

Síndrome de enfermedades de transmisión sexual

1. Generalidades

1.1 Descripción del evento

El abordaje sindromático de las enfermedades de transmisión sexual –ETS–, constituye la mejor alternativa para la prevención y control de estos eventos, por lo que se ha seleccionado como el manejo de elección de la mayoría de casos de ETS en Colombia (Ministerio de Salud-Dirección general de promoción y prevención, 1999: 5).

El *enfoque o abordaje sindromático* comprende la identificación clínica de un síndrome asociado a un número de agentes etiológicos bien definidos, ofreciendo tratamiento para la mayoría de los agentes responsables más frecuentemente de dicho síndrome en la localidad.

Las ETS pueden ser sintomáticas o asintomáticas; alrededor de cinco de cada diez hombres y ocho de cada diez mujeres con ETS no desarrollan síntomas; por esto, deben buscarse en toda persona que presente un comportamiento sexual de riesgo, así no presente síntomas. De hecho, las ETS son transmitidas usualmente por personas que tienen infecciones asintomáticas o que tienen síntomas que ignoran (Ibídem: 6).

Cuando una ETS es sintomática puede manifestarse más frecuentemente como alguno de los síndromes relacionados en la clasificación por síndromes; sin embargo, no son las únicas manifestaciones posibles; en general, es importante recordar que así como no toda manifestación en genitales es una ETS, no todas las ETS presentan manifestaciones en genitales. Los periodos de incubación son muy variables para cada síndrome. Los periodos de transmisibilidad también son variables e incluyen estados asintomáticos; sin embargo, algunas infecciones parecen requerir de lesiones activas (HSV 2, VPH).

Las ETS pueden clasificarse, entre otras maneras, según el síndrome asociado con mayor frecuencia; este protocolo, hace referencia al manejo y vigilancia de los síndromes de secreción uretral, cervicitis mucopurulenta, epididimitis, enfermedad pélvica inflamatoria aguda, vulvovaginitis, vaginosis bacteriana, lesiones ulcerativas de los genitales, bubón o inflamación inguinal, verrugas anales y genitales.

La vigilancia de la infección por el VIH y el sida, la hepatitis B y la sífilis congénita son objeto del respectivo protocolo de vigilancia.

1.2 Complicaciones

Individualmente, las ETS tienen un enorme impacto por sus frecuentes complicaciones, siendo más vulnerables las mujeres y los niños cuando las adquieren por transmisión vertical.

En mujeres, la complicación más frecuente es la enfermedad pélvica inflamatoria, con sus consecuencias como infertilidad, dolor pélvico crónico y embarazo ectópico con mortalidad materna asociada; el espectro de complicaciones y secuelas puede incluir el cáncer de cérvix, la enfermedad hepática crónica, cirrosis y carcinoma hepático, neoplasias linfoides y todas las implicaciones de la paraparesia espástica, además de las alteraciones del embarazo.

En niños, el espectro de complicaciones y secuelas puede incluir el aborto, la muerte perinatal, malformaciones congénitas, ceguera, sordera, lesiones óseas y lesiones neurológicas irreversibles.

En hombres, el espectro de complicaciones y secuelas puede incluir la orquitis y epididimitis, la infertilidad, el cáncer de pene, la enfermedad hepática crónica, la cirrosis, el carcinoma hepático, las neoplasias linfoides y todas las implicaciones de la paraparesia espástica.

1.3 Caracterización epidemiológica

El problema de salud que generan las enfermedades de transmisión sexual ETS es muy grande en el mundo y más manifiesto en los países en vía de desarrollo, donde se carece de programas efectivos para su control y notificación. En 1995, la Organización Mundial de la Salud –OMS–, estimó la presencia de 333 millones de nuevos casos de sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis. Así mismo, se calculó en treinta millones el número de casos nuevos, por año, de infección por papilomavirus humano, veinte millones por herpes genital y siete millones de chancro blando, además de los casos de linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal que varían en frecuencia de acuerdo con las diferentes regiones (Orozco, 1998: 111).

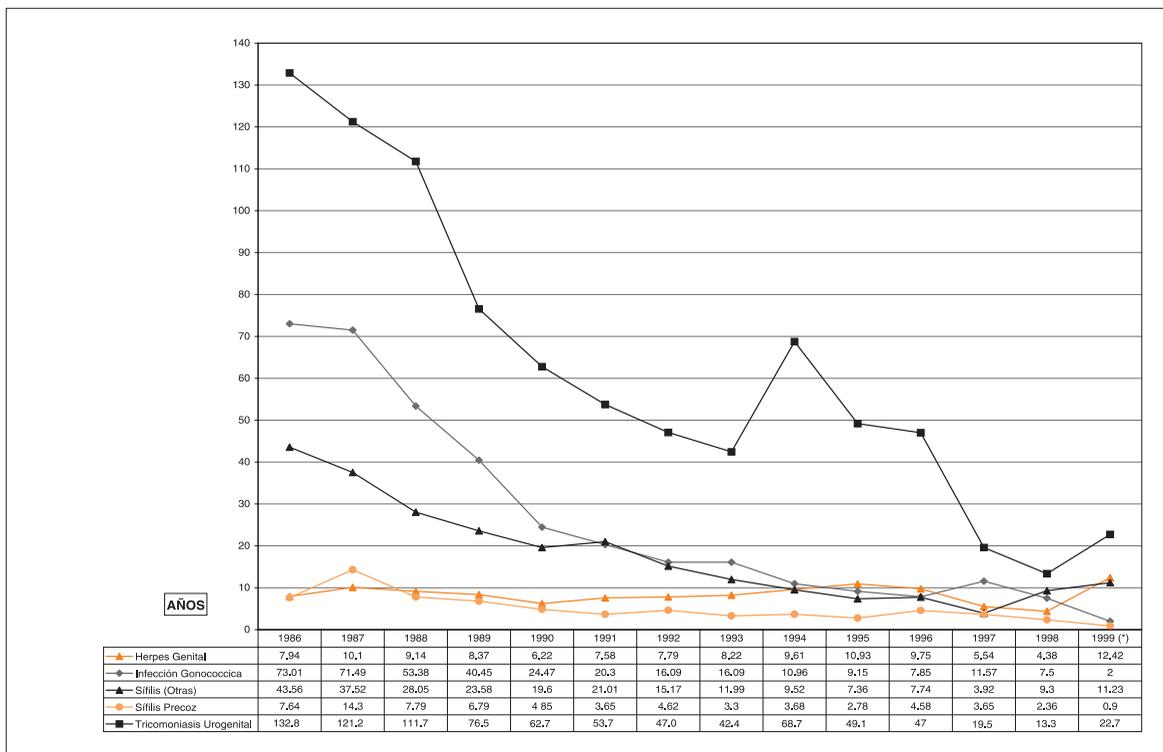
En Bogotá, la observación del comportamiento epidemiológico de las enfermedades de transmisión sexual, se ve limitada por el subregistro desde 1997, debido a la transición entre el sistema de información del antiguo sistema nacional de salud y el sistema de información del SGSSS, pasando de la principal fuente de notificación SIS12 al RIPS o registro individual de prestación de servicios, que aún no funciona en todas las IPS del país; lo que se refleja en la disminución de las tasas de incidencia (véase el gráfico 1).

Por otra parte, teniendo en cuenta que la reducción de factores de riesgo en poblaciones vulnerables a estas enfermedades, es posible a través de la modificación de la conducta sexual y el incremento en el uso del condón, como elementos claves en la prevención y control, la Encuesta nacional de demografía y salud 2000 (Profamilia, 2000: 163), demostró debilidad en el conocimiento de las ETS por parte de las mujeres encuestadas en la ciudad de Bogotá, pues 50,5% no tenía conocimiento sobre las ETS, 4,1% no conocía los síntomas de las ETS, 15,1% conocía por lo menos un síntoma y 30,2% conocía dos o más síntomas.

En cuanto al uso del condón, según la misma fuente 10,9% de las mujeres que tuvieron relaciones sexuales con su esposo o compañero usaron condón en la última relación sexual, 27,7% de las que no conviven con el compañero lo usaron, y 16,6% informan que lo usan con cualquier compañero, lo que implica que las mujeres con vida sexual activa en Bogotá están en alto riesgo de infección por cualquier ETS, incluyendo el VIH.

Gráfico 1

Tasa de incidencia anual de infección por algunas enfermedades de transmisión sexual. Bogotá, D. C., 1985-1999



1.4 Factores y conductas de riesgo para adquirir ETS

Están en riesgo de adquirir ETS todas las personas con vida sexual activa. Sin embargo, existen exposiciones a situaciones de mayor riesgo que hacen sospechar la infección en toda persona, hombre o mujer, cualquiera que sea su edad. Se consideran como las principales exposiciones de riesgo:

- ◆ *Comportamiento sexual de riesgo:* el cual puede definirse como el antecedente de por lo menos un contacto sexual penetrativo sin protección (sin uso de condón) con una persona de la cual se ignora si tiene o no una ETS o se sabe que la tiene.
- ◆ *Antecedentes personales de haber padecido una ETS.*
- ◆ *Consumo de drogas psicoactivas y alcohol (marihuana, basuco, cocaína, heroína, alcohol, entre otras):* éstos disminuyen el control y la capacidad de juicio para protegerse de las ETS durante la relación sexual.

Existen otros factores de riesgo asociados a la conducta sexual de las personas que influyen en la transmisión de ETS, tales como:

- ◆ El grado de trauma asociado a la actividad sexual.
- ◆ El juego erótico pos, eyaculatorio no protegido, es decir sin condón.
- ◆ El maltrato o abuso sexual, o las violaciones.
- ◆ El hacinamiento, especialmente en las cárceles.
- ◆ La falta de información y educación sexual apropiada.

- ◆ El pobre acceso a elementos preventivos, especialmente condones.
- ◆ El comportamiento sexual desconocido del compañero.

1.5 Agente

En el cuadro 1 se presentan las enfermedades y síndromes de ETS más comunes según agente causal.

Cuadro 1
Enfermedades y síndromes más comunes de ETS y su agente causal

SÍNDROME	PRINCIPALES AGENTES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
Secreción uretral (uretritis masculina)	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia Trachomatis</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i> <i>Trichomonas vaginalis</i> Virus del Herpes simple
Cervicitis mucopurulenta	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> ; <i>Chlamydia trachomatis</i>
Hinchazón en el escroto (epididimitis)	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> ; <i>Chlamydia trachomatis</i>
Dolor abdominal bajo (enfermedad pélvica inflamatoria aguda)	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> ; <i>Chlamydia Trachomatis</i> ; bacterias asociadas a la vaginosis bacteriana
Vulvovaginitis	<i>Candida albicans</i> ; <i>Trichomonas vaginalis</i>
Vaginosis bacteriana	Bacterias asociadas a la vaginosis bacteriana (<i>Gardenella vaginalis</i> , <i>Bacteroides</i> , <i>Peptostreptococcus</i> , <i>Mobiluncus</i> , <i>Eubacterium</i> , <i>Fusobacterium</i> , <i>Veillonella</i> , <i>Prevotella</i> , <i>Porphyromonas</i> y <i>Micoplasmas</i>)
Lesiones ulcerativas de genitales	<i>Treponema pallidum</i> , <i>H. Ducreyil</i> , <i>C. Trachomatis</i> (cepas LGV), <i>C. Granulomatis</i> , <i>HSV-2</i> , <i>HSV-1</i>
Bubón o inflamación inguinal	<i>C. trachomatis</i> (cepas LGV), <i>H. Ducreyil</i> , <i>C. granulomatis</i> , <i>T. pallidum</i> , <i>HSV-2</i> , <i>HSV-1</i> .
Verrugas anales y genitales	Virus del papiloma humano (tipo genital), virus del molusco contagioso
Escabiosis	<i>Sarcoptes scabiei</i> var. <i>hominis</i>
Conjuntivitis neonatal	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Pediculosis púbica	<i>Phthirus pubis</i>
Sida	Virus de la inmunodeficiencia humana VIH tipo 1 y 2
Hepatitis viral	<i>Virus de la Hepatitis B VHB</i>
Paraparesia espástica tropical PET/HAM	Virus <i>T Linfotrópico</i> Humano HTLV-1
Cáncer de células escamosas en cérvix, ano, vulva, vagina, o pene	Virus del papiloma humano (especialmente los tipos 16, 18, 31, y 45)
Sarcoma de Kaposi	HSV-8 (?)
Neoplasias linfoides	VIH, VEB, HTLV-1
Carcinoma hepatocelular	VHB

Fuente: *El Control de las ETS, un manual para el diseño y la administración de programas*. AIDSCAP/Family Health International, 1997.

1.6 Modo de transmisión

A través del contacto con secreciones genitales durante las prácticas sexuales, durante la gestación, en trabajo de parto o *in útero* y algunos por la leche materna como el VIH y HTLV 1.

1.7 Periodo de incubación, periodo de trasmisibilidad

En el cuadro 2 se describen estos periodos, según agente causal.

Cuadro 2
Periodos de incubación y transmisibilidad por agente causal

PRINCIPALES AGENTES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	PERIODO DE INCUBACIÓN	PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	2 a 7 días	Meses o años
<i>Chlamydia Trachomatis</i>	3 a 30 días	Meses o años
<i>Ureaplasma ureayticum</i>	> 7 días	
<i>Trichomonas vaginalis</i> , protozoario flagelado	4 a 20 días, con un promedio de 7 días	Lo que dura la infección persistente, a veces años
Virus de herpes simple	Dos a doce días	Siete a doce días (lesión primaria); cuatro a siete días (enfermedad recurrente)
<i>Candida albicans</i>	Dos a cinco días	Mientras duren las lesiones
<i>T. pallidum</i> (espiroqueta)	Diez días a tres meses	Variable e indefinido
<i>Haemophilus Ducreyi</i>	Tres a cinco días	Hasta lograr cicatrización de lesiones
Virus del papiloma humano (tipo genital), virus del molusco contagioso	Siete días a seis meses, promedio de dos meses	Se desconoce, pero posiblemente dure el tiempo que persistan las lesiones
Virus del papiloma humano (especialmente los tipos 16, 18, 31, y 45)	Varía de tres semanas a ocho meses, promedio de tres meses	Mientras haya lesiones mucocutáneas evidentes o no. Puede durar años si el paciente no es tratado.
<i>Sarcoptes scabiei</i> , un ácaro	Dos a seis semanas antes del prurito sin previa exposición al ácaro y de uno a cuatro días a partir de la segunda exposición	Mientras no se destruyan los ácaros y los huevos por medio del tratamiento, por lo regular después de una o dos series de tratamiento, con una diferencia de una semana.
<i>Pitirus pubis</i> , la ladilla	En circunstancias óptimas, las larvas de los piojos salen de los huevos en el término de una semana, y alcanzan su madurez sexual de ocho a diez días después de haber quedado en libertad.	Mientras haya piojos vivos en la persona infestada
VHB	45 a 180 días, con un promedio de 60 a 90 días	Muchas semanas antes de los primeros síntomas, durante la infección aguda y en la fase de portador crónico puede persistir toda la vida.
Virus T linfotrópico humano-1 HTLV-1 Primer retrovirus	Se desconoce	Se desconoce

Fuente: Restrepo, Ángela et al. Fundamentos de medicina. Enfermedades infecciosas. Quinta edición, pp. 165-189.

1.8 Reservorio

Es común para todos los agentes mencionados el ser humano como reservorio; sin embargo, es posible señalar que hay especies de *Sarcoptes* (causante de la escabiosis), otros ácaros de los animales que pueden vivir en el hombre, pero no se reproducen en la piel. Y que, probablemente, otros primates sean infectados por cepas del HTLV (causante de la paraparesia espástica tropical).

2. Definiciones de caso

2.1 Caso de enfermedad de transmisión sexual

Las enfermedades de transmisión sexual son todas aquellas infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual, fundamentalmente durante las relaciones sexuales penetrativas de pene o lengua a vagina, ano o cavidad oral. Algunas también son transmitidas de madre a hijo, durante la gestación, el parto, o la lactancia o a través del contacto sanguíneo. Su transmisión sexual ocurre cuando se presenta un comportamiento sexual de riesgo

2.2 Caso según síndrome

En el cuadro 3 se describen los síndromes y la definición del caso (véanse los flujogramas).

Cuadro 3
Definición de caso

SÍNDROME	DEFINICIÓN DE CASO
Secreción uretral (uretritis masculina)	Secreción uretral en hombres con o sin disuria
Secreción uretral persistente en hombres	Secreción uretral persistente, recurrente, disuria
Hinchazón del escroto (epididimitis)	Paciente con dolor e hinchazón del escroto
Flujo vaginal (Cervicitis mucopurulenta, enfermedad pélvica inflamatoria aguda, vulvovaginitis, vaginosis bacteriana)	Paciente que se queja de flujo vaginal anormal (anormal en cantidad, color, olor o prurito/sensación de quemadura vulvar)
Dolor abdominal bajo	Paciente que se queja de dolor abdominal bajo
Lesiones ulcerativas de genitales	Paciente que se queja de llaga o úlcera genital
Conjuntivitis neonatal	Todo bebe menor de 1 mes con los ojos hinchados y purulentos
Bubón o inflamación inguinal	El paciente se queja de edema inguinal
Verrugas anales y genitales	Paciente con verrugas anales o genitales que busca tratamiento por razones cosméticas, por dolor, por incomodidad e incapacidad, dependiendo de la localización de las lesiones

3. Fuentes de información

- ◆ Ficha única de notificación de síndromes ETS, excepto VIH y sida y sífilis congénita, las cuales tienen su propia ficha.
- ◆ Registro integral de prestación de servicios de salud –RIPS–.

4. Intervenciones

4.1 Individual

4.1.1 Detección

La detección de las ETS se inicia cuando cualquier persona de cualquier sexo entra en contacto con el prestador de servicios de salud, por cualquier motivo.

◆ Anamnesis

- En estas personas, como parte de la anamnesis rutinaria, en el interrogatorio de antecedentes personales debe investigarse y establecerse su vulnerabilidad a las ETS.
- Para efectos del procedimiento, la vulnerabilidad se establece cuando la persona tiene un comportamiento sexual de riesgo, según la definición previamente consignada.
- Esto implica que el interrogatorio debe dirigirse específicamente a establecer si existe o no un comportamiento sexual de riesgo. Se sugiere preguntar, por ejemplo: *¿ha tenido relaciones sexuales?*, y en caso afirmativo, *¿con que planifica?*, para establecer la existencia de un comportamiento sexual de riesgo, a menos que esa relación no protegida haya sido con una persona de la cual se tiene certeza de que no tiene una ETS (por ejemplo, porque haya sido su primera relación sexual).
- Si no existe un comportamiento sexual de riesgo se termina la detección y se envía el paciente a la actividad grupal de educación para la prevención, si no ha asistido durante el año.
- Si existe un comportamiento sexual de riesgo se determinará si hay síntomas como secreción uretral o ardor al orinar en el hombre, o flujo, molestias al orinar o dolor vulvar o pélvico en la mujer; en caso de ser así, debe remitirse a consulta médica general para examen completo y tratamiento.

◆ Examen físico

El examen físico del área genital y perianal debe ser exhaustivo, tratando de identificar la lesión. Debe retraerse el prepucio y examinar el escroto en busca de lesiones no aparentes a la simple inspección; deben separarse los glúteos para examinar correctamente la región perianal y utilizar espéculo para evaluar los genitales internos femeninos y las características de la secreción vaginal, verificar linfadenopatía, como consecuencia de la infección misma que causa la ETS o de infecciones bacterianas sobreagregadas, caracterizar el dolor entre otros.

◆ Atención y tratamiento

Todo paciente que consulte por una ETS, o que esta se le identifique durante el proceso de detección, debe ser diagnosticado sindromáticamente y su ETS resuelta en el mismo día en que solicita la atención, según los síndromes definidos en la clasificación consignada previamente.

1. En caso de hallazgos positivos, debe diagnosticarse y tratarse sindromáticamente en la misma cita y debe enviarse a consejería preprueba, la cual debe ser realizada por un psicólogo, o por otro profesional entrenado en consejería, en la cual el paciente decidirá si desea realizarse la prueba presuntiva de VIH.

2. Deben solicitarse los siguientes paraclínicos para identificar ETS no manifiestas:
 - ♦ Citología cervicouterina en la mujer.
 - ♦ Serología RPR o VDRL en hombre y mujer.
3. Finalmente, debe enviarse a una sesión individual de educación para prevención.

4.1.2 Tratamiento farmacológico

Todo paciente que sea diagnosticado con una ETS debe ser tratado de inmediato y sindromáticamente. La orientación del tratamiento farmacológico puede variar si los estudios locales establecen diferentes frecuencias en agentes patógenos o combinaciones de ellos para alguno de los síndromes.

La selección de los medicamentos debe basarse en los siguientes criterios:

- ♦ Eficacia mayor de 95%.
- ♦ Bajo costo.
- ♦ Toxicidad aceptable.
- ♦ Baja resistencia.
- ♦ Dosis única.
- ♦ Administración oral.
- ♦ No contraindicación en gestantes o mujeres lactando.

Secreción uretral u cervicitis mucopurulenta

Para tratar la secreción uretral y la cervicitis mucopurulenta, el manejo está orientado a cubrir *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, se puede utilizar el siguiente esquema:

Ciprofloxacina 500 mg vía oral en dosis única
MÁS
Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por siete días

La Ciprofloxacina puede ser reemplazada por Ceftriaxona 250 mg intramuscular en dosis única (elección en gestantes), o por Norfloxacin 800 mg vía oral en dosis única (Joesoef et al., 1995; Kaplowitz et al., 1987). La Doxiciclina puede ser reemplazada por Eritromicina (elección en gestantes) 500 mg cada 6 horas durante siete días (Kirby et al., 1994), la dosis puede ser de 250 mg cada 6 horas durante catorce días; para el etilsuccinato de eritromicina la dosis debe ser de 800 mg cada 6 horas por siete días, o de 400 mg cada 6 horas por catorce días, o por Amoxicilina (elección en gestantes) 500 mg cada 8 horas durante siete días (Martin et al., 1995 ; Mindel et al., 1986). Otra alternativa será la Azitromicina a dosis de 1 g dosis única (Ministerio de Salud, 1999).

Hinchazón del escroto

Para tratar la hinchazón del escroto (epididimitis), y la cervicitis mucopurulenta, el manejo está orientado a cubrir *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*. Puede utilizarse el

siguiente esquema, recomendado por el Centro para el Control de Enfermedades (CDC), de los Estados Unidos:

Ceftriaxone 250 mg IM, dosis única
MÁS
Doxiciclina 100 mg oral, 2 veces al día por 10 días

Lesiones ulcerativas genitales

En el tratamiento de las lesiones ulcerativas de genitales, orientado a cubrir *T. pallidum* y *H. ducreyii*, puede utilizarse el siguiente esquema:

Penicilina benzatínica 2'400.000 UI intramuscular en dosis única
MÁS
Ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas por tres días

La penicilina benzatínica puede ser reemplazada (excepto en la gestante) por Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante catorce días, o por Tetraciclina 500 mg cada 6 horas por catorce días, y la Ciprofloxacina puede ser reemplazada por Ceftriaxona 250 mg intramuscular en dosis única (elección en gestantes), por Azitroicina 1.0 gr dosis única (Orozco , 1998) o por Eritromicina 500 mg cada 6 horas por siete días. Debe buscarse al compañero sexual para tratamiento.

Para el tratamiento de las lesiones ulcerativas de genitales, orientado a cubrir el virus del herpes simple –HSV– en su primer episodio, puede utilizarse el siguiente esquema:

Aciclovir 400 mg cada 8 horas vía oral por siete a diez días

El esquema de Aciclovir puede ser de 200 mg cada 4 horas en cinco dosis diarias vía oral durante siete a diez días (Patel et al., 1997). Para recurrencias se utilizan las mismas dosificaciones pero sólo durante cinco días. Debe buscarse al compañero sexual para detección del VHS. También se está utilizando el Valaciclovir en dosis de 500 mg una vez al día por cinco días (Profamilia, 2000); sin embargo, hay que tener en cuenta el costo pues no está cubierto por el POS

Verrugas genitales

Aplicación local de Podofilina al 0,5% en las lesiones perineales, o del pene (Restrepo et al., 1996).

Flujos vaginales

El tratamiento de los flujos vaginales deberá orientarse hacia *Cándida albicans*, *Trichomonas* y vaginosis bacteriana.

Para tratar la vaginitis, orientado a cubrir *T. vaginalis* y *C. albicans*, puede utilizarse el siguiente esquema (Rosenn, 1995; Silverman et al., 1994):

Metronidazol 2 gramos vía oral en dosis única
MÁS
Clotrimazol 100 mg tópico cada noche por siete días

El Clotrimazol puede ser reemplazado por Nistatina 100.000 UI tópico cada noche por catoce noches; para el tratamiento de la *C. albicans* se prefieren los medicamentos tópicos y de dosis múltiples, se tienen medicaciones orales como el Ketoconazol a dosis de 400 mg día por cinco días para la pareja (Rosenn et al., 1995) o el floconazol a dosis única de 150 mg (Steingrímsson et al., 1994). En la gestante en primer trimestre sólo se usa el Clotrimazol, y al pasar al segundo trimestre se administra el Metronidazol. En el tratamiento de *T. vaginalis* el compañero sexual debe recibir igual tratamiento.

Vaginosis bacteriana

En el tratamiento de la vaginosis bacteriana, orientado a cubrir flora anaerobia vaginal, puede utilizarse el siguiente esquema:

Metronidazol 2 gramos vía oral en dosis única

El esquema de Metronidazol puede ser de 500 mg cada 12 horas vía oral por siete días (puede utilizarse solo después del primer trimestre en gestantes); para el tratamiento de la vaginosis bacteriana se prefieren nitroimidazoles sistémicos, no tópicos. El compañero sexual no requiere tratamiento (Strand et al., 1995).

Dolor abdominal bajo (enfermedad pélvica inflamatoria)

La enfermedad pélvica inflamatoria deberá ser diagnosticada por el médico después de un examen abdominal y ginecológico completo, descartado previamente embarazo ectópico y apendicitis.

Para tratar la enfermedad pélvica inflamatoria aguda ambulatoriamente, orientado a cubrir *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, puede utilizarse el siguiente esquema (Sobel et al., 1994; Sobel et al., 1995):

Metronidazol 500 mg cada 8 horas vía oral por siete días
MÁS
Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por catorce días
o
Ceftriaxona 250 mg intramuscular en dosis única
MÁS
Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por catorce días

Para tratar la enfermedad pélvica inflamatoria aguda hospitalariamente, orientado a cubrir *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, puede utilizarse el siguiente esquema (Sweet et al., 1995):

Clindamicina 900 mg endovenoso cada 8 horas
MÁS
Gentamicina (2 mg/kg inicial) y 1,5 mg/kg mantenimiento o IV cada 6 horas ó 3 mg/kg IM /día

Otros esquemas requieren de medicamentos o presentaciones no incluidas en el manual de medicamentos y terapéutica vigente.

Conjuntivitis neonatal

Ceftriaxona 25-50 mg IM. Dosis única hasta un máximo de 125 mg.

La madre y su(s) pareja(s) debe recibir tratamiento contra gonorrea y clamidia

Azitromicina 1 gr. Vía oral dosis única
MÁS
Ciprofloxacina 500 mg vía oral dosis única

Si al revisar el bebé a los tres días aún persiste la secreción purulenta, debe darse tratamiento para clamidia:

Eritromicina base jarabe 50 mg/kg/día cada 6 horas por 10 a 14 días

Bubón o inflamación inguinal

En el tratamiento del bubón o inflamación inguinal, orientado a cubrir *C. granulomatis*, *C. trachomatis* (cepas LGV) y *H. ducreyii*, puede utilizarse el siguiente esquema:

Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por veintiún días
MÁS
Ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas vía oral por tres días

La Doxiciclina puede reemplazarse por Eritromicina (elección en gestantes) 500 mg cada 6 horas durante veintiún días, y la Ciprofloxacina puede ser reemplazada por Ceftriaxona (elección en gestantes) 250 mg intramuscular en dosis única, o por Eritromicina (elección en gestantes) 500 mg cada 6 horas por siete días. Se debe buscar al compañero sexual para tratamiento.

Epididimitis

En el tratamiento de la epididimitis, orientado a cubrir *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, puede utilizarse el siguiente esquema:

Ceftriaxona 250 mg intramuscular en dosis única

MÁS

Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por diez días

Si el paciente es tratado sintomáticamente y la unidosis o primera dosis es supervisada, no es necesaria una cita de control. Se exceptúa de lo anterior la mujer con diagnóstico de verrugas genitales, que debe ingresar al programa de prevención de cáncer cervicouterino.

Si el paciente es tratado adecuadamente y regresa sintomático, debe valorarse la posibilidad de reinfección y la posibilidad de inobservancia del tratamiento; si es así, debe repetirse el tratamiento sintomático supervisado y reforzar la educación; si no hay posibilidad de reinfección o de inobservancia del tratamiento, debe intentarse un nuevo tratamiento sintomático supervisado orientado a cubrir otros agentes causantes del síndrome que no fueron cubiertos en el tratamiento inicial. Si esta última posibilidad no es exitosa, debe evaluarse la posibilidad de resistencias o de otros factores que estén impidiendo el tratamiento eficaz.

4.1.3 Notificación

- ◆ *Notificación inmediata e individual* al responsable de la vigilancia epidemiológica de la institución y de la localidad.
- ◆ *Notificación periódica mensual* al área de vigilancia en salud pública de la Secretaría Distrital de Salud con la ficha clínico-epidemiológica correspondiente.

4.2 Colectiva

4.2.1 Búsqueda activa de contactos

4.2.2 Educación para la prevención

Con el fin de mejorar el impacto y la eficiencia de las actividades de educación para la prevención, éstas deben diseñarse y ejecutarse, sin excepción, con una definición clara de los objetivos y metas de eficacia, las cuales deben estar orientadas a intervenir comportamientos, y no sólo a informar.

Para esto, es indispensable conocer y caracterizar los comportamientos sexuales en la población afiliada, de manera que las intervenciones sean dirigidas a subpoblaciones específicas y no a la población en general, utilizando en su diseño alguna metodología participativa con muestras de la población objeto de la actividad.

Las intervenciones en comportamiento deben orientarse básicamente a:

1. Facilitar la autoidentificación de la vulnerabilidad a adquirir ETS.
2. Inducir la demanda de los servicios de atención de ETS, mejorando la conducta de búsqueda de servicios, dando importancia al reconocimiento de posibles alteraciones en el organismo.
3. Reducir la tasa de cambio de pareja sexual.
4. Promover la selección de una pareja sexual segura (fidelidad mutua entre no infectados).
5. Promover alternativas de sexo no penetrativo.
6. Promover el sexo sin alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Características ideales de las intervenciones educativas (Sobe et al., 1994).

- ◆ Tener un fin concreto en reducir los comportamientos de riesgo sexual que podrían llevar a infección por VIH o embarazo.
- ◆ Usar teorías de aprendizaje social como base para el desarrollo de programas, los cuales deben ir más allá del nivel cognoscitivo, deben reconocer las influencias sociales, cambios en los valores individuales, cambios en las normas de que rigen grupos y construcción de habilidades sociales.
- ◆ Proveer la información básica acerca del riesgo de tener una relación sin protección y métodos para disminuir el riesgo de relaciones sexuales sin protección mediante actividades experimentales diseñadas a personalizar esta información.
- ◆ Incluir actividades de dirección social o influencia de medios en los comportamientos sexuales.
- ◆ Reforzar valores individuales y valores en grupos para que eviten el sexo sin protección.
- ◆ Proveer modelos y práctica de habilidades de negociación.
- ◆ Las actividades de educación para la prevención deben realizarse, por lo menos, una vez al año.

5. Indicadores

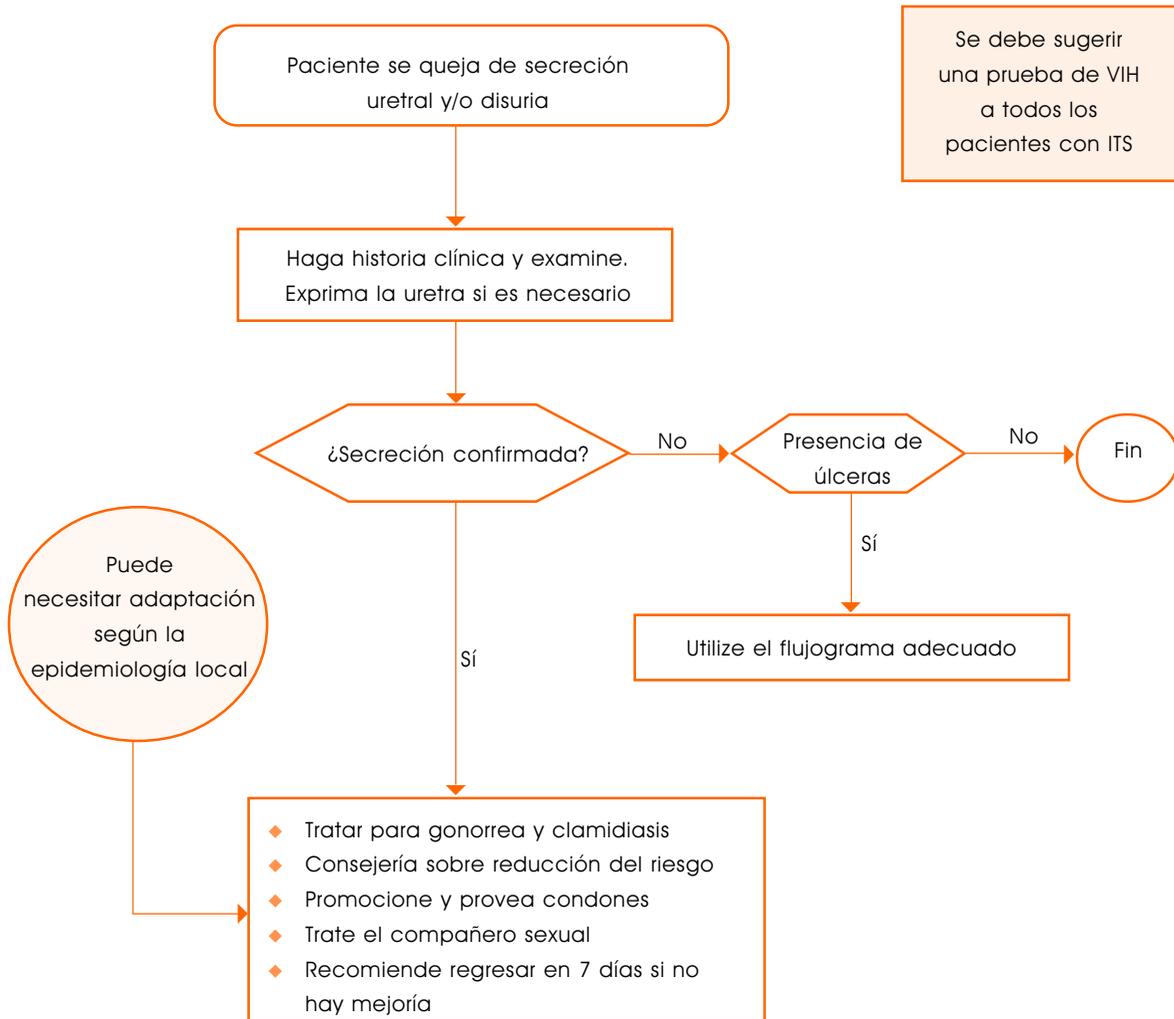
- ◆ Tasa de incidencia anual y tasa de prevalencia de periodo anual por síndrome.
- ◆ Porcentaje de contactos estudiados por caso.
- ◆ Promedio de contactos estudiados por caso.

Bibliografía

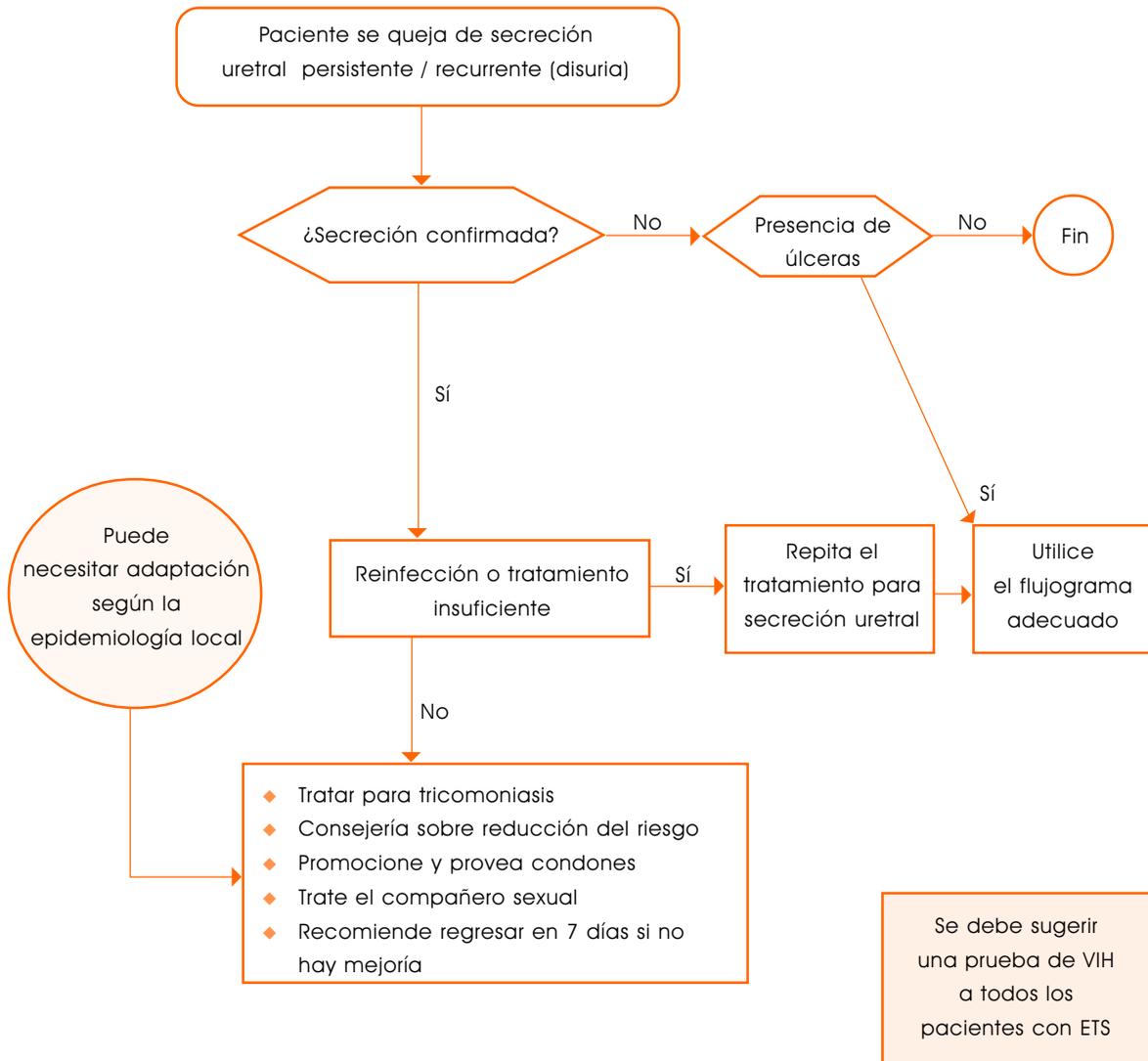
1. Adair, C. D; Gunter, M.; Stovall, T. G. Chlamydia in pregnancy: a randomized trial of Azithromycin and Erithromycin. *Obstet Gynecol.* 1998.
2. Arredondo, J. L.; Díaz, V.; Gaitán, H. Oral clindamycin and ciprofloxacin versus intramuscular ceftriaxone and oral doxycycline in the treatment of mild-to-moderate pelvic inflammatory disease in outpatients. 1997.
3. Centers for Disease Control. Sexually transmitted disease guidelines. *MMWR.* 1993.
4. Hemsell, D. L.; Little, B. B.; Faro, S. Comparison of three regimens recommended by the

- Centers for Disease Control and Prevention for the treatment of women hospitalized with acute pelvic inflammatory disease. 1994.
5. Joesoef, M. R.; Schmid, G. P. Bacterial vaginosis: review of treatment options and potential clinical indications for therapy. *Clinical Infectious Diseases* 20 (Supplement 1): pp. S72-S79. *Clinical Infectious Diseases*. 1995.
 6. Kaplowitz, L. G.; Vishniavsky, N.; Evans, T. et al. Norfloxacin in the treatment of Uncomplicated gonococcal infections. *Am. J. Med.* 1987.
 7. Kirby, D.; Short, L.; Collins, J. et al. School based programs to reduce behaviors: a review of effectiveness. *Public Health Reports*. 1994.
 8. Martin, D. H.; Sargent, S. J.; Wendel, G. D. et al. Comparison of Azithromycin and Ceftriaxone for the treatment of chancroid. *Clin. Infect. Dis.* 1995.
 9. Mindel, A.; Weller, I. V.; Faherty, A. Acyclovir in first attacks of genital herpes and prevention of recurrences. *Genitourin-Med.* 1986.
 10. Ministerio de Salud-Dirección general de promoción y prevención. Guía de atención integral del VIH/sida. Bogotá. 1999.
 11. Orozco, Beatriz. "Manejo sindrómico: nueva estrategia en el abordaje de las enfermedades de transmisión sexual". Dirección Seccional de Salud de Antioquia. *Revista Epidemiológica de Antioquia*. Volumen 23, n° 2-3. 1998.
 12. Patel, R.; Bodsworth, N. J.; Woolley, P. et al. Valaciclovir for the suppression of recurrent genital HSV infection: a placebo controlled study of once daily therapy. International Valaciclovir HSV Study Group. 1997.
 13. Profamilia. Encuesta nacional de demografía en salud de 2000 (ENDS- 2000). Colombia año 2000.
 14. Restrepo M., Ángela; Robledo R., Jaime et al. Enfermedades infecciosas. En *Fundamentos de Medicina*. Corporación para Investigaciones Biológicas. Quinta edición. Medellín. 1996.
 15. Rosenn, M. F.; Macones, G. A.; Silverman, N. S. Randomized trial of Erythromycin and Azithromycin for treatment of Chlamydial infection in Pregnancy. *Infectious Disease in obstetrics and gynecology* 1995.
 16. Silverman, N. S.; Sullivan, M.; Hochman, M. et al. A randomized, prospective trial comparing Amoxicillin and Erythromycin for the treatment of Chlamydia trachomatis in pregnancy. *Am. J. Obstet.-Gynecol.* 1994.
 17. Steingrimsson, O.; Olafsson, J. H.; Thorarinnsson, H. et al. Single dose Azithromycin treatment of gonorrhea and infections caused by C. trachomatis and U. urealyticum in men. *Sex Transm. Dis.* 1994.
 18. Strand, A.; Brinkeborn, R. M.; Siboulet, A. Topical treatment of genital warts in men, an open study of podophyllotoxin cream compared with solution. 1995.
 19. Sobel, J. D.; Schmitt, C.; Stein, G. et al. Initial management of recurrent vulvovaginal candidiasis with oral Ketoconazole and topical Clotrimazole. *J. Reprod. Med.* 1994.
 20. Sobel, J. D.; Brooker, D.; Stein, G. E. et al. Single oral dose Fluconazole compared with conventional Clotrimazole topical therapy of Candida vaginitis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1995.
 21. Sweet, R.; Gibbs, R. Pelvic Inflammatory Disease. En Sweet, R.; Gibbs, R. *Infectious Disease of the Female Genital Tract*. Williams & Wilkins. 3rd Ed. 1995.
 22. Tidwell, B. H.; Kushbaugh, W. B.; Laughlin, M. D. et al. A double blind placebo controlled trial of single dose intravaginal versus single dose oral metronidazole in the treatment of trichomonal vaginitis. *J. Infect. Dis.* 1994.

SECRECIÓN URETRAL

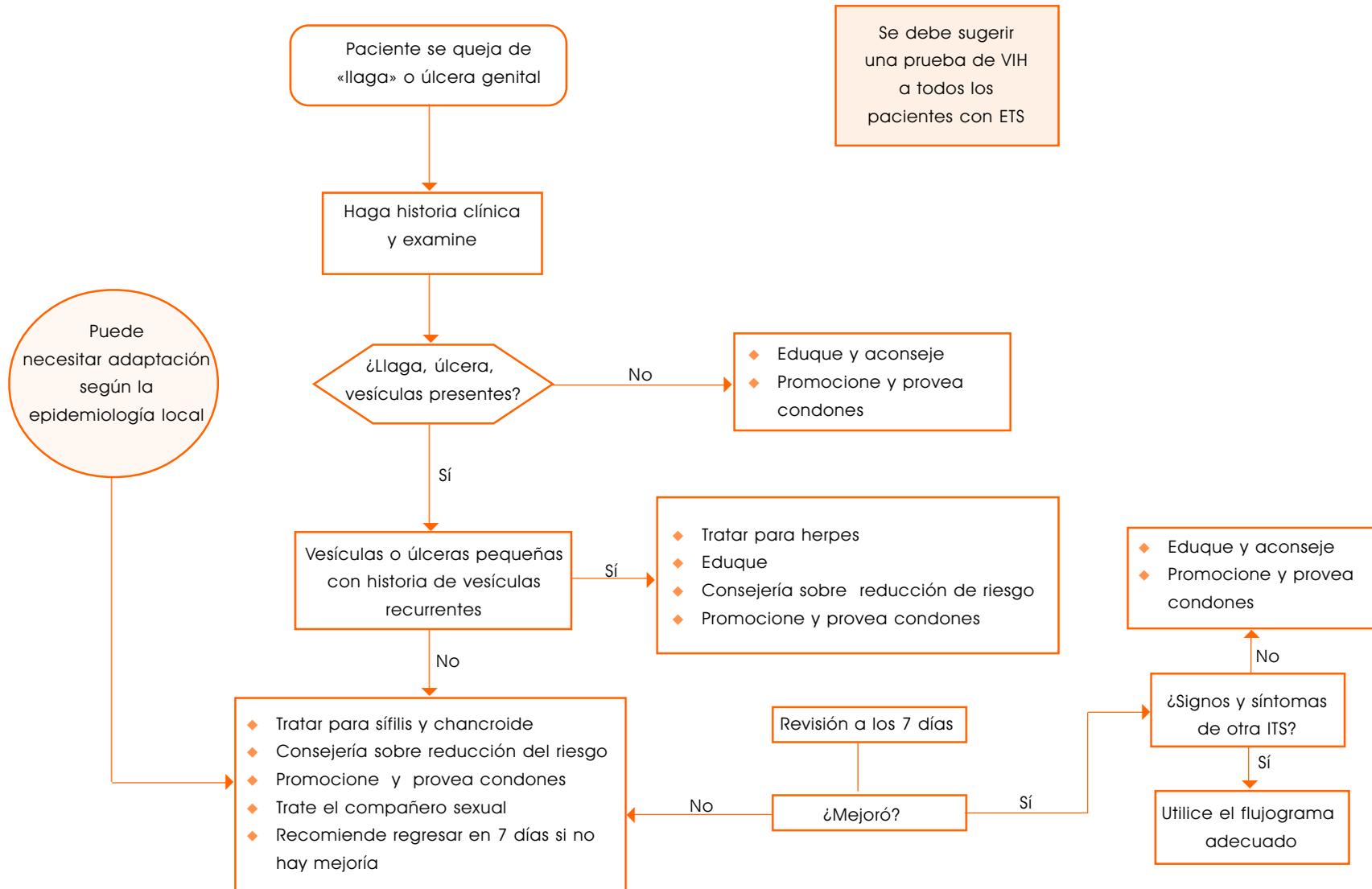


SECRECIÓN URETRAL PERSISTENTE EN HOMBRES*

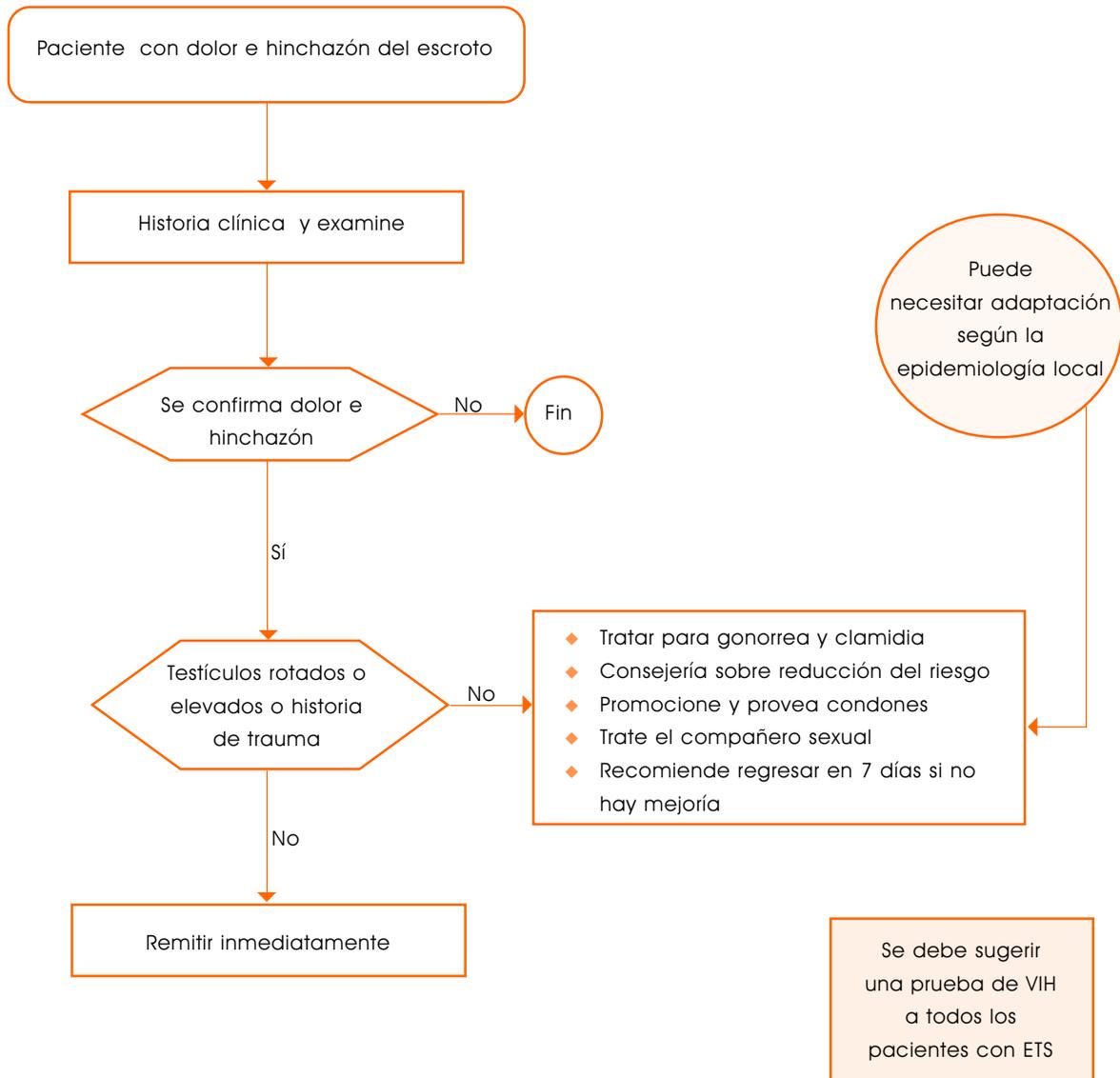


* Este flujograma asume que se dio tratamiento efectivo para gonorrrea y clamidiasis, previo a esta consulta.

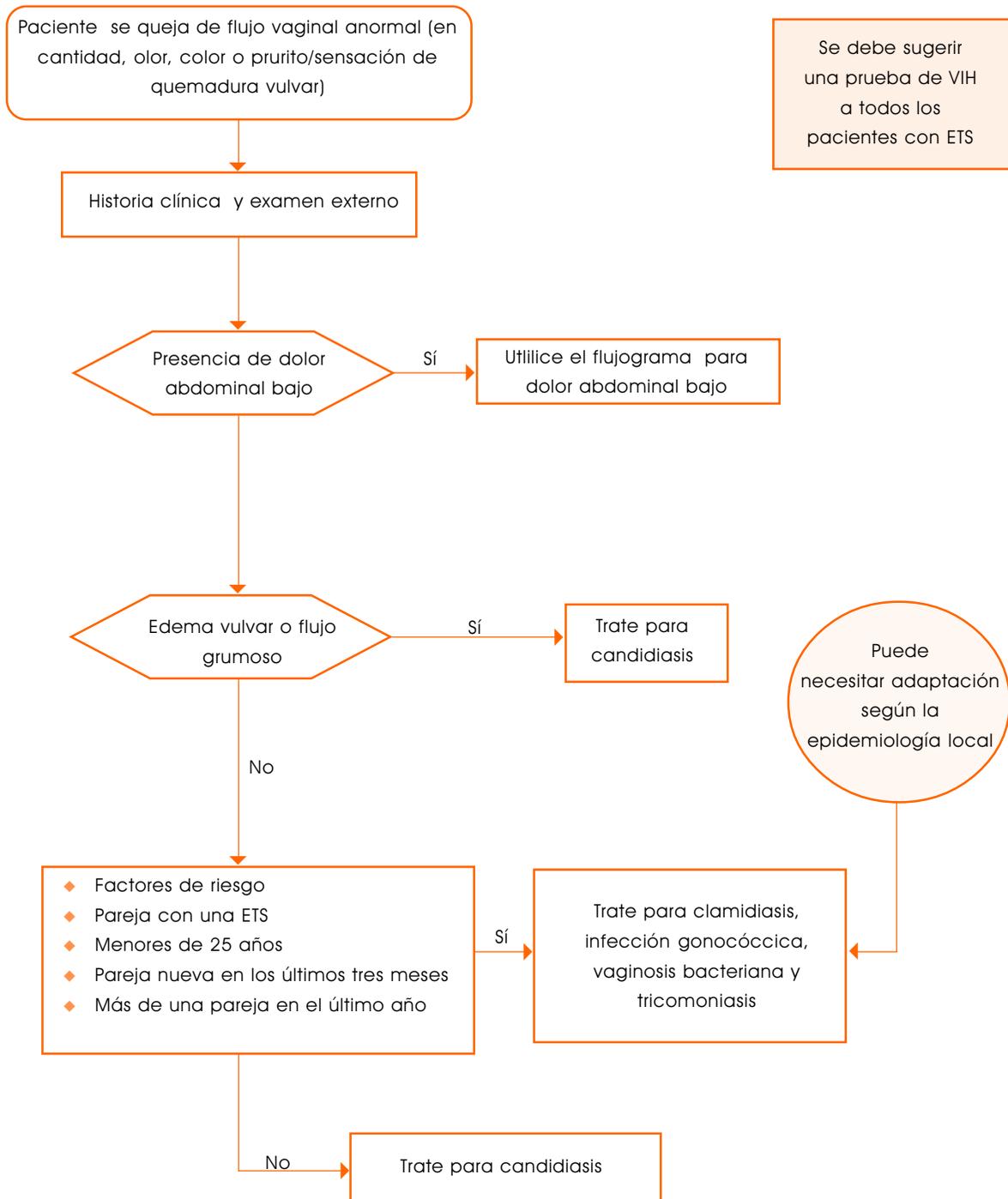
ÚLCERAS GENITALES



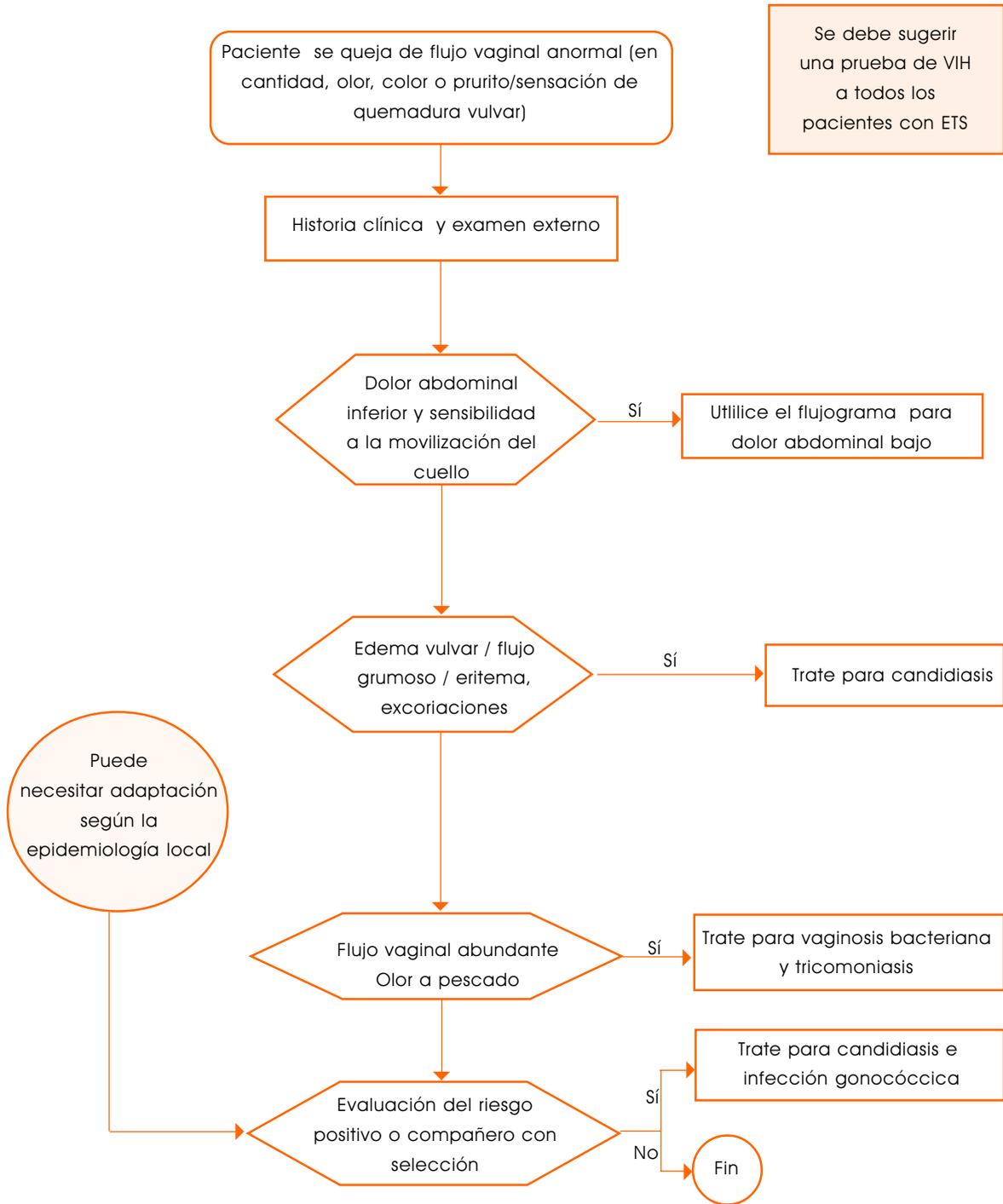
HINCHAZÓN DEL ESCROTO



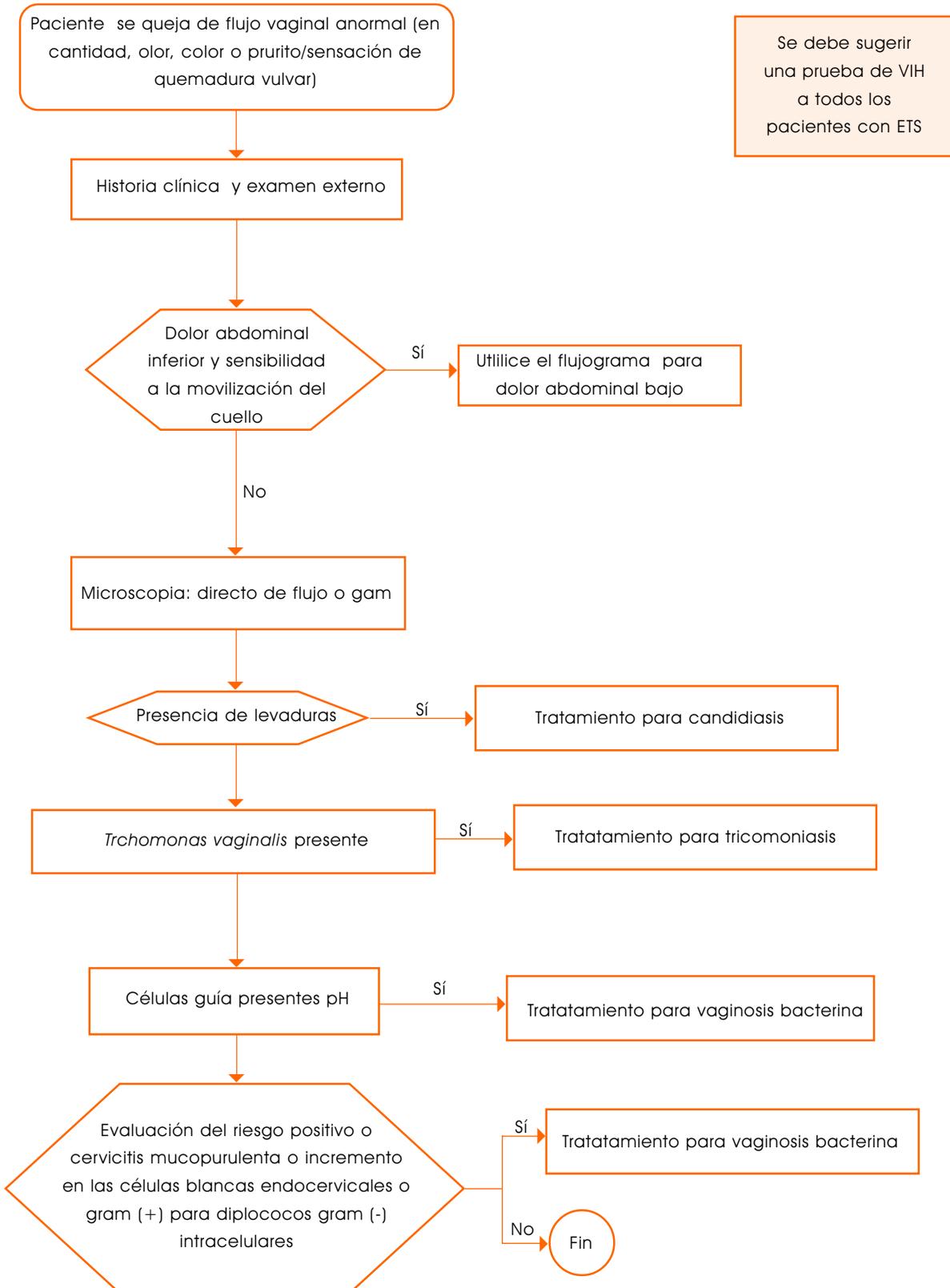
FLUJO VAGINAL



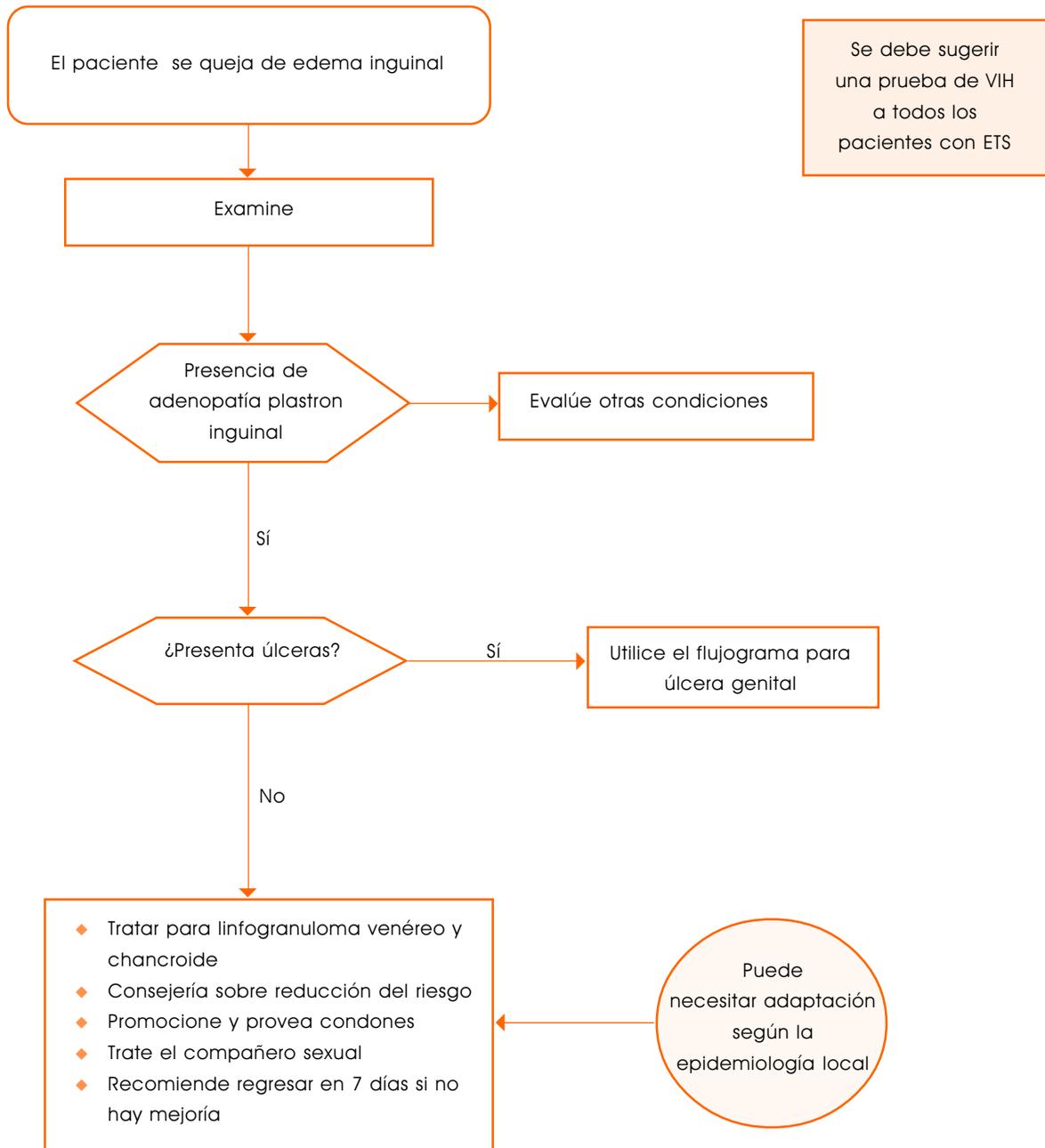
FLUJO VAGINAL (ESPÉCULO Y PALPACIÓN BIMANUAL)



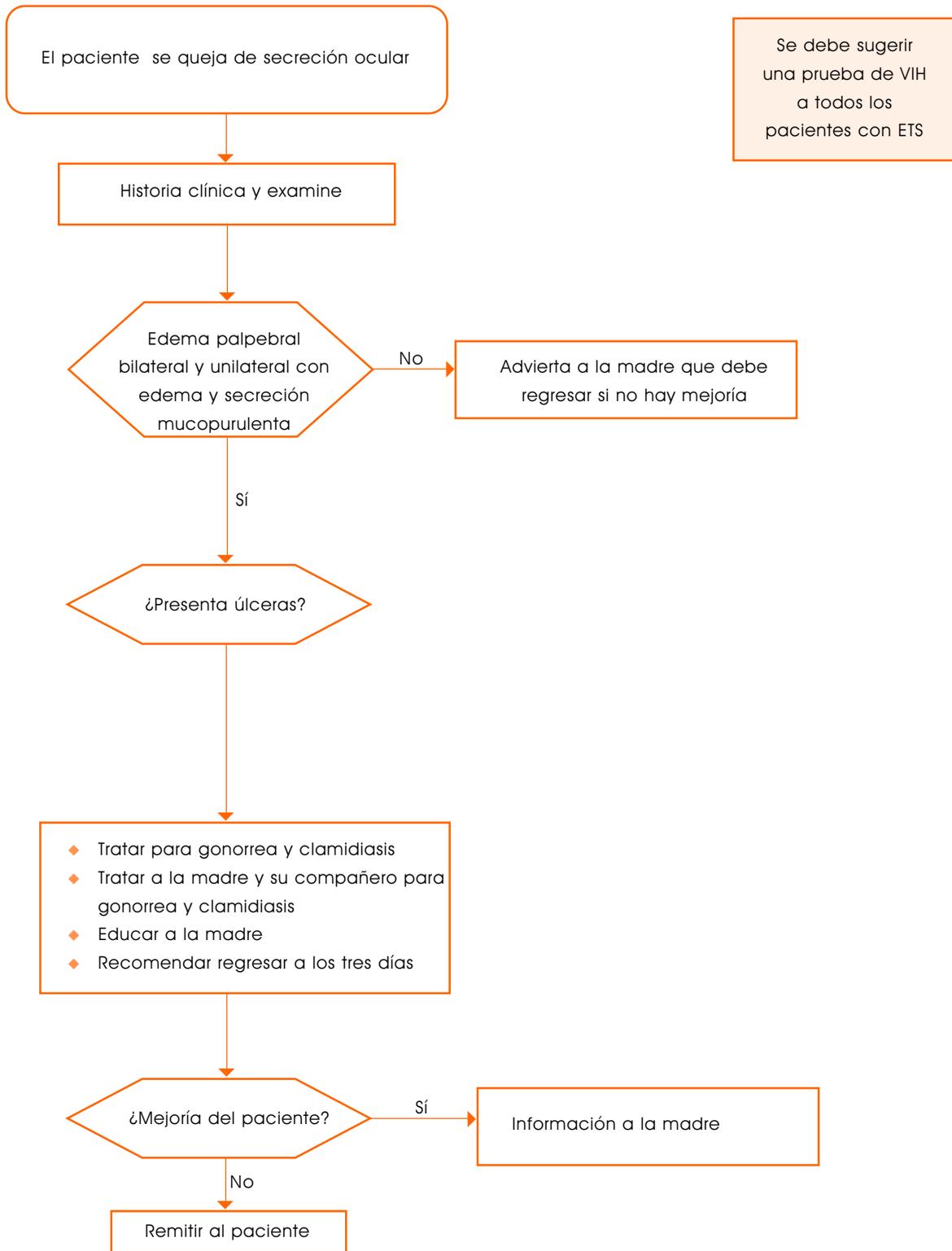
FLUJO VAGINAL (CON ESPÉCULO Y MICROSCOPIO)



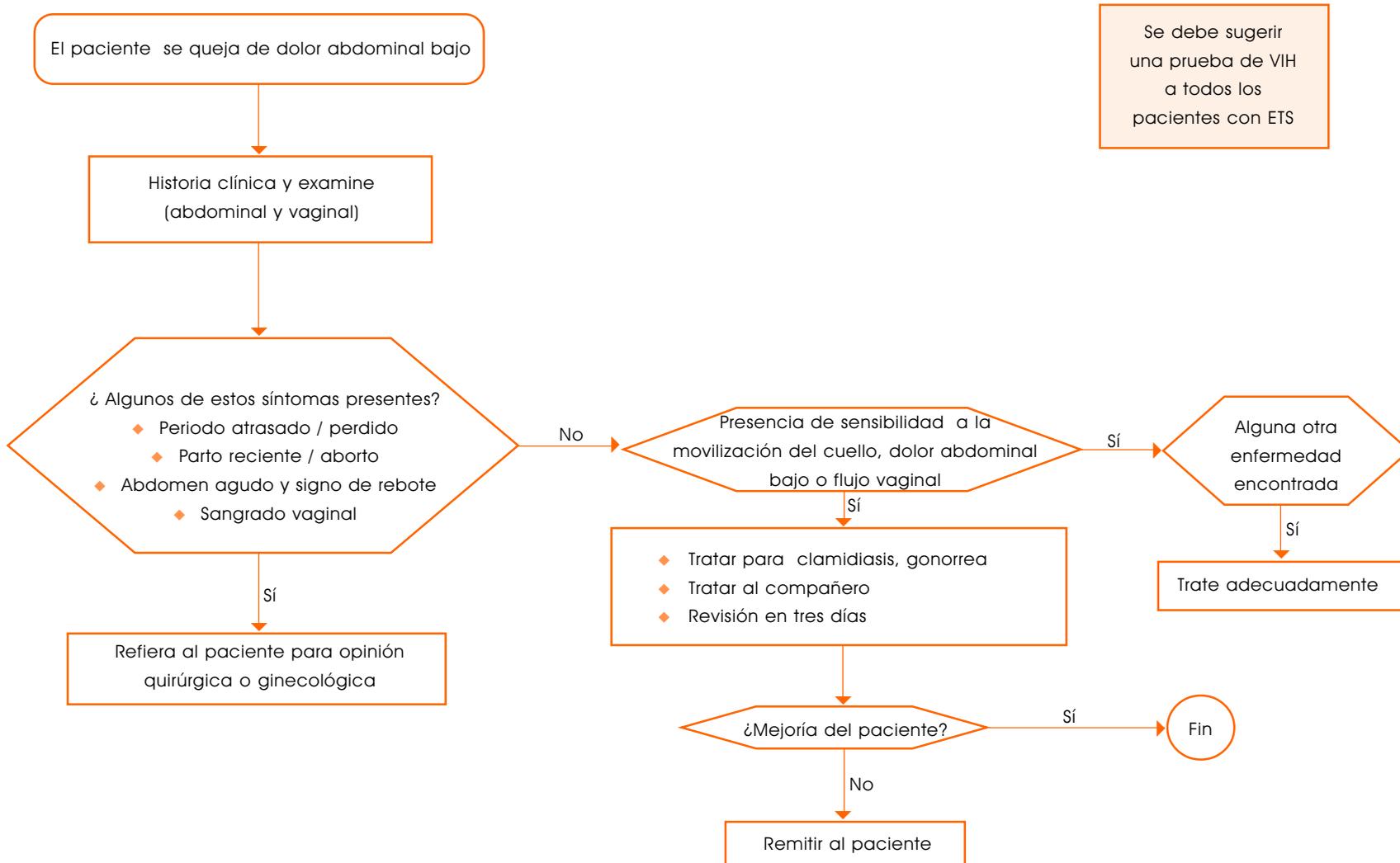
BUBÓN INGUINAL



CONJUNTIVITIS NEONATAL



DOLOR ABDOMINAL BAJO



	<p>SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA ÁREA DE VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA FICHA PARA LA NOTIFICACIÓN DE ETS</p>
---	---

FECHA DE NOTIFICACIÓN	D	D	M	M	A	A		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	D	D	M	M
-----------------------	---	---	---	---	---	---	--	---------------------------	---	---	---	---

I. IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN _____

II. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRES _____		PRIMER APELLIDO _____													
DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											C.C.	1	T.I.	2
EDAD	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			años cumplidos	ESTADO CIVIL:	SOLTERO	1	U. LIBRE	4	BARRIO O M					
				CASADO	2	VIUDO	5								
				SEPARADO	3	OTRO	6								
SEXO	HOMBRE	1						ANTECEDEN							
	MUJER	2						2							
			OCCUPACIÓN:	_____				2							
								2							
RÉGIMEN DE AFILIACIÓN S.G.S.S.	1	CONTRIBUTIVO	2	SUBSIDIADO	3	VINCULADO	4	P/							
AS EGUADORA	_____														

III. DIAGNÓSTICO 1 CLÍNICO 2 CONFIRMADO POR LABORATORIO FECHA _____

IV. PATOLOGÍA DE NOTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN

SÍFILIS	HEPATITIS B	INFECCIÓN POR PAPILOMA VIRUS HI																		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>PRIMARIA</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>SECUNDARIA</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>LATENTE</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>TERCIARIA</td></tr> </table>	1	PRIMARIA	2	SECUNDARIA	3	LATENTE	4	TERCIARIA	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>AGUDA</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>CRÓNICA ACTIVA</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>CRÓNICA ASINTOMÁTICA</td></tr> </table>	1	AGUDA	2	CRÓNICA ACTIVA	3	CRÓNICA ASINTOMÁTICA	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>INFECCIÓN EN CÉRVIX</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>CONDILOMA ACUMINADO</td></tr> </table>	1	INFECCIÓN EN CÉRVIX	2	CONDILOMA ACUMINADO
1	PRIMARIA																			
2	SECUNDARIA																			
3	LATENTE																			
4	TERCIARIA																			
1	AGUDA																			
2	CRÓNICA ACTIVA																			
3	CRÓNICA ASINTOMÁTICA																			
1	INFECCIÓN EN CÉRVIX																			
2	CONDILOMA ACUMINADO																			

SÍNDROMES :																					
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>SECRECIÓN URETRAL</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>SECRECIÓN URETRAL PERSISTENTE EN HOMBRES</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>FLUJO VAGINAL (Espéculo y palpación bimanual)</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>FLUJO VAGINAL (Espéculo y microscopio)</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td>HINCHAZÓN DEL ESCROTO</td></tr> </table>	1	SECRECIÓN URETRAL	2	SECRECIÓN URETRAL PERSISTENTE EN HOMBRES	3	FLUJO VAGINAL (Espéculo y palpación bimanual)	4	FLUJO VAGINAL (Espéculo y microscopio)	5	HINCHAZÓN DEL ESCROTO	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td>LESIONES</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td>BUBÓN IN</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8</td><td>VERRUGAS P</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">9</td><td>DOLOR ABDO</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10</td><td>CONTUNTI</td></tr> </table>	6	LESIONES	7	BUBÓN IN	8	VERRUGAS P	9	DOLOR ABDO	10	CONTUNTI
1	SECRECIÓN URETRAL																				
2	SECRECIÓN URETRAL PERSISTENTE EN HOMBRES																				
3	FLUJO VAGINAL (Espéculo y palpación bimanual)																				
4	FLUJO VAGINAL (Espéculo y microscopio)																				
5	HINCHAZÓN DEL ESCROTO																				
6	LESIONES																				
7	BUBÓN IN																				
8	VERRUGAS P																				
9	DOLOR ABDO																				
10	CONTUNTI																				

V. MECANISMO PROBABLE DE TRANSMISIÓN

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>HETEROSEXUAL</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>HOMOSEXUAL</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>BISEXUAL</td></tr> </table>	1	HETEROSEXUAL	2	HOMOSEXUAL	3	BISEXUAL	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>TRANSFUSIONAL</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td>PSICÓTICOS IV</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td>PERINATAL</td></tr> </table>	4	TRANSFUSIONAL	5	PSICÓTICOS IV	6	PERINATAL	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td>ACCIDENTE DE TRABAJO</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8</td><td>DESCONOCIDO</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">9</td><td>OTRO</td></tr> </table>	7	ACCIDENTE DE TRABAJO	8	DESCONOCIDO	9	OTRO	CUÁL? _____
1	HETEROSEXUAL																				
2	HOMOSEXUAL																				
3	BISEXUAL																				
4	TRANSFUSIONAL																				
5	PSICÓTICOS IV																				
6	PERINATAL																				
7	ACCIDENTE DE TRABAJO																				
8	DESCONOCIDO																				
9	OTRO																				