prevenir la estigmatización social, no se debe denominar a la escabiosis (sarna) como una ITS cuando la causa probable es el contacto corporal. Además, las recomendaciones con respecto al manejo son diferentes cuando se trata de pacientes con escabiosis (sarna) adquirida por vía sexual. En brotes de escabiosis (sarna) relacionada con el contacto corporal no sexual, es crucial que se trate a todas las personas involucradas.

Los ácaros pueden alojarse en la piel de una persona dentro de la primera hora de contacto con una persona afectada. Las proteasas (enzimas) en la materia fecal del ácaro provocan una hiperreactividad que da lugar al síntoma característico de prurito (comezón), que por lo general se desarrolla entre 2 y 6 semanas después de la infestación.

Consideraciones especiales

Muchas veces, el prurito persiste durante varias semanas después de un tratamiento adecuado. Quizás sea necesario repetir el tratamiento por una única vez si no se observa mejoría clínica después de una semana. Se deberán administrar tratamientos semanales adicionales solamente si se demuestra la presencia de ácaros vivos. Si se asegura la ausencia de reinfección y el cumplimiento del paciente, se puede tener en cuenta el tratamiento antiinflamatorio tópico, ya que una reacción alérgica puede ser la causa de la manifestación clínica. Las prendas de vestir o la ropa de cama que el paciente pudo haber contaminado los dos días previos al comienzo del tratamiento deben lavarse y secarse bien, o limpiarse en seco.



Tratamiento de la escabiosis (sarna) en adultos, adolescentes y niños mayores

Régimen recomendado

- lindano al 1% en loción o crema, con la aplicación de una capa delgada por todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo, que se deberá enjuagar minuciosamente después de 8 horas
-
- permetrina al 5% en crema
-
- benzoato de bencilo al 25% en loción, aplicada en todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo por 2 noches seguidas. Los pacientes pueden tomar un baño antes de volver a aplicar la sustancia y deben repetir el baño 24 horas después de la última aplicación
-
- crotamiton al 10% en loción, aplicada en todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo por 2 noches seguidas, que 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, aplicado 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.

Nota

- No se recomienda el uso de lindano para gestantes o mujeres que dan de lactar.
- Se ha observado resistencia al lindane en algunas regiones.

Tratamiento de la sarna en recién nacidos, niños menores de 10 años, gestantes o mujeres que amamantan

Régimen recomendado

- crotamiton al 10%, conforme a lo indicado anteriormente
-
- azufre precipitado al 6% en petrolato, conforme a lo indicado anteriormente
-



- permetrina al 5% en crema, aplicada de la misma manera que el régimen de azufre descrito anteriormente.

Contactos

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

3.13. PEDICULOSIS PÚBLICA

El piojo, *Phthirus 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.

Régimen recomendado

- lindano al 1% en loción o crema, que se debe masajear suave pero minuciosamente sobre la superficie afectada y las superficies pilosas adyacentes, y enjuagar a las 8 horas. Como alternativa, se puede utilizar lindano al 1% en champú, que se aplicará durante 4 minutos y luego se enjuagará minuciosamente

O

- piretrinas más butóxido de piperonilo, que se debe aplicar en las superficies afectadas y pilosas adyacentes, y enjuagar luego de 10 minutos. Se indica un segundo tratamiento si después de 7 días se descubren piojos o se observan liendres en la unión entre la piel y el cabello. Las prendas de vestir o la ropa de cama que el paciente pudo haber contaminado los dos días previos al comienzo del tratamiento deben lavarse y secarse bien, o limpiarse en seco.

O

- permetrina al 1%, conforme a lo indicado anteriormente

Nota

- No se recomienda el uso de lindano para gestantes o mujeres que dan de lactar.

Consideraciones especiales

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 piojos y liendres. La pomada no debe entrar en contacto con los ojos.



4. CONSIDERACIONES BÁSICAS SOBRE LOS TRATAMIENTOS

4.1. ELECCIÓN DEL RÉGIMEN ANTIMICROBIANO

EFICACIA

67

CONSIDERACIONES BÁSICAS SOBRE LOS TRATAMIENTOS

La eficacia es el criterio más importante para la elección de un régimen terapéutico. El tratamiento debería, en el mejor de los casos, lograr la curación de por lo menos el 95% de los individuos que sufren una ITS bacteriana. Los regímenes con bajas tasas de curación se deben utilizar con cuidado, ya que, en una población con patrones de sensibilidad inestable, es probable que seleccionen cepas resistentes y limiten rápidamente su propia utilidad. Se debe utilizar este criterio en los regímenes cuyas tasas de curación varían entre el 85% y el 95%. Un régimen con tasas de curación aún más bajas es inaceptable.

Para disminuir el riesgo de desarrollo y transmisión de cepas resistentes de patógenos sexualmente transmitidos hacia la población general, se deben diseñar programas especiales para el manejo efectivo de casos en grupos de alto riesgo, como trabajadoras sexuales y sus clientes. *El régimen de tratamiento para estos grupos debe tener una efectividad de aproximadamente el 100%, y se debe fomentar la adopción de conductas saludables en estas poblaciones, preferentemente mediante el uso de un enfoque de participación con educadores y proveedores de salud de pares.*

Los datos sobre la eficacia no se pueden transferir confiablemente de una población (o, en algunos casos, de una subpoblación) a otra. Por lo tanto, las evaluaciones deben estar basadas en estudios correctamente diseñados y realizados en las poblaciones en las que se aplicará el tratamiento. Como consecuencia de las alteraciones que se producen en el perfil epidemiológico local de agentes resistentes como *N. gonorrhoeae* y *H. ducreyi*, la eficacia terapéutica contra estas infecciones cambia con el transcurso del tiempo. Se recomienda la vigilancia periódica de la eficacia clínica y/o de la sensibilidad in vitro. Si se desconocen los niveles de resistencia y las tasas de curación en una región determinada, el régimen utilizado debe ser aquel que pueda producir tasas de curación aceptables en las



condiciones ecológicas más adversas. Son pocos los ensayos clínicos comparativos lo suficientemente grandes como para definir pequeñas diferencias en la eficacia entre los distintos regímenes antimicrobianos de alta efectividad.

Nota

- Se advierte a los médicos que no deben usar dosis menores a las recomendadas para garantizar la eficacia del tratamiento.

SEGURIDAD

La toxicidad ocupa el segundo lugar entre los principales factores del tratamiento de las ITS, debido a la frecuencia de reinfección entre los pacientes y la exposición a ciclos repetidos de antimicrobianos. Además, el tratamiento de los microorganismos resistentes muchas veces exige que se logren niveles séricos elevados de antimicrobianos y, en algunos casos, durante períodos de siete o más días. El tratamiento combinado aumenta el riesgo de sufrir efectos adversos a los medicamentos. El embarazo, que es relativamente frecuente en grupos sexualmente activos con alta incidencia de ITS, representa una situación especial en la cual es importante evaluar otros aspectos de la seguridad fetal. La seguridad de las fluoroquinolonas en adolescentes y gestantes es incierta, por lo que su uso se ve restringido en estos grupos. La doxiciclina no se usa en determinadas áreas debido al peligro de fotosensibilidad. El uso de las tetraciclinas está contraindicado en el embarazo y en niños menores de ocho años.

La importancia de las cefalosporinas de tercera generación en los regímenes terapéuticos recomendados se debe a la combinación de una alta eficacia, aun contra microorganismos relativamente resistentes, y una baja toxicidad.

COSTO

El costo es un factor limitante significativo en todos los países. Por ejemplo, en algunos países en desarrollo, se prefiere la kanamicina en lugar de la espectinomina para el tratamiento de la gonorrea, debido a su bajo costo. Sin embargo, cuando se calcula el costo total de diversos regímenes, es importante ponderar los costos asociados con los tratamientos menos efectivos: repetición del tratamiento, mayor transmisión de la infección, complicaciones y selección



de resistencia microbiana. La elección del tratamiento más adecuado se basa en un análisis formal. A veces, los análisis de sensibilidad pueden compensar las incertidumbres que se observan en los datos primarios.

CUMPLIMIENTO Y ACEPTABILIDAD

El cumplimiento del paciente con el régimen terapéutico de una ITS constituye un problema que afecta seriamente la efectividad de los regímenes con dosis múltiples, como los que incluyen la eritromicina y las tetraciclinas. Por lo tanto, se debe instaurar un régimen con dosis única o de muy corta duración. Se ha demostrado que la educación y la consejería en materia de salud mejora el cumplimiento y debe ser parte del manejo clínico.

Es necesario dedicar esfuerzos adicionales para mejorar el cumplimiento de los pacientes adolescentes, ya que suelen presentar una menor tolerancia a los efectos secundarios. Además, es posible que deseen ocultar que reciben tratamiento. Los prestadores de salud deben asegurarse de que los pacientes comprendan las instrucciones claramente (en especial si se trata de varios regímenes), inclusive las consecuencias que surgirán si no cumplen con el tratamiento.

En algunas sociedades, se prefieren los medicamentos orales a los inyectables mientras que otros grupos, los inyectables son la única forma de tratamiento aceptable. Ante la aparición y diseminación de la infección por VIH, se debe dar preferencia a un tratamiento oral para reducir los riesgos asociados con los pinchazos (piquetes) de aguja. Se debe incluir la educación del paciente sobre la eficacia de los medicamentos orales en el manejo de una ITS.

DISPONIBILIDAD

La distribución geográfica y la disponibilidad de los medicamentos varían considerablemente. La disponibilidad regional de algunos excelentes medicamentos podría mejorar con la inclusión de listas o petitorios nacionales de medicamentos esenciales.



INFECCIONES CONCOMITANTES

Cuando varias ITS son prevalentes en una población determinada, es frecuente la aparición de coinfecciones. Desafortunadamente, debido a que la *N. gonorrhoeae* ha desarrollado resistencia a las tetraciclinas, se ha reducido la capacidad de tratar las coinfecciones comunes con un único medicamento. En la mayoría de los casos, es necesario administrar un tratamiento con dos medicamentos para las infecciones simultáneas por gonococo y clamidia. La concomitancia de chancroide y sífilis exige un régimen con múltiples medicamentos. La enfermedad causada por diversos patógenos transmitidos sexualmente (por ejemplo, el virus herpes simplex, *H. ducreyi*, *T. pallidum*) puede agravarse en la infección por VIH y SIDA, por lo que se debe intensificar y prolongar el tratamiento.

RIESGO DE REDUCCIÓN DE LA EFICACIA DE LOS MEDICAMENTOS PARA OTRAS INDICACIONES

Los medicamentos más efectivos y más costosos no deben restringirse a los centros de referencia. Con el uso de un régimen menos efectivo a nivel de la atención primaria, los pacientes se sienten desmotivados y no utilizan los medios de atención más accesibles y rápidos, por lo que aumenta la transmisión de la infección y el riesgo de desarrollar resistencia antimicrobiana a los antibióticos seleccionados.

El tratamiento simultáneo con varios agentes se ha utilizado para la prevención de la aparición de resistencia en individuos que reciben tratamiento para la tuberculosis. Se desconoce la eficacia de esta técnica en la prevención de la aparición de resistencia en poblaciones con ITS. Desafortunadamente, a veces la *N. gonorrhoeae* desarrolla resistencia a varios antimicrobianos en forma simultánea. El manejo con múltiples medicamentos se utiliza y recomienda ampliamente para el tratamiento de procesos polimicrobianos (por ejemplo, la EPI) o para probables infecciones simultáneas (por ejemplo, el uso de tetraciclina para el tratamiento de la coinfección por clamidia en casos de gonorrea).



4.2. COMENTARIOS SOBRE MEDICAMENTOS INDIVIDUALES

CEFALOSPORINAS

Varias cefalosporinas de tercera generación han demostrado ser efectivas para el tratamiento de la gonorrea. La cefixima tiene la ventaja de ser una preparación oral. Es probable que también sea efectiva contra el chancroide pero su uso aún no ha sido evaluado para esta enfermedad. La eficacia de la ceftriaxona en el tratamiento de la gonorrea y el chancroide se ha documentado convenientemente. Existe una fuerte correlación positiva entre las concentraciones inhibitorias mínimas de las penicilinas y las cefalosporinas.

Además del tratamiento de la gonorrea anogenital no complicada, la dosis única de ceftriaxona es efectiva para la oftalmia neonatal gonocócica, la conjuntivitis y la infección faríngea. A causa de su costo, es conveniente utilizar dosis de ceftriaxona inferiores a 125 mg. Sin embargo, este hecho probablemente acelere el desarrollo de resistencia y por lo tanto no se recomienda dicho régimen.

MACRÓLIDOS

La azitromicina es un antibiótico azálico, relacionado estructuralmente con la eritromicina. Tiene una potencia levemente menor que la eritromicina contra algunos microorganismos grampositivos, pero demuestra una actividad superior contra una amplia variedad de microorganismos gramnegativos, entre los que se incluyen los siguientes: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Haemophilus influenzae* y *Haemophilus ducreyi*.

Se caracteriza por un espectro de actividad más amplio y una incidencia menor de efectos adversos e interacciones medicamentosas. Alcanza una baja concentración en plasma pero una concentración celular y tisular elevada y prolongada, que origina una gran distribución tisular y acumulación intracelular. Estas características convierten a este medicamento en un antimicrobiano ideal para el tratamiento de infecciones en tejidos profundos. Sobre la base de su prolongada vida media tisular, se recomienda una única dosis oral de 1 g para el tratamiento de la infección genital por *C. trachomatis*.



Aunque la azitromicina oral administrada en dosis de 2 g es efectiva contra *N. gonorrhoeae*, actualmente, la OMS no la recomienda para el tratamiento de rutina de esta infección, debido a la mayor intolerancia gastrointestinal del medicamento administrado a esta dosis. Además, los estudios realizados en Brasil y en tres países del Caribe (Trinidad, Guyana y San Vicente) y en los EE.UU. han registrado la aparición de cepas aisladas de *N. gonorrhoeae* con una menor sensibilidad a la azitromicina.^{12,13,14}

Este medicamento también ha demostrado ser efectivo contra otras ITS, como chancroide, donovanosis y sífilis temprana, pero es necesario recolectar más datos antes de realizar recomendaciones generales con respecto a su uso para estas infecciones.

Los datos preliminares indican que la azitromicina es segura en el embarazo, aunque, el número de mujeres incluidas en los ensayos clínicos ha sido bajo y la duración del seguimiento, no fue prolongado. El medicamento se clasifica actualmente en la “Categoría B de riesgo en el embarazo”¹⁵. Los estudios aleatorios que comparan el uso de una dosis única de azitromicina con eritromicina para el tratamiento de la infección por clamidia en gestantes encontraron que la azitromicina no sólo mejoraba significativamente las tasas de curación sino que también reducía el desarrollo de efectos secundarios asociados con el uso de ciclos estándar de eritromicina.¹⁶ En un estudio, se observaron efectos secundarios gastrointestinales significativamente menores en el grupo con azitromicina que en el grupo con eritromicina (11,9% versus 58,1%, $P < 0,01$), mientras que la azitromicina y la eritromicina tuvieron una eficacia terapéutica similar (88,1% versus 93,0%, $P > 0,05$). Ante la ausencia de datos sobre la presencia de azitromicina en la leche materna, el medicamento debe administrarse a las mujeres que dan de lactar sólo en aquellos casos en los que no se cuenta con alternativas adecuadas. Los datos disponibles sobre la seguridad de la azitromicina sugieren que se la

¹² Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Fluoroquinolone resistance in *Neisseria gonorrhoeae*, Hawaii, 1999, and decreased susceptibility to azithromycin in *N. gonorrhoeae*, Missouri, 1999. *JAMA* 2000 Oct 8;284(15):1917-1999.

¹³ Young H, Moyes A, Mcmillan A. Azithromycin and erythromycin resistant *Neisseria gonorrhoeae* following treatment with azithromycin. *Int J STD AIDS*, 1997, 8:299-302.

¹⁴ Dillon R, Li H, Sealy J, Ruben M. Caribbean GASP Network, Prabhakar P. Antimicrobial susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* isolates from three Caribbean countries: Trinidad, Guyana and San Vicente. *Sex Transm Dis*, 2001. 28(9):508-514.

¹⁵ Categoría B de riesgo en el embarazo - segura en estudios animales y sin datos en humanos.

¹⁶ Wehbeh, H.A., et al. Single dose azithromycin for chlamydia in pregnant women. *J Reprod Med*, 1998, 43(6):509-514.



puede administrar aun en el primer nivel de atención, siempre que se instruya adecuadamente a los prestadores de salud para que aconsejen los pacientes sobre los potenciales efectos adversos leves del medicamento.

SULFONAMIDAS

Las sulfonamidas fueron los primeros medicamentos antibacterianos sistémicos efectivos que se utilizaron en seres humanos. Son bacteriostáticas y principalmente actúan interfiriendo con la síntesis bacteriana de ácido fólico. Se metabolizan en el hígado y se excretan por vía renal. Se administran generalmente por vía oral, por lo que se las utiliza con mayor frecuencia que otros antibacterianos. Sin embargo, con el aumento de la resistencia bacteriana a estos medicamentos, su rol e importancia han disminuido y han sido reemplazados por otros antibacterianos de mayor efectividad y menor toxicidad.

Con la incorporación de trimetoprima a las sulfonamidas se obtiene un medicamento combinado¹⁷ de mayor efectividad debido a la acción sinérgica de los dos componentes. La combinación también ayuda a disminuir la resistencia bacteriana inhibiendo simultáneamente dos pasos secuenciales del metabolismo bacteriano. Sin embargo, esta combinación ya ha alcanzado el máximo de su utilidad en el tratamiento de ciertas ITS, como la infección por clamidia o gonorrea. Aunque esta combinación todavía se utiliza en algunos países para el tratamiento de las infecciones gonocócicas, no es el agente antimicrobiano ideal para esta infección.

No se recomienda el uso de sulfonamidas en el último trimestre del embarazo, ya que pueden inducir ictericia neonatal, ni para el tratamiento de las infecciones en neonatos y mujeres que dan de lactar debido a la inmadurez del sistema de enzimas hepáticas en los neonatos.

QUINOLONAS

No se recomienda el uso de los primeros agentes, como la rosoxacina. No obstante, algunas de las nuevas fluoroquinolonas son promisorias como medicamentos

¹⁷ La combinación más comúnmente conocida de este tipo es trimetoprima / sulfametoxazol (antes conocida como cotrimoxazol).



orales para el tratamiento de la gonorrea. Su uso está contraindicado en el embarazo y no se recomienda en niños y adolescentes, a pesar de que en Dinamarca se ha autorizado el uso de ciprofloxacina en dosis única para la profilaxis de la enfermedad meningocócica en los niños.

La actividad in vitro de las fluoroquinolonas individuales contra la *N. gonorrhoeae* varía considerablemente. Hay evidencia de un aumento de las concentraciones inhibitorias mínimas en cepas aisladas después del tratamiento con agentes menos activos. La ciprofloxacina es considerada como el agente con mayor actividad contra la *N. gonorrhoeae*.

La *N. gonorrhoeae* resistente a las quinolonas (NGRQ) es frecuente en muchas regiones de Asia y el Pacífico. En 1996, las proporciones de gonococos resistentes a las quinolonas que se registraron en estas áreas oscilaron entre menos del 1% en Nueva Zelanda y el 15% en la República de Corea, el 24% en la Región Administrativa Especial de Hong Kong de la República Popular China, el 53% en Camboya y el 66% en las Filipinas.

En EE.UU., la NGRQ es cada vez más frecuente en las regiones del oeste. Las quinolonas ya no se recomiendan como tratamiento para la gonorrea en el estado de Hawaii, y deben usarse con precaución en California.¹⁸

La resistencia de la *N. Gonorrhoeae* a las quinolonas continuará aumentando en todo el mundo. Es crucial que se refuerce la vigilancia de la resistencia antimicrobiana para orientar las recomendaciones de tratamiento.

Existe escasa experiencia en cuanto al tratamiento con fluoroquinolonas para la infección por *C. trachomatis*. De los agentes que se estudian en la actualidad, la ofloxacina tiene el mayor potencial cuando se la administra en dosis de 300 mg dos veces por día durante siete días. Este tratamiento es efectivo para la gonorrea y la clamidiasis, pero la utilidad del régimen está restringida tanto por la duración del tratamiento, que puede afectar negativamente el cumplimiento, como por el alto costo del medicamento.

¹⁸ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR*, 2002, 51 (RR-6):1-80.



TETRACICLINAS

Se dispone de varias tetraciclinas de igual eficacia. Dichos medicamentos pueden sustituirse por doxiciclina y tetraciclina, según corresponda.

4.3. RESISTENCIA ANTIMICROBIANA DE LA *N. GONORRHOEAE*

La *N. gonorrhoeae* presenta dos tipos principales de resistencia antimicrobiana:

- la resistencia cromosómica comprende las penicilinas y un amplio rango de otros agentes terapéuticos, como las tetraciclinas, la espectinomicina, la eritromicina, las quinolonas, el tianfenicol y las cefalosporinas;
- la resistencia mediada por plásmidos afecta a las penicilinas y las tetraciclinas.

La *N. gonorrhoeae* con resistencia mediada cromosómicamente, los gonococos productores de penicilinasa y las cepas con resistencia a las tetraciclinas mediada por plásmidos continúan aumentando y han tenido un gran impacto sobre la eficacia de los regímenes tradicionales de tratamiento de la gonorrea.

En la década de 1930, con la introducción de las sulfonamidas, se observó resistencia cromosómica de la *N. gonorrhoeae*. Su importancia actual radica en el hecho de que las cepas con resistencia mediada cromosómicamente suelen ser resistentes a diversos agentes antimicrobianos utilizados para el tratamiento de la gonorrea. También existe resistencia cruzada entre la penicilina y las cefalosporinas de segunda y tercera generación. Esta tendencia es alarmante, aunque todavía no es significativa en relación con el uso clínico de la ceftriaxona. La alta resistencia a la espectinomicina que se ha registrado esporádicamente en gonococos también está mediada por cromosomas.

La efectividad y utilidad de la vigilancia actual de la resistencia gonocócica son limitadas y es necesario desarrollar un instrumento simple para su monitoreo y evaluación. La falta de estandarización de la metodología para la evaluación de la sensibilidad aún constituye un problema. Se deben utilizar métodos estándar que incluyan un conjunto de cepas de referencia. La prueba de sensibilidad con difusión en disco aún no se ha estandarizado correctamente, debido, entre otras causas, a la limitada disponibilidad de discos antimicrobianos con el contenido correcto.



4.4. RESISTENCIA ANTIMICROBIANA DEL *H. DUCREYI*

Las dificultades técnicas en la realización de pruebas de sensibilidad complica la vigilancia de la sensibilidad de *H. ducreyi* a los antimicrobianos. Muy pocos centros proporcionan datos.

La *H. ducreyi* ha desarrollado resistencia a diversos antibióticos y, a excepción de dos cepas aisladas en Singapur a principios de la década de 1980, no se ha registrado resistencia a la eritromicina, por lo que este medicamento sigue siendo el tratamiento recomendado. La ceftriaxona y la ciprofloxacina son alternativas posibles, ya que no se ha registrado resistencia in vitro a ninguno de ellos, aunque en un estudio realizado en Nairobi, Kenya, en 1991, se observaron frecuentes fracasos del tratamiento con ceftriaxona entre pacientes seropositivos y seronegativos para VIH. El tratamiento con dosis únicas de azitromicina parece ser otra alternativa promisorio, pero se necesita más información.

Se ha encontrado resistencia mediada por plásmidos contra la ampicilina, las sulfonamidas, la tetraciclina, el cloranfenicol y la estreptomina. Todas las cepas de *H. ducreyi* ahora incluyen plásmidos que codifican para la betalactamasa, muchos de los cuales se han descrito. En la actualidad, la penicilina y la ampicilina no son efectivas contra el chancroide. También se ha ampliado la resistencia a la tetraciclina. Al igual que en el caso de la *N. gonorrhoeae*, la *H. ducreyi* también puede contener un plásmido de gran tamaño, capaz de movilizar plásmidos más pequeños de resistencia no conjugada. En ausencia de plásmidos, es posible que se desarrolle resistencia a la trimetoprima y la tetraciclina.

La resistencia a las sulfonamidas está diseminada, y las cepas con sensibilidad reducida a la trimetoprima son cada vez más prevalentes en el sudeste asiático, algunas regiones de África y Norteamérica. Cuando las cepas son sensibles a la trimetoprima, la monoterapia o la terapia combinada con sulfonamida continúan siendo efectivas.

Las enzimas inactivadoras de aminoglucósidos controladas por plásmidos han reducido la utilidad de estos antibióticos como tratamiento para el chancroide en el sudeste asiático. En la actualidad, esto no sucede en África ni en ningún otro lugar.



5. CONSIDERACIONES PRÁCTICAS PARA EL MANEJO DE CASOS DE ITS

5.1. PAQUETE DE MEDIDAS (INTERVENCIONES) DE SALUD PÚBLICA PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ITS

Se puede lograr el control y la prevención efectiva de las ITS mediante la aplicación de una combinación de respuestas que constituyen el denominado “paquete de medidas (intervenciones) de salud pública”. A continuación se enumeran los componentes esenciales de este paquete.

Paquete de medidas (intervenciones) de salud pública para la prevención y el control de las ITS: componentes esenciales.

- promoción de una conducta sexual segura
- elaboración de programas para el uso del condón, que incluyan diversas actividades, desde la promoción del uso del condón hasta la planificación y el manejo de insumos y su distribución
- promoción de conductas tendientes a la búsqueda de la atención sanitaria
- integración de la prevención y el manejo de la ITS en los centros de primer nivel, los centros de salud reproductiva, clínicas y otras instituciones
- servicios específicos para poblaciones en riesgo, como trabajadores sexuales de sexo femenino y masculino, adolescentes, conductores de camiones de larga distancia, personal militar y población privada de la libertad
- manejo integral de casos de ITS
- prevención y manejo de la sífilis congénita y la conjuntivitis neonatal
- detección precoz de infecciones sintomáticas y asintomáticas.

5.2. MANEJO INTEGRAL DE CASOS DE ITS

Uno de los componentes esenciales del paquete de medidas (intervenciones) de salud pública es el manejo integral de casos de ITS, que comprende la identificación y el tratamiento antimicrobiano del síndrome, la educación del paciente, el suministro de condones, la consejería, y la notificación y el control de las parejas sexuales.



IDENTIFICACIÓN DEL SÍNDROME

Se debe garantizar la factibilidad de proporcionar un manejo de casos de ITS en cualquier centro de atención de salud, tanto en el sector público como en el sector privado. Un componente esencial es la privacidad en la consulta. Según el tipo de atención, quizás sea necesario suministrar equipamiento, como una camilla o un sillón para realizar el examen físico, iluminación adecuada, guantes, jeringas, espéculo, equipo de esterilización y suministros de laboratorio.

78

CONSIDERACIONES PRÁCTICAS PARA EL MANEJO DE CASOS DE ITS

La atención adecuada para los individuos que desean ser sometidos a una evaluación para detectar la presencia de una ITS, cuenta con los siguientes componentes:

- anamnesis, que incluya la evaluación del riesgo médico, demográfico y conductual
- examen físico, en especial del área genital, actividad que en algunos contextos debe realizarse con mayor sensibilidad y comprensión
- establecimiento de un diagnóstico sindrómico o basado en el laboratorio
- tratamiento curativo o paliativo mediante el uso del antibiótico más efectivo para el patógeno, en el primer punto de contacto con el paciente
- educación y consejería al paciente (cuando se disponga de servicios de consejería), que incluya información sobre:
 - cumplimiento
 - naturaleza de la infección
 - importancia de la notificación y el tratamiento de la pareja
 - reducción del riesgo y prevención de la transmisión de la ITS
 - percepción y evaluación del riesgo de VIH
- seguimiento clínico cuando corresponda y sea factible.

Los cuatro componentes básicos del control de una ITS son:

- educación de los individuos en riesgo sobre las modalidades de transmisión de la enfermedad y los medios para reducir el riesgo de transmisión
- detección de la infección en sujetos asintomáticos y en sujetos que presentan síntomas pero que probablemente no consulten servicios diagnósticos y terapéuticos
- tratamiento efectivo de los individuos infectados que acuden a consulta
- tratamiento y educación de las parejas sexuales de individuos infectados.



La prevención de las ITS se basa principalmente en el cambio de las conductas sexuales que exponen a las personas a un riesgo y en la promoción del uso de condones.

TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DEL SÍNDROME

Un requisito fundamental es la disponibilidad y el uso de antibióticos efectivos, independientemente del método de diagnóstico utilizado (diagramas de flujo o pruebas de laboratorio). Los medicamentos deben estar disponibles en el primer punto de contacto con el paciente que sufre una ITS. Además, debe haber un tratamiento efectivo que se utilice en el sector privado.

EDUCACIÓN DEL PACIENTE

Se debe informar a los pacientes sobre la naturaleza de la infección y la importancia del cumplimiento del ciclo completo de tratamiento.

La consulta por una ITS es una oportunidad singular para proporcionar educación sobre la prevención del VIH y las ITS a las personas que, por definición, están expuestas al riesgo de contraer estas infecciones. Los adolescentes son un grupo prioritario e importante para la prevención primaria debido a que tienen por delante una larga vida sexual y reproductiva. Además, tienen menor percepción del riesgo de contraer una ITS.

Los clínicos y especialistas que tratan a los pacientes con ITS deben garantizar la provisión de recursos para la promoción de comportamientos sexuales seguros. La evaluación del comportamiento es parte integral de la anamnesis en las ITS y debe instruirse a los pacientes sobre las medidas para reducir el riesgo de contraer ITS y VIH, entre los que se cuenta la abstinencia, la selección cuidadosa de las parejas y el uso del condón.

Todos los establecimientos de salud que brinden servicios para las ITS deben disponer de condones. También se debe instruir a los pacientes sobre el uso correcto de los mismos. Aunque los condones no ofrecen protección absoluta contra todas las infecciones, reducen el riesgo de contraerlas si se usan correctamente. Además, se debe tratar el tema de la prevención del embarazo y enfatizar la doble protección.



Se debe instruir a los adolescentes sobre donde podrían recibir consejería sobre anticoncepción y suministro de condones.

SUMINISTRO DE CONDONES

Es necesario que las autoridades garanticen el suministro adecuado de condones de buena calidad y a un bajo costo en los establecimientos de salud y en otros puntos de distribución en la comunidad con el objeto de promover el uso del condón. Otra manera de mejorar el acceso a los condones es a través del mercadeo social.

CONSEJERÍA (ASESORAMIENTO)

La consulta sobre una ITS ofrece al prestador de salud la oportunidad de analizar y explorar, junto con el paciente y en forma individual, los factores de riesgo para VIH/ITS y otros temas relacionados con la prevención y el tratamiento. Generalmente, la consejería consiste en brindar información sobre las ITS y su prevención, el uso del condón y la notificación a la pareja. Se trata de educar al paciente para la prevención, y es una parte esencial de la consulta por una ITS.

Sin embargo, proporcionar información por lo general no basta para que los pacientes evalúen en forma adecuada su propio riesgo de infección, enfrenten los desafíos de notificar su estado a su o sus parejas, prevengan infecciones futuras, o superen las complicaciones de las ITS. Durante la consulta por una ITS pueden surgir situaciones que provoquen reacciones emocionales en el paciente. Por lo tanto, además de instrucción, es necesario brindar consejería.

En este documento, se define a la *consejería* como un proceso confidencial interactivo en el que el prestador de salud ayuda al paciente a reflexionar sobre temas relacionados con las ITS y a analizar las posibles vías de acción. Muchas veces, es necesario desarrollar facultades y adoptar conductas diferentes. Para ello, es probable que se realicen múltiples visitas. Los prestadores de salud responsables de la consejería deben dedicar más tiempo que si utilizaran medios tradicionales para aportar información, y, además, deben tener más empatía y comprensión sobre la situación social y económica del paciente, poseer la facultad de superar sus propias actitudes y abstenerse de emitir juicios.



Una sesión de consejería debe abarcar los siguientes temas:

- la información a la o las parejas o cónyuge sobre el diagnóstico de la ITS (opciones: a cargo del paciente o del prestador de salud)
- la evaluación del riesgo del paciente de contraer una infección por VIH y la decisión de someterse a una prueba para VIH
- el conocimiento, y la aceptación, de las complicaciones más serias de las ITS, como la infertilidad y la sífilis congénita
- la manera de enfrentar una ITS incurable, como el herpes genital, que puede transmitirse a la o las parejas o cónyuge
- la prevención de infecciones futuras, que incluye estrategias para analizar e introducir el uso del condón con la o las parejas o cónyuge
- confidencialidad, revelación de la noticia y riesgo de reacciones violentas o estigmatizantes por parte del cónyuge, la/s pareja/s, la familia o los amigos
- la posibilidad de que los pacientes sean responsables de sus propias vidas y de sus obligaciones para la prevención de la enfermedad

Antes de ofrecer consejería a los pacientes con una ITS, el prestador de salud necesita:

- identificar las necesidades del paciente, que puede estar preocupado sobre un aspecto específico de la ITS o tener un motivo especial para que se realice una evaluación confidencial del riesgo y la planificación para reducirlo
- tener la facultad de dar consejería, la privacidad y el tiempo (generalmente entre 15 y 20 minutos), incluyendo la disponibilidad para realizar consultas de seguimiento, según corresponda.

En general, estos recursos no están disponibles en una clínica ambulatoria general o una clínica de ITS con un gran número de pacientes. Por lo tanto, se sugiere que, al identificar una necesidad de consejería, el paciente sea derivado a un servicio de consejería próximo, si se cuenta con este recurso. De lo contrario, se puede designar a un prestador de salud o social para que ofrezca consejería. Esta persona debe estar capacitada y contar con el tiempo y espacio necesarios para brindar consejería. Aunque no todos los adolescentes deberán ser derivados para recibir consejería, reconocerán la necesidad que sienten de hablar con alguien en quien puedan confiar y que posea la capacitación pertinente. Si se mantiene un vínculo con los grupos de apoyo locales que trabajen con jóvenes, se refuerza la consejería clínica recibida y se alienta a los pacientes a que regresen en el futuro, si es necesario.



En muchos países en vías de desarrollo, donde los recursos de salud son escasos, no siempre se dispone de servicios de consejería. Sin embargo, se admite que algunas de las cualidades necesarias para la consejería —la compasión, la sensibilidad y la capacidad de comunicación— son cualidades que muchos prestadores de salud ya poseen y utilizan diariamente en la interacción con los pacientes. Aun en ausencia de una capacitación formal sobre consejería, se debe alentar a los prestadores de salud a invitar a sus pacientes al diálogo sobre las ITS para analizar la evaluación del riesgo y las opciones personales de comportamiento, e identificar a quienes necesiten mayor apoyo emocional cuando se cuente con este recurso.

NOTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS PAREJAS SEXUALES

Los elementos esenciales de cualquier programa de control de una ITS son: establecer contacto con las parejas sexuales de los pacientes que sufren una ITS, persuadirlos para que se presenten en un centro que ofrezca servicios de consejería sobre las ITS y instaurar un tratamiento en forma inmediata y efectiva. Sin embargo, estas acciones se deben llevar a cabo con sensibilidad, teniendo en cuenta los factores sociales y culturales para evitar problemas éticos y prácticos, tales como el rechazo y la violencia, especialmente contra las mujeres.

Es probable que las parejas sexuales de pacientes con una ITS estén infectadas y, por lo tanto, se les debe ofrecer un tratamiento. La transmisión y la reinfección de las ITS se pueden prevenir mediante la referencia de las parejas sexuales para su diagnóstico y tratamiento. Las parejas de sexo femenino de pacientes de sexo masculino que sufren una ITS pueden ser asintomáticas; por lo tanto, la notificación y el tratamiento de la pareja ofrece la oportunidad de identificar y tratar a personas que, de otra manera, no recibirían tratamiento alguno. Cada vez que se diagnostica una ITS, se debe tener en cuenta la notificación a la pareja independientemente del lugar en el que se brinda la atención.

La notificación puede realizarse por medio del paciente o el prestador. En el primer caso, se alienta al paciente infectado a que notifique a la o las parejas de su posible infección sin la participación directa de los prestadores de salud mientras que en el segundo, los prestadores de salud u otros trabajadores del área notifican a la o las parejas del paciente.



La notificación a la pareja debe realizarse de tal manera que toda la información sea confidencial. El proceso debe ser voluntario y no coercitivo. El objetivo es asegurar que las parejas sexuales de los pacientes con ITS, incluso aquellos sin síntomas, sean derivados para su evaluación. El tratamiento de las parejas sexuales se basa en el conocimiento del diagnóstico del paciente índice (sindrómico o específico). Las tres estrategias que se mencionan a continuación pueden adoptarse para el tratamiento de las parejas:

- ofrecer tratamiento epidemiológico inmediato (tratamiento basado únicamente en el diagnóstico del paciente índice) sin pruebas de laboratorio
- ofrecer tratamiento epidemiológico inmediato, pero obteniendo muestras para la confirmación posterior en el laboratorio
- retardar el tratamiento hasta que se cuente con los resultados de las pruebas definitivas de laboratorio.

La estrategia seleccionada dependerá de:

- el riesgo de infección
- la gravedad de la enfermedad
- la disponibilidad de pruebas diagnósticas efectivas
- la probabilidad de que una persona regrese para el seguimiento
- la infraestructura disponible para el seguimiento de los pacientes
- la disponibilidad de un tratamiento efectivo
- la probabilidad de diseminación si no se administra un tratamiento epidemiológico.

Nota

- La OMS recomienda que se administre el tratamiento epidemiológico (con el mismo régimen de tratamiento utilizado para el paciente índice) a todas las parejas sexuales.

5.3. ACCESO A LOS SERVICIOS

La prestación de servicios efectivos, aceptables y accesibles es importante para el control de las ITS. En la mayoría de los países en vías de desarrollo e industrializados, los pacientes podrán elegir el servicio en el que serán atendidos por una ITS. Los servicios posibles se encuentran en el sector público, el sector privado y el sector informal. Con el propósito de garantizar el acceso universal a programas



de ITS adecuados, se debe reconocer que los pacientes buscan atención en distintos servicios. En muchos países, la mayor parte de la atención de las ITS se obtiene fuera del sector público. Un programa integral y equilibrado quizás requiera reforzar todos los prestadores de salud que pueden prestar servicios para la atención de las ITS. Con frecuencia se sostiene que la atención de alta calidad para las ITS debe estar a cargo de personal clínico calificado que trabaje en las clínicas especializadas en ITS.

Sin embargo, por razones de inaccesibilidad, inaceptabilidad y teniendo en cuenta la gran cantidad de recursos humanos y económicos que se necesitan, este método de prestación de servicios es poco práctico para el público en general.

Se recomienda que los servicios de ITS de rutina se integren a la atención primaria de salud. Las clínicas que se especializan en el tratamiento de las ITS pueden ser especialmente útiles para la prestación de la atención primaria en centros urbanos para grupos específicos como trabajadores sexuales y sus clientes, trabajadores temporarios, camioneros y cualquier otro grupo con acceso deficiente a la atención de salud. Debido a la gran concentración de experiencia en el campo de las ITS, estas clínicas pueden también ofrecer servicios de referencia a servicios de atención primaria, departamentos ambulatorios de hospitales, médicos privados, etc. En unos pocos casos seleccionados, las clínicas especializadas se deben consolidar como centros de referencia para capacitar a los prestadores de salud en el tratamiento de las ITS, ofreciéndoles información epidemiológica (por ejemplo, la prevalencia de los agentes etiológicos en los distintos síndromes y la sensibilidad antimicrobiana) y la investigación operacional (por ejemplo, estudios sobre viabilidad y validez de los manejos sindrómicos).

Los adolescentes habitualmente carecen de información sobre los servicios existentes, por ejemplo, dónde se encuentran, en qué horarios funcionan, cuál es su costo, etc. Aun cuando conocen estos servicios, son con frecuencia renuentes a la búsqueda de ayuda para el diagnóstico y tratamiento. Se sienten a menudo avergonzados y preocupados por la estigmatización social. Además, temen reacciones negativas de los prestadores de salud y la falta de confidencialidad. En muchos países hay iniciativas en proceso para lograr que los servicios de salud sean más accesibles para los adolescentes y más adecuados a sus necesidades particulares.



6. NIÑOS(AS),¹⁹ ADOLESCENTES E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

En la década pasada, la agresión y el abuso sexual de niños y adolescentes se han reconocido como graves problemas sociales; estos problemas ameritan la atención de los hacedores de políticas, educadores y una amplia gama de profesiones que prestan servicios sociales y de salud. A medida que los investigadores comienzan a documentar los graves efectos del abuso sexual sobre la salud física y mental de estos grupos poblacionales, el manejo de las víctimas emerge como un aspecto importante de la atención de salud del niño y el adolescente tanto en países industrializados como en países en vías de desarrollo.

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

Los prestadores de salud no siempre han sido concientes de la relación entre el abuso sexual y las ITS en niños. Anteriormente, los niños en los que se tenía la sospecha de abuso sexual no eran estudiados, de rutina, en busca de ITS. No se investigaba el origen de la infección en niños en los que se diagnosticaba una ITS y se asumía que ésta se había contraído por vías no sexuales, como el uso de una toalla contaminada o a través del contacto con una persona infectada en habitaciones hacinadas.

La identificación de un agente patógeno de transmisión sexual en un niño después del período neonatal sugiere, en la mayoría de los casos, abuso sexual. Sin embargo, hay excepciones: por ejemplo, la infección rectal o genital con *C. trachomatis* en niños jóvenes puede originarse a partir de una infección contraída en el período perinatal que puede persistir hasta los tres años. Además, se han identificado vaginosis bacteriana y micoplasma genital en niños sometidos y no sometidos a abuso sexual. Las verrugas genitales, aunque sugieren una agresión, no son específicas de abuso sin otra evidencia. Cuando la única evidencia de abuso es el aislamiento de un

¹⁹ La OMS define a los niños como personas entre las edades de 0 y 9 años.



microorganismo o la detección de anticuerpos contra un agente de transmisión sexual, los hallazgos se deben confirmar y evaluar cuidadosamente.

Los casos de abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos son probablemente más comunes de lo que habitualmente se reconoce. La mayoría de los casos involucra a familiares, amigos u otros adultos que están en contacto cercano y legítimo con el niño o el adolescente. Puede ser difícil identificar al autor del abuso. Los prestadores de salud que sospechan un abuso deben tener en cuenta las opciones disponibles con respecto a la consejería especializada, el apoyo social y la reparación del daño.

Se debe enfatizar que deben incluirse los servicios de apoyo social y psicológico para el abordaje integral de estos pacientes.

6.1. EVALUACIÓN PARA LA DETECCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

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

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

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

- conocimiento que el presunto agresor sufre una ITS o un alto riesgo de contraer una ITS
- signos y síntomas de una ITS al realizar la exploración física.

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



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

La programación de los exámenes se debe basar en los antecedentes de la agresión o el abuso. Si el contacto inicial es reciente, será necesario realizar una consulta de seguimiento aproximadamente una semana después del último contacto para repetir la exploración física y recolectar muestras adicionales; de esta manera, transcurrirá suficiente tiempo para permitir la incubación de los agentes infecciosos.

De manera similar, también es necesario realizar una consulta de seguimiento adicional aproximadamente a las 12 semanas después del último contacto sexual para tomar muestras de suero y permitir que transcurra el tiempo suficiente para que se desarrollen anticuerpos. Si el niño o el adolescente sufrió abusos por periodos prolongados o el último episodio de presunto abuso ocurrió algunos días antes de la consulta médica, quizás sea suficiente realizar un solo examen. La recomendación para la programación de exámenes que se ofrece a continuación es una guía general.

EXAMEN INICIAL

El examen inicial y cualquier examen posterior debe incluir:

- Cultivos para *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* de muestras recolectadas de la faringe y el ano en ambos sexos, la vagina en las mujeres, y la uretra en los varones. No se deben obtener muestras cervicales en el caso de niñas prepúberes. Ante la presencia de descarga, en los varones, la muestra de descarga uretral que se toma en el meato es un sustituto adecuado a la muestra por hisopado intrauretral. Para el aislamiento de *N. gonorrhoeae* se deben usar solamente los sistemas de cultivo estándar.
- Examen microscópico en fresco de una muestra obtenida por hisopado vaginal para la infección por *T. vaginalis*. La presencia de células clave en una niña con flujo vaginal sugiere presencia de vaginosis bacteriana. El significado de las



células clave u otros indicadores de vaginosis bacteriana como indicador de exposición sexual en presencia o ausencia de flujo vaginal es incierto.

- Cultivo de tejidos para virus del herpes simplex (cuando esté disponible) y microscopía de campo oscuro o pruebas directas de anticuerpos fluorescentes para *T. pallidum* de una muestra recolectada de vesículas o úlceras en niños de cualquier edad y en adolescentes.
- Toma de una muestra de suero que deberá almacenarse para análisis subsiguientes en caso de que las pruebas serológicas que se realizan durante el seguimiento sean positivas. Si el último contacto sexual ocurrió más de 12 semanas antes del examen inicial, se deberá analizar el suero de inmediato para detectar la presencia de anticuerpos contra agentes transmitidos sexualmente. Se dispone de pruebas adecuadas para *T. pallidum*, VIH y virus de la hepatitis B. La elección de agentes para las pruebas serológicas se debe realizar según el caso individual.

EXAMEN A LAS 12 SEMANAS DE LA AGRESIÓN

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

La prevalencia de infecciones por los agentes patógenos mencionados anteriormente varía ampliamente entre las distintas comunidades. Es importante conocer los factores de riesgo presentes en el agresor. Los resultados de las pruebas para el virus de la hepatitis B se deben interpretar con cuidado ya que este microorganismo puede transmitirse tanto por vía sexual como no sexual. Una vez más, la pruebas deben elegirse según el caso individual.

TRATAMIENTO PRESUNTIVO

Son pocos los datos a partir de los cuales es posible establecer el riesgo de que un niño contraiga una ITS como resultado del abuso sexual. Se cree que, en la mayoría de los casos, el riesgo es bajo; sin embargo, la documentación que apoya esta postura es inadecuada.



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

SUSCEPTIBILIDAD Y PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LAS ITS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

89

La epidemiología de las ITS presenta diferencias entre los adolescentes y los adultos y aunque las presentaciones clínicas son similares, se considera que, desde el punto de vista biológico, los adolescentes son más susceptibles a una infección y tienen un mayor riesgo de morbilidad. Algunas de estas diferencias han sido opacadas por la práctica frecuente de incluir a los adolescentes (10 a 19 años) en la misma categoría que los jóvenes (15 a 24 años) y por no prestar atención a las mujeres jóvenes que están casadas y embarazadas.

En la mayoría de los casos, la presentación de las ITS es similar a la observada en adultos. En la pubertad y la adolescencia, el tracto genital femenino sufre cambios en respuesta al aumento de los niveles de las hormonas ováricas. Además de los cambios anatómicos y fisiológicos, el epitelio vaginal comienza a secretar moco. En la joven adolescente, la secreción de moco origina el desarrollo de una secreción vaginal blanquecina que es fisiológica. En consecuencia, el flujo vaginal, por lo general, no es un buen predictor de presencia de infección por gonococo o clamidia.

Susceptibilidad

En niñas prepúberes, el epitelio columnar se extiende del canal endocervical al orificio uterino. Este ectropión cervical, presente normalmente entre el 60% y el 80% de las adolescentes sexualmente activas, se asocia con un riesgo aumentado de infección por *C. trachomatis*. Además, la *N. gonorrhoeae*, que infecta el epitelio columnar, rápidamente coloniza esta superficie expuesta. La exposición a agentes patógenos oncogénicos, como el virus del papiloma humano, aumenta el riesgo de displasia y carcinoma a una edad temprana. Además, el riesgo de complicaciones es mayor en la adolescente inmadura expuesta a una infección en contraposición con



la mujer físicamente madura; esta diferencia se debe a la ausencia de inmunidad humoral y producción de moco cervical hasta que se inicia la ovulación. En consecuencia, la infección ascendente y la EPI subsecuente son más frecuentes en las adolescentes prepúberes sexualmente activas y en el inicio de la pubertad.

INFECCIONES CERVICALES

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

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

SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL

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

VERRUGAS ANOGENITALES

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

INFECCIÓN VAGINAL

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

C. albicans es poco frecuente en adolescentes antes de la pubertad. Cuando está presente, la adolescente puede presentar flujo, prurito vulvar, dispareunia, dolor



perianal o una fisura en el introito. Los ataques de vulvitis candidiásica pueden ser cíclicos y corresponderse con la menstruación.

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



APÉNDICE 1

LISTA DE PARTICIPANTES

REUNIÓN DEL GRUPO CONSULTIVO SOBRE EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL REALIZADO EN GINEBRA, DEL 11 AL 14 DE MAYO DE 1999

92

LISTA DE PARTICIPANTES

- **Dra. Hilda Abreu**, Departamento de Enfermedades de Transmisión Sexual, Ministerio de Salud Pública, Uruguay
- **Prof. Michel Alary**, Centre hospitalier affilié à l'Université Laval, Canadá
- **Dra. Rohani binte Ali**, Disease Control Division (STD/AIDS), Ministry of Health, Malasia
- **Dr. Chitwarakorn Anupong**, Venereal Disease Division, Department of Communicable Diseases Control, Ministry of Public Health, Tailandia
- **Dr. Ron Ballard**, South African Institute for Medical Research, University of the Witwatersrand, Sudáfrica
- **Dra. Ilze Jakobsone**, State Centre of STD, Letonia
- **Dr. Maina Kahindo**, Family Health International, Kenia
- **Prof. Ahmed Latif**, Medical School, University of Zimbabwe, Zimbabwe
- **Dra. Elisabeth Madraa**, National AIDS/STD Control Programme, Ministry of Health, Uganda
- **Dr. J. E. Malkin**, Institut Alfred Fournier, Francia
- **Dr. Evaristo Marowa**, AIDS Coordination Programme, NACP, Zimbabwe
- **Prof. A. Meheus**, Epidemiology and Community Medicine, University of Antwerp, Bélgica
- **Dr. F. Moherdau**, Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, Ministerio da Saude, Esplanada dos Ministerios, Brasil
- **Dr. Ibra Ndoeye**, Union Africaine contre les Maladies Vénériennes et les Tréponématoses, Centre des MST, Institut d'Hygiène, Senegal
- **Dra. Beatriz Orozco**, Clínica las Américas, Colombia
- **Dr. bte Ali Rohani**, Disease Control Division (STD/AIDS), Ministry of Health, Malasia
- **Dra. Carolyn Ryan**, Division of STD/HIV Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, EE.UU



- **Dra. Barbara Suligoj**, Istituto Superiore di Sanita, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Centro Operativo AIDS, Italia
- **Dr. R.O. Swai**, National AIDS Control Programme, Tanzania
- **Dr. Tram Thinh**, Venereology-Dermatology Hospital, Vietnam
- **Dr. Johannes van Dam**, Horizons, Washington, DC, Oficinas regionales en EE.UU

OFICINAS REGIONALES

- **AFRO: Dr. Mamadou Ball**, Regional Adviser, HIV/AIDS/STD
- **AMRO: Dr. Fernando Zacarias**, Regional Coordinator, HIV/AIDS/STD
- **EMRO: Dr. Puru Shrestha**, Regional Adviser, HIV/AIDS/STD
- **EURO: Dr. Alexander Gromyko**, Regional Adviser, HIV/AIDS/STD
- **SEARO: Dr. Jai Narain**, Regional Adviser, HIV/AIDS/STD
- **WPRO: Dr. Gilles Pומרol**, Regional Adviser, HIV/AIDS/STD

SECRETARÍA DE LA OMS

- **Dr. Antonio Gerbase**, WHO/Initiative on HIV/AIDS and STD (HSI)
- **Dr. Francis Ndowa**, UNAIDS/Department of Policy, Strategy & Research (PSR)
- **Dr. Kevin O'Reilly**, WHO, Reproductive Health and Research (RHR)
- **Dr. V. Chandra-Mouli**, Child and Adolescent Health (CAH)
- **Dr. Ya Diul Mukadi**, WHO, Communicable Disease (CDS)
- **Dr. Monir Islam**, WHO, Reproductive Health and Research (RHR)
- **Sra. Bidia Deperthes**, STP, WHO, Reproductive Health and Research (RHR)
- **Sra. Vivian Lopez**, STP, WHO, Initiative on HIV/AIDS and STD (HSI)



APÉNDICE 2

LISTA DE PARTICIPANTES

CONSULTA SOBRE CÓMO MEJORAR EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL REALIZADA EN GINEBRA, PALAIS DES NATIONS, DEL 20 AL 28 DE NOVIEMBRE DE 2001

94

LISTA DE PARTICIPANTES

- **Dra. Iyanthi Abeyewickreme**, National STD/AIDS Control Programme, Department of Health Services, Colombo, Sri Lanka
- **Dr. Kamal Alami**, STD/AIDS Control Programme, Ministry of Public Health, Marruecos
- **Prof. Michel Alary**, Unité de Recherche en Santé des Populations, Hôpital du St-Sacrement, Canadá
- **Dr. Georg M. Antal**, Suiza
- **Prof. Ron Ballard**, Syphilis & Chlamydia Branch, CDC, EE.UU
- **Dra. Adele Schwartz Benzaken**, Governo do Amazonas, Instituto de Dermatologia Tropical e Venerologia, Brasil
- **Dr. Xiang-Sheng Chen**, National Center for STD and Leprosy Control, Institute of Dermatology, CAMS, China
- **Dr. Chitwarakorn Anupong**, Venereal Disease Division, Department of Communicable Diseases Control, Ministry of Public Health, Tailandia
- **Dra. Nadine Cornier**, Médecins sans frontières, Suiza
- **Dra. Gina Dallabetta**, Technical Support/Prevention, Family Health International, EE.UU.
- **Sra. Kate Flore**, EE.UU.
- **Dr. Gérard Gresenguet**, Centre national de Référence des MST/SIDA, República de África Central
- **Dr. Heiner Grosskurth**, HIV/STI Prevention and Care, Population Council, India
- **Dr. Pushpa Gupta**, Department of Preventive and Social Medicine, University College of Medical Sciences, GTB Hospital, Shahadara, India
- **Dra. Sarah Hawkes**, Population Council, India
- **Dr. Anatoli Kamali**, Medical Research Council, Research Programme on AIDS, Uganda
- **Dr. Fred Kambugu**, STD Control Unit, STD/AIDS Control Programme, Ministry of Health, Uganda



- **Prof. Gunta Lazdane**, Department Obstetrics and Gynaecology, Medical Academy of Latvia, Letonia
- **Dr. K.B. Manneh**, Disease Control, Department of State of Health and Social Welfare, Medical Headquarters, Gambia
- **Dr. Philippe Mayaud**, Clinical Research Unit, Department of Infectious and Tropical Diseases, London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), Reino Unido
- **Prof. André Z. Meheus**, Epidemiology and Community Medicine, University of Antwerp, Bélgica
- **Dra. Julitta Onabanjo**, HIV/AIDS Cluster Team, TSD, UNFPA, EE.UU
- **Dr. A.B.M. Mafizur Rahman**, STD Programme, Botswana
- **Dra. Caroline Ryan**, International Activities National Centre for HIV, STD and TB Prevention, CDC, Division of STD Prevention, EE.UU.
- **Dr. Phal Sano**, NCHADS STD Unit National Center for HIV/AIDS Dermatology and STD, Camboya
- **Dr. Pachara Sirivongrangson**, Venereal Disease Division, Ministry of Public Health, Tailandia
- **Dr. Johannes van Dam**, Horizons Program, Population Council, EE.UU.
- **Dra. Bea Vuylsteke**, STI Unit Projet RETRO-CI, Costa de Marfil
- **Dr. Qian-Qiu Wang**, National Center for STD and Leprosy Control, China
- **Dra. Beryl West**, MRC Laboratories, Gambia
- **Dr. Htun Ye**, Reference Centre for STD Department of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Institute for Medical Research, Sudáfrica
- **Dr. K. Yeboah**, National AIDS Control Programme, Ghana

OFICINAS REGIONALES

- **AFRO**: Dr. Mamadou Ball, STI Focal Point
- **EMRO**: Dr. Jihane Tawilah, Regional Adviser, HIV/AIDS/STD
- **EURO**: Dr. Ulrich Laukamm-Josten, STI Task Force Secretariat
- **WPRO**: Dr. Nguyen Thi Thanh Thuy, HSI Focus



SECRETARÍA DE LA OMS

96

LISTA DE PARTICIPANTES

- Dra. Isabelle de Zoysa, Director, HIV/Prevention (HIV)
- Dr. Francis Ndowa, HIV/Prevention, STI Unit (HIV/STI)
- Dr. Antonio Gerbase, HIV/Prevention, STI Unit (HIV/STI)
- Dr. David Mabey, HIV/Prevention (HIV)
- Dr. Kevin O'Reilly, HIV/Prevention (HIV)
- Dra. Sibongile Dlodlu, HIV/Prevention, STI Unit (HIV/STI)
- Dr. George Schmid, HIV/Prevention (HIV)
- Dr.V. Chandra-Mouli, Child and Adolescent Health (CAH)
- Dr. Monir Islam, Reproductive Health and Research (RHR)
- Dra. Nathalie Broutet, Reproductive Health and Research (RHR)
- Sra. Bidia Deperthes, Reproductive Health and Research (RHR)
- Dr. Mark Perkins, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR)
- Dra. Rosanna Peeling, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR)
- Dr. Robert Scherpbier, Communicable Diseases/Tuberculosis (CDS/TB)
- Dr. Salah-Eddine Ottmani, Communicable Diseases/Tuberculosis (CDS/TB)
- Dra. Annapaola De Felici, Communicable Disease Surveillance & Response (CSR/DRS)
- Dra. Paula Munderi, Essential Drugs and Medicines Policy (EDM)