



MINISTERIO DE SALUD

Normativa — 113

GUIA PARA LA ATENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Manejo Sindrómico

Managua, Junio 2013

N	Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
WC	Ministerio de Salud. Normativa 113: Guía para la
39	Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual, Manejo
0340	Sindrómico / Dirección Superior del Ministerio de Salud
2013	Managua: MINSA, 2013
	61 p.; graf
	(Contiene Acuerdo Ministerial No. 413-2013)
	1. Infecciones de Transmisión Sexual- prev 2. Infecciones de Transmisión Sexual- diag 3. Infecciones de Transmisión Sexual- trans 4. Sífilis Congénita 5. Condiloma Acuminado-prev 6. Síndrome de Flujo Vaginal (descriptor local) 7. Manejo y Tratamiento de la Transmisión Sexual (descriptor Local) 8. Sífilis Materna (descriptor local) 9. Métodos de Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (descriptor local) 10. Atención Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual (descriptor local) 11. Bubón Inguinal (descriptor local)



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADOS Y
EN VICTORIAS!**

Acuerdo Ministerial No. 413-2013

ACUERDO MINISTERIAL

No. 413 - 2013

SONIA CASTRO GONZALEZ, Ministra de Salud, en uso de las facultades que me confiere la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicada en La Gaceta, Diario Oficial, No. 102 del tres de Junio de mil novecientos noventa y ocho, Decreto No. 25-2006 "Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicado en La Gaceta, Diario Oficial, Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo, respectivamente, del año dos mil seis, Ley No. 423 "Ley General de Salud", publicada en La Gaceta, Diario Oficial, No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos, el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", publicado en La Gaceta, Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO

I

Que la Constitución Política de la República de Nicaragua, en su Arto. 59, partes conducentes, establece que: "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud".

II

Que la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", en su arto. 26, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud".

III

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 1, Objeto de la Ley, establece que la misma tiene por objeto tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".

IV

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 2, Órgano Competente, establece que "El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación".



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!
MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios,
Costado oeste Colonia Iero de Mayo, Managua, Nicaragua.
PBX (505) 22894700. Web www.minsa.gob.ni

1



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADOS Y
EN VICTORIAS!**

Acuerdo Ministerial No. 413-2013

V

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 4, Rectoría, señala que: "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales"; y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 19, numeral 17, establece: "Artículo 19.- Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades: 17. Elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales y manuales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento".

VI

Que la Dirección General de Regulación Sanitaria, solicitó a esta autoridad la aprobación mediante Acuerdo Ministerial del documento denominado "Guía para la Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual - Manejo Sindrómico", cuyo objetivo es brindar herramientas actualizadas que faciliten a los trabajadores de la salud cumplir con los procedimientos relacionados a la atención de las ITS en los distintos niveles de atención.

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA

- PRIMERO:** Se aprueba el documento denominado "Guía para la Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual - Manejo Sindrómico", el cual forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.
- SEGUNDO:** Se designa a la Dirección General de Regulación Sanitaria, dar a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los Directores de SILAIS y Directores de establecimientos de salud públicos y privados, siguiendo los diferentes flujos de atención sindrómica, a personas que sean diagnosticadas con ITS, en los distintos niveles de atención.
- TERCERO:** Se designa a la Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención, para la implementación y monitoreo de la aplicación y cumplimiento de la "Guía para la Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual - Manejo Sindrómico", estableciendo las coordinaciones necesarias con los SILAIS, como autoridades de aplicación en las distintas circunscripciones territoriales del país.
- CUARTO:** El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a los veinticuatro días del mes de Julio del año dos mil trece.


SONIA CASTRO GONZALEZ
MINISTRA DE SALUD

MINISTRA
DE SALUD



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!
MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios,
Costado oeste Colonia Iero de Mayo, Managua, Nicaragua.
PBX (505) 22894700. Web www.minsa.gob.ni

CONTENIDO

INTRODUCCION	6
OBJETIVO.....	8
GLOSARIO DE TERMINOS	9
ACRONIMOS	12
POBLACION DIANA	13
SOPORTE JURIDICO	14
SECCION 1: INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL	16
ITS MÁS FRECUENTES ⁵	16
VÍAS DE TRANSMISIÓN DE LAS ITS.....	25
RELACIÓN ENTRE LA INFECCIÓN POR ITS Y VIH	25
FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA TRANSMISIÓN DE LAS ITS Y EL VIH.....	26
POBLACIONES PRIORITARIAS PARA EL CONTROL DE LAS ITS.....	26
INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS	27
SECCION 2: MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL	29
SÍNDROME DE SECRECIÓN URETRAL	35
SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL	38
SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL BAJO	41
SÍNDROME DE BUBÓN INGUINAL.....	43
PROCTITIS	45
EDEMA ESCROTAL	47
MANEJO DE VERRUGAS GENITALES Y ANALES	48
SECCION 3: MANEJO DE SIFILIS MATERNA Y SIFILIS CONGENITA	50
SECCION 4: ATENCION DE LAS ITS A POBLACIONES EN MAS ALTO RIESGO	55
EDUCACIÓN DEL PACIENTE.....	58
CONSEJERÍA	58
NOTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS PAREJAS SEXUALES	60
BIBLIOGRAFIA.....	62

INTRODUCCION

En noviembre del año 2001 en Ginebra, la OMS llevo a cabo una consulta sobre cómo mejorar el manejo de las ITS¹, en base a las recomendaciones que surgieron de dicha consulta se trabajó la guía que actualmente se implementa en el país; que al año 2013 se hace necesario actualizar bajo la normativa 070 **“Norma Metodológica para la elaboración de Normas, Manuales, Guías y Protocolos del Sector Salud”**² y con base a las últimas consultas realizadas por OPS sobre Módulos de capacitación para el Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual del año 2008³; de igual manera realizar actualización de acuerdo a lista básica de medicamentos vigente, procedimientos de atención normados para el manejo de la sífilis congénita e intervenciones específicas en las poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad.

El presente documento contiene información actualizada para la atención de las infecciones de transmisión sexual y constituye una herramienta para los establecimientos del sector salud; establece pautas para mejorar la atención en los servicios de salud, bajo criterios que se basan en el pleno respeto a los derechos humanos, buscando brindar servicios de calidad y abordajes diferenciados en las poblaciones atendidas.

Esta guía pone especial atención a las poblaciones en más alto riesgo que están constituidas por hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y personas transgénero femeninas; poblaciones que por sus condiciones sociales y culturales viven en contextos de exclusión, dificultando el acceso y el pleno goce de sus derechos a la educación, al trabajo, a la salud integral y a una vida libre de estigma y discriminación.

El Ministerio de Salud de Nicaragua; en este sentido, a través del Componente Nacional de VIH y la Comisión Nicaragüense del Sida (CONISIDA) con la asistencia técnica de la Unidad de VIH de la Universidad del Valle de Guatemala, presentan la *“Guía para la atención integral de las infecciones de Trasmisión Sexual. Manejo Sindromico en Nicaragua”*, con el propósito de mejorar el funcionamiento, la capacidad y calidad de atención de los servicios de salud, y de esta manera contribuir a la salud de nuestras poblaciones.

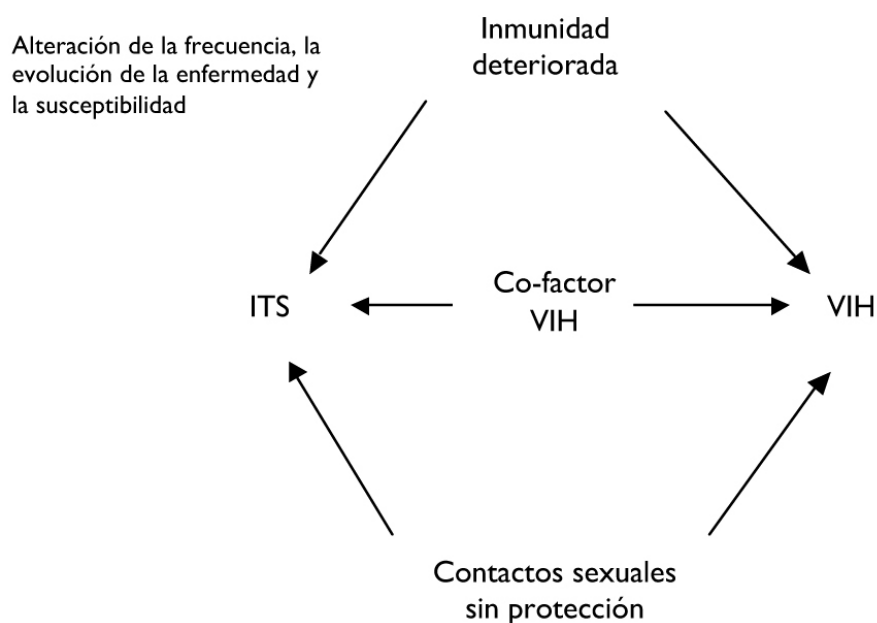
En Nicaragua las ITS reportadas por el Ministerio de Salud (MINSa) en todas las unidades o centros de salud de atención primaria como parte de la atención integral que se brinda a la población en el año 2012 registran un total de 2,272

casos comprendidos por las siguientes ITS: Condiloma Acuminado, Gonorrea, Sífilis Adquirida, Chancro Blando y Linfogranuloma Venéreo, en este año no se reporta Sífilis Congénita. La notificación de casos se realiza dependiendo de la capacidad de diagnóstico etiológico de los laboratorios en las unidades de salud, los cuales no reportan los casos de ITS manejados bajo el enfoque sindrómico⁴.

El impacto de las ITS en salud pública radica en relación al aumento de la transmisión del VIH desde y hacia las personas infectadas con otras ITS.

La relación que existe entre el VIH y otras ITS se puede resumir en el siguiente esquema:

Figura 1. Relación entre el VIH y las ITS



En la presente guía se orienta la búsqueda de síntomas y signos de ITS que pueden estar presentes en la población general así como en las PEMAR debido a sus comportamientos de riesgo y prácticas sexuales. Está compuesta de 4 grandes secciones:

1. Infecciones de transmisión sexual
2. Manejo y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual
3. Manejo de sífilis materna y sífilis congénita
4. Atención de las ITS a poblaciones en más alto riesgo.

OBJETIVO

Brindar herramientas actualizadas que faciliten a los trabajadores de la salud cumplir con los procedimientos relacionados a la atención de las ITS en los distintos niveles de atención.

Objetivos específicos

- ❖ Contar con una herramienta de referencia y consenso nacional para el manejo de las ITS en los diferentes grupos poblacionales que demandan los servicios de salud.
- ❖ Identificar flujos de tratamiento oportuno de los casos de infecciones de transmisión sexual y el seguimiento adecuado de las personas afectadas y sus contactos.
- ❖ Estandarizar los procedimientos relacionados a la atención de las ITS, principalmente de aquellas poblaciones en más alto riesgo.

GLOSARIO DE TERMINOS

- ✓ **Atención de las ITS:** acciones de salud dirigidas a la promoción, orientación, tratamiento y rehabilitación.
- ✓ **Atención primaria:** Se refiere a la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.
- ✓ **Cervicitis:** inflamación del cuello uterino o cérvix causada generalmente por gonorreas o clamidias
- ✓ **Contacto(s):** es o son aquellas personas con quien la persona diagnosticada con una ITS ha tenido o tiene relaciones sexuales.
- ✓ **Dolor Abdominal Bajo:** síndrome por el cual la mujer se queja de dolor en la parte inferior del abdomen y casi siempre provocado por la enfermedad inflamatoria de la pelvis.
- ✓ **Disuria:** dolor o dificultad al orinar.
- ✓ **Hombres que tienen sexo con hombres (HSH):** Este término describe a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), independientemente de si tienen o no relaciones sexuales con mujeres o de si, a nivel particular o social, tienen una identidad gay o bisexual. Este concepto es útil porque también incluye a los hombres que se autodefinen como heterosexuales, pero que pueden tener relaciones sexuales ocasionales con hombres.
- ✓ **Infecciones latentes:** son aquellas en las que el virus persiste en forma oculta o críptica la mayor parte del tiempo.
- ✓ **Pápula:** es una mancha elevada y sólida sobre la piel que mide hasta medio centímetro de ancho. Es un tipo de lesión cutánea.
- ✓ **Personas con VIH:** personas que tiene el virus de inmunodeficiencia humana.
- ✓ **Poblaciones en más alto riesgo (PEMAR):** personas que presentan comportamientos de riesgo para la transmisión de las ITS y VIH. Están conformadas por hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores/as sexuales (TS) y sus clientes, así como los usuarios de drogas inyectables. Incluye aquellos hombres que tienen sexo con hombres que se definen como gay, homosexuales, bisexuales o heterosexuales.

- ✓ **Poblaciones vulnerables:** personas que debido a factores biológicos, ambientales y/o socioculturales tienen control limitado o ningún control a exponerse a situaciones riesgosas. Están conformadas por mujeres pre púberas, adolescentes, personas privadas de libertad y migrantes, niños en explotación sexual y niños de la calle.
- ✓ **Población Trans:** categoría asumida con fines de reivindicación de derechos, éstas pueden ser transgénero, transexuales y travestis.
 - **Transgénero:** se aplica a la persona cuya identidad de género no se corresponde con su sexo biológico. Los transgéneros pueden ser hombres que se transforman en mujeres (aspecto femenino) o mujeres que se transforman en hombres (aspecto masculino). A los transgéneros es preferible llamarlos por «él» o «ella» atendiendo a su identidad de género; es decir, al género que representan y no a su sexo biológico.
 - **Transexual:** La persona transexual es aquella que ya ha comenzado el tratamiento quirúrgico y/u hormonal para que su cuerpo sea más acorde con el sexo que se identifica o está en proceso de hacerlo.
 - **Travesti:** Un travesti es la persona que se viste con ropa por lo general asociada al sexo contrario con el fin de disfrutar de la experiencia temporal de pertenecer al otro sexo. Un travesti no tiene por qué desear un cambio de sexo permanente u otro tipo de intervención quirúrgica de reasignación de sexo.
- ✓ **Pruebas no treponémicas:** aquellas que detectan reagentes anticuerpos frente a cardiolipinas, colesterol y lecitina producidos en los tejidos dañados por el treponema o por otras enfermedades. Por esta razón no son pruebas específicas para el treponema. Las más utilizadas en nuestro medio son VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y RPR (Reagina Plasmática Rápida).
- ✓ **Pruebas treponémicas:** aquellas que detectan anticuerpos específicos dirigidos contra antígenos del treponema pallidum. Estas pruebas requieren laboratorio de referencia y personal capacitado. Son conocidas como pruebas confirmatorias y las más comunes en nuestro medio son el FTA-ABS (absorción de anticuerpos fluorescentes contra los treponemas) y la TPHA (hemaglutinación de treponema pallidum).
- ✓ **Oftalmía neonatal: Conjuntivitis** que ocurre en un lactante menor de un mes, generalmente a causa de la gonorrea o la infección por clamidia.
- ✓ **Síndrome:** Grupo de signos y síntomas que dan origen a una entidad patológica reconocible sistemáticamente; por ej., el síndrome de secreción uretral.
- ✓ **Trabajador(a) sexual (TS):** El término «trabajador o trabajadora sexual» procura no juzgar, y se centra en las condiciones de trabajo en las que se

venden servicios sexuales. Los trabajadores sexuales engloban a hombres, mujeres y transgéneros, adultos y jóvenes mayores de 18 años, que consienten recibir dinero o bienes a cambio de servicios sexuales, ya sea de forma periódica o esporádica. Formulaciones alternativas aceptadas son: «mujeres / hombres / personas que venden relaciones sexuales». Los clientes de los trabajadores sexuales pueden, del mismo modo, llamarse «mujeres / hombres / personas que compran relaciones sexuales». Evítese el uso del término «trabajador sexual comercial» porque se considera redundante. Los niños menores de 18 años que venden relaciones sexuales se consideran víctimas de la explotación sexual, salvo que se determine de otra forma.

- ✓ **Transmisión materno infantil (TMI):** Distíngase entre «transmisión materno infantil» (TMI) y «prevención de la transmisión materno infantil» (PTMI). La PTMI hace referencia a una estrategia de cuatro vertientes principales destinada a acabar con las nuevas infecciones por el VIH en niños, así como mantener con vida a las madres y conseguir que sus familias vivan sanas. Las cuatro vertientes de la estrategia son las siguientes: reducir a la mitad la incidencia del VIH en las mujeres (vertiente 1), reducir la necesidad todavía no satisfecha de planificación familiar (vertiente 2), proporcionar profilaxis antirretrovírica para prevenir la transmisión del VIH durante el embarazo, el parto y el periodo de lactancia (vertiente 3), y ofrecer servicios de atención, tratamiento y apoyo para las madres y sus familias (vertiente 4). El significado de PTMI se suele confundir a menudo, pues se piensa que tan solo abarca la vertiente 3: la provisión de profilaxis antirretrovírica. Algunos países prefieren utilizar el término «transmisión paterno infantil» o «transmisión vertical» para evitar la estigmatización de las embarazadas y estimular la participación masculina en la prevención del VIH. La terminología preferida de ONUSIDA para hacer referencia a las cuatro vertientes es «eliminar (o frenar) las nuevas infecciones por el VIH en niños y mantener con vida a sus madres». No existe un acrónimo o sigla para abreviar este término.
- ✓ **Transmisión vertical:** La infección que se transmite desde la madre al feto (o niño) durante el embarazo, parto o lactancia.

ACRONIMOS

- ✓ **CONISIDA:** Comisión Nicaragüense del Sida
- ✓ **CNDR:** Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia
- ✓ **EIP:** enfermedad inflamatoria pélvica
- ✓ **FTA-ABS:** absorción de anticuerpos treponémicos por fluorescencia.
- ✓ **IM:** intramuscular
- ✓ **HSH:** hombres que tienen sexo con hombres
- ✓ **ITS:** Infecciones de transmisión sexual que se transmite mediante relaciones sexuales sin protección, entre una persona infectada y una persona no infectada.
- ✓ **IV:** intravenoso
- ✓ **MINSA:** Ministerio de Salud
- ✓ **MOSAFIC:** Modelo de Salud Familiar Comunitario
- ✓ **OPS-OMS:** Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud.
- ✓ **PO:** por vía oral
- ✓ **RPR** (*Rapid Plasma Reagin*): prueba de floculación, no treponémica, para la determinación cualitativa y semicuantitativa de anticuerpos contra reagin en el suero o plasma.
- ✓ **Sida:** síndrome inmuno deficiencia adquirida
- ✓ **SC:** sífilis congénita
- ✓ **SNC:** Sistema Nervioso Central
- ✓ **TPHA:** (*Treponema Pallidum Haemagglutination*) prueba específica de hemaglutinación en microplaca para la detección cualitativa y semicuantitativa de anticuerpos anti-*Treponema pallidum* en suero.
- ✓ **TS:** trabajador/a sexual
- ✓ **UAI:** Unidad de Atención Integral; servicios de salud creados para la atención a personas con ITS, VIH y sida.
- ✓ **VDRL:** (*Veneral Disease Research Laboratory*) técnica serológica con la suficiente sensibilidad
- ✓ **VHS:** Virus del Herpes Simplex
- ✓ **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana

POBLACION DIANA

Toda aquella persona que asiste a los establecimiento proveedores de servicios de salud que siguiendo los diferentes flujos de atención en manejo sindrómico sean diagnosticadas con ITS.

SOPORTE JURIDICO

A finales de la primera mitad del Siglo XX, la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** plasmó claramente que todas las personas tienen derecho por igual a la protección de su salud, al respeto a la dignidad humana y a vivir sin discriminación de ningún tipo.

La Constitución Política de la República de Nicaragua en el artículo 59 establece que la salud de sus ciudadanos y ciudadanas es un derecho y una obligación del Estado organizarla y promoverla a través de sus instituciones y organismos especializados, facilitando en ese proceso la participación activa y consciente de la sociedad.

La Ley 423, Ley general de salud y su reglamento, cuyo objeto es tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales.

En el Capítulo I del Título II, en el Art. 7, que es un derecho del usuario recibir atención médica oportuna, con calidad y calidez, así como la terapia con medicamentos esenciales, en las condiciones establecidas para cada uno de los regímenes. Son competencia y atribuciones del Ministerio de Salud:

Numeral 1.- Regular, Supervisar, e intervenir en el sector de Sector de Salud, y en particular ser la autoridad competente para la aplicación y el control del cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley, su reglamento o normas que de ella emanen, sin perjuicio de las facultades y obligaciones que leyes especiales otorguen a otros organismos públicos dentro de sus respectivas competencias. Para estos efectos, se entiende como autoridades en salud, las personas o instituciones con funciones, facultades o competencias expresadas de expedir o aplicar la regulación en materia de políticas en salud.

Numeral 4.- Expedir las normas e instrumentos de modelos de gestión institucionales, así como los requeridos para adelantar la descentralización, desconcentración y delegación dentro del Sector Salud; en lo concerniente a las regiones autónomas de la Costa Atlántica el Ministerio de Salud coordinará con los Consejos Regionales.

Numeral 5.- Expedir la Reglamentación para el ejercicio de los profesionales y técnicos en el sector salud y las normas relacionadas con la prestación de servicios de salud por cualquier persona o institución y garantizar su implementación de forma indelegable.

El numeral 6.- Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud de naturaleza pública.

El decreto No. 394 “Disposiciones Sanitarias” faculta al MINSA para determinar cuáles son las enfermedades objeto de notificación obligatoria, casos de epidemia, desastres, etc.

La Ley no. 820 Ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y sida, para su prevención y atención define en el Artículo 1 el Objeto de la Ley: La presente Ley es de carácter público y tiene como objeto garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos con énfasis en la atención integral de la salud, relacionado a la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), garantizando el acceso universal a terapias antirretrovirales, tratamientos para enfermedades oportunistas, condones y otros métodos anticonceptivos para la prevención, priorizando a las personas con VIH y en condición de Sida, poblaciones con mayor vulnerabilidad y riesgo y población en general. El fundamento de sus disposiciones son el derecho a la vida y la salud,

En el Art. 3 inciso a.-, Implica máxima cobertura a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con VIH y todas las personas que lo necesitan. Los principios básicos son: equidad, accesibilidad, integrales y sostenibles a largo plazo.

SECCION 1: INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

ITS más frecuentes⁵

1. Sífilis:

Es una enfermedad infecciosa producida por el *Treponema pallidum*, de evolución crónica y distribución universal, de transmisión sexual o transplacentaria. Actualmente la vía de transmisión transfusional es prácticamente inexistente. La transmisión sexual se produce por inoculación del microorganismo en abrasiones causadas por microtraumatismos en piel o mucosas durante las relaciones sexuales, evolucionando a erosiones y posteriormente a úlceras. Si la enfermedad no es tratada durante la fase aguda evoluciona hacia una enfermedad con manifestaciones potencialmente graves.

Las manifestaciones clínicas de la sífilis se agrupan cronológicamente en los siguientes períodos:

a. Sífilis primaria:

Se caracteriza por la aparición del “chancro de inoculación” después de un período de incubación de aproximadamente 21 días (puede durar hasta 90 días). Esta lesión es la primera manifestación de la sífilis y se localiza en el punto de inoculación del treponema. Se manifiesta como una erosión indolora, circunscrita y de bordes elevados redondeados u ovals y base indurada. A veces suele ser difícil de detectar en mujeres debido a su localización interna (principalmente en el cuello uterino). Cuando se localiza en la zona genital se acompaña de cambios en los ganglios linfáticos inguinales, encontrándose a la palpación varios ganglios aumentados de tamaño, duros y poco dolorosos. Sin tratamiento el chancro involuciona y cicatriza en 2 a 6 semanas.

b. Sífilis secundaria:

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

manifestaciones de sífilis secundaria como condilomas planos, localizados en zona perianal, ingües, regiones genitales, axilas y en general, en los pliegues en donde hay humedad y maceración y lesiones en la mucosa oral (manchas rojas u opalinas delimitadas). Con cierta frecuencia suele presentarse malestar general, dolor muscular, pérdida del apetito o trastornos gastrointestinales, rinitis, pérdida ligera de peso y leve aumento de la temperatura corporal. Se han descrito casos de glomerulonefritis. Las lesiones desaparecen espontáneamente a las 2-6 semanas, pero las bacterias persisten, dando lugar a la fase latente que es seguida por la sífilis terciaria.

c. Período latente:

Se caracteriza por ser un periodo asintomático que puede durar entre 5 y 50 años antes de que los pacientes presenten manifestaciones de sífilis terciaria. Durante esta fase el diagnóstico sólo puede realizarse por métodos serológicos. Este período se divide en sífilis latente temprana (infección de duración menor a un año), sífilis latente tardía (duración mayor a un año) o de tiempo indeterminado. Sin tratamiento, entre una tercera a cuarta parte de los pacientes desarrollarán manifestaciones de sífilis terciaria durante el seguimiento. El riesgo de transmisión sexual durante la fase latente es bajo, aunque no inexistente y debe tenerse especialmente en cuenta en las mujeres embarazadas.

d. Sífilis terciaria o tardía:

La sífilis tardía ocurre varios años después de la infección afectando hasta el 40% de los casos que no reciben tratamiento. Incluye un espectro de manifestaciones clínicas, siendo las más comunes, las complicaciones cardiovasculares, las gomas y las lesiones neurológicas.

Las complicaciones cardiovasculares son las más frecuentes y aparecen entre los 10 a 30 años de infección y puede manifestarse como aneurisma del arco aórtico, otitis coronaria, regurgitación aórtica, etc.

Las lesiones por gomas aparecen por lo general a los 3 a 15 años de la infección y comienzan como uno o varios nódulos subcutáneos indoloros en cualquier parte del cuerpo, pero con mayor frecuencia en la cara, cuero cabelludo y tronco. La superficie de estos se enrojece y ulceras, posteriormente, puede cicatrizar, pudiendo llevar a úlceras, caída del paladar o tabique nasal, etc.

La afección del sistema nervioso puede presentarse durante la sífilis temprana por compromiso vascular que se puede manifestar como meningitis, convulsiones, mielopatía, alteraciones de pares craneales o enfermedad ocular.

La neurosífilis tardía representa a las manifestaciones asociadas con la sífilis crónica, e incluye a la demencia, tabes dorsal, paresias, ataxia sensorial, disfunción de esfínteres, etc.

2. Gonorrea:

La gonorrea es causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. La infección se puede diseminar por contacto con la boca, la vagina, el pene o el ano. Esta bacteria se prolifera en áreas corporales húmedas y cálidas, incluyendo el conducto que transporta la orina fuera del cuerpo (uretra). En las mujeres, las bacterias se pueden encontrar en el aparato reproductor (que incluye las trompas de Falopio, el útero y el cuello uterino). Esta bacteria puede incluso proliferar en los ojos. Se caracteriza en el hombre por uretritis con secreción purulenta, en la mujer suele ser asintomática a menos que ocasione enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). La conjuntivitis neonatal es la manifestación principal de Gonorrea congénita.

3. Clamidiasis:

Infección transmisión sexual (ITS) causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, caracterizada por uretritis en el hombre y en la mujer suele ser asintomática a menos que ocasione una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Se ha encontrado asociada hasta en el 62% de infecciones por *Neisseria gonorrhoeae*, en mujeres y hasta en el 4 a 7% de mujeres con displasia cervical.

La clamidia puede infectar tanto a hombres como a mujeres y puede causar daños graves y permanentes a los órganos genitales de la mujer.

En las mujeres embarazadas, la clamidia no tratada ha sido asociada con partos prematuros y puede transmitirse al recién nacido, causándole infecciones de los ojos o neumonía. Las pruebas de detección y el tratamiento de la clamidia durante el embarazo son la mejor manera de prevenir estas complicaciones.

4. Herpes simplex:

Es una infección causada por un virus el herpes simplex (VHS), del cual existen dos tipos:

- ✓ El herpes simplex tipo 1 frecuentemente causa llagas labiales. También puede causar herpes genital.
- ✓ El herpes simplex tipo 2 frecuentemente es el que causa el herpes genital, pero también puede afectar la boca.

La mayoría de las personas infectadas por el VHS-1 o el VHS-2 no presentan síntomas o son tan leves que no los notan o los confunden con otra afección de la piel. Por lo tanto, la mayoría de personas infectadas por el VHS-2 no saben que

tienen la infección. Otras presentan llagas cerca del área por la cual penetró el virus al cuerpo. Éstas se convierten en ampollas que causan picazón y dolor y posteriormente se curan. Cuando hay síntomas, usualmente se manifiestan con una o más ampollas en los genitales, el recto o la boca o a su alrededor. Las ampollas se abren y dejan llagas dolorosas que pueden tardar entre dos a cuatro semanas en curarse. A menudo, este síntoma se conoce como tener un "brote". La primera vez que una persona tenga un brote es posible que presente síntomas similares a los de la gripe, como fiebre, dolores en el cuerpo e inflamación de glándulas.

La mayoría de los pacientes con un primer episodio de infección por herpes genital presentará episodios recurrentes de las lesiones genitales.

5. Linfogranuloma venéreo

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una infección crónica del sistema linfático causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis* que se disemina a través del contacto sexual. El linfogranuloma venéreo es más común en hombres que en mujeres.

Los síntomas del linfogranuloma venéreo pueden comenzar desde unos cuantos días hasta un mes después de entrar en contacto con la bacteria. El LGV no tratado puede derivar en fibrosis rectal, formación de fístulas y predisponer a infecciones bacterianas.

6. Chancroide

El chancro blando o chancroide es una enfermedad transmitida sexualmente causada por el *Haemophilus ducreyi*, que es un bacilo anaerobio facultativo gram-negativo. Se estima que el tiempo de presentación de los síntomas puede demorar hasta una semana después de la exposición con una persona infectada. Se presenta una lesión tipo hinchazón a nivel genital que luego forma una “herida” llamada úlcera. Esta úlcera puede medir entre 3 y 50 mm, es dolorosa, de bordes irregulares y bordes mellados, tiene una base cubierta con material gris amarillento y puede sangrar si la persona se “rasca” o raspa por el dolor que presenta.

Conjuntamente con las lesiones a nivel genital aparecen adenopatías inguinales, esto es ganglios inflamados en la zona de la ingle, llamados en algunos lugares “seca”. Si aparecen úlceras genitales y ganglios con secreciones el diagnóstico más probable es Chancroide.

7. Papilomatosis

El virus del papiloma humano genital (también conocido como VPH) es la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente. Hay más de 40 tipos de VPH que pueden infectar las zonas genitales de los hombres y las mujeres. Estos tipos de VPH también pueden infectar la boca y la garganta.

El VPH puede causar problemas de salud graves como las verrugas genitales y ciertos cánceres. No hay una manera determinada para decir quién tendrá problemas de salud causados por el VPH y quién no. En la mayoría de los casos, el VPH desaparece por sí solo antes de que cause cualquier problema de salud y la mayoría de las personas infectadas por el VPH ni siquiera saben que lo tienen.

Se conocen más de 100 serotipos diferentes del VPH, de los cuales 30 de ellos pueden infectar la región genital, y los serotipos 16, 18, 31, 33, 35, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82 están asociados a cáncer de cérvix. En el niño se puede presentar Papilomatosis laríngea cuando ha sido expuesto a un canal de parto infectado.

8. Candidiasis

Es una infección micótica causada por levaduras que pertenecen al género *Candida*.

La mayoría de las infecciones por *Candida* son tratables y resultan en mínimas complicaciones tales como enrojecimiento, picazón y malestar, aunque las complicaciones podrían ser severas o fatales si no se tratan en ciertas poblaciones. En personas inmunocomprometidas, la candidiasis es usualmente una infección muy localizada de la piel o membranas mucosas, incluyendo la cavidad oral (candidiasis oral), la faringe o esófago, el aparato digestivo, la vejiga urinaria, o los genitales (vagina, pene).

La candidiasis es una causa muy común de la irritación vaginal, o vaginitis, y también puede ocurrir en los genitales masculinos. En pacientes inmunodeprimidos, las infecciones por *Candida* pueden afectar el esófago con el potencial de volverse sistémico, causando una condición muchísimo más seria, una fungemia llamada candidemia.

9. Tricomoniasis

La tricomoniasis es una Infección de transmisión sexual caracterizada por la infección del aparato urogenital por el protozoos de la especie *Trichomonas vaginalis*. La infección, por lo general no presenta síntomas, aunque las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de manifestar síntomas. Es posible que se observe un flujo genital inusual. En las mujeres es habitual encontrarlo en la vagina, donde con frecuencia origina sensación de quemazón, prurito y exudado irritativo; en los hombres puede afectar a la próstata y la uretra; y en ambos sexos irrita la vejiga.

10. Vaginosis bacteriana

La vaginosis bacteriana es la causa más común de infección vaginal (vaginitis). El síntoma más común es una secreción anormal de la vagina con un desagradable olor a pescado. Sin embargo, casi la mitad de las mujeres con Vaginosis Bacteriana no notan ningún síntoma.

Una vagina saludable contiene muchos microorganismos, uno de los más comunes es el *Lactobacillus acidophilus* (LA), que evita que otros microorganismos vaginales se reproduzcan a un nivel en donde pudiesen causar síntomas. Los microorganismos relacionados con la Vaginosis Bacteriana incluyen *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus*, bacteroides y *Mycoplasma*.

La mayoría de los casos ocurren en mujeres sexualmente activas entre los 15 y 44 años, especialmente tras el contacto con una pareja nueva. Aunque sea

"adquirido" por contacto sexual no hay evidencia que sea una infección de transmisión sexual (ITS).

11. Hepatitis B

La hepatitis B es causada por la infección con el virus de la Hepatitis B (VHB). El período de incubación desde el momento de la exposición a la aparición de los síntomas es de 6 semanas a 6 meses. Se encuentra en concentraciones más altas en la sangre y en concentraciones más bajas en otros fluidos corporales (por ejemplo, el semen, secreciones vaginales, y exudados). La Infección puede ser autolimitada o crónica.

En los adultos, sólo aproximadamente la mitad de las infecciones recién adquiridos son sintomáticos, y aproximadamente el 1% de los casos resultan en insuficiencia hepática aguda y muerte. Se transmite de manera eficiente por exposición percutánea o mucosa con sangre infectada o fluidos corporales. Los principales factores de riesgo que han sido asociados con la infección son relaciones sexuales sin protección con una pareja infectada o con más de una pareja o bien a través del parto de una madre infectada a su bebé.

12. VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y ataca a los linfocitos T-4, que forman parte fundamental del sistema inmunitario del ser humano. Como consecuencia, disminuye la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otros tipos de infecciones.

El VIH se puede transmitir por vía sexual (vaginal o anal) mediante el intercambio de fluidos vaginales, rectales o semen, así como mediante el contacto con el líquido preeyaculatorio durante las prácticas sexuales o por transfusiones de sangre. Una madre infectada con VIH también puede infectar al niño durante el embarazo mediante la placenta o durante el parto y la lactancia, aunque existen tratamientos para evitarlo. Tras la infección, pueden pasar hasta 10 años para que se diagnostique el SIDA, que es cuando el sistema inmunitario está gravemente dañado y no es capaz de responder efectivamente a las infecciones oportunistas.

CUADRO 1. SÍNDROMES MÁS COMUNES

Síndrome	Etiología más común	Síntomas	Signos
Flujo vaginal	Vaginitis: - <i>Trichomonas vaginalis</i> - <i>Gardnerella vaginalis</i> - <i>Cándida albicans</i> - Anaerobios Cervicitis: - <i>Neisseria gonorrhoeae</i> - <i>Chlamydia trachomatis</i>	Flujo vaginal Prurito (picazón vaginal) Disuria (dolor al orinar) Dispareunia (dolor durante el acto sexual)	Secreción vaginal
Secreción uretral	- <i>Neisseria gonorrhoeae</i> - <i>Chlamydia trachomatis</i> - <i>Trichomona</i> - <i>Ureaplasma sp</i> - <i>Mobiluncus sp</i>	Disuria (dolor al orinar) Poliaquiuria (necesidad de orinar frecuentemente)	Secreción uretral
Úlcera genital o extragenital	- <i>Treponema pallidum</i> - <i>Haemophilus ducreyi</i> - <i>Chlamydia trachomatis</i> - Herpes simplex - <i>Calymmatobacterium granulomatis</i> (Donovania granulomatis)	Úlcera genital con o sin dolor en el área Úlceras en la cavidad oral y bucal, anales, rectales	Úlcera o llaga en áreas afectadas Tumefacción de los ganglios linfáticos Granulomas inguinales
Dolor abdominal bajo	- <i>Neisseria gonorrhoeae</i> - <i>Chlamydia trachomatis</i> - Anaerobios mixtos	Dolor abdominal bajo (Hipogastrio, anexial) Dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales)	Dolor a nivel pélvico al palpar, Flujo vaginal, Temperatura igual o mayor de 38° C.
Bubón inguinal	- <i>Haemophilus ducreyi</i> - <i>Chlamydia trachomatis</i> - Herpes simplex	Ganglios linfáticos inguinales aumentados de tamaño y dolorosos	Tumefacción de los ganglios linfáticos inguinales, Abscesos dolorosos fluctuantes o fístulas
Proctitis	- <i>Neisseria gonorrhoeae</i> - <i>Chlamydia trachomatis</i>	Dolor ano rectal, pujo o tenesmo, estreñimiento, adenopatía inguinal, retención urinaria, hiperemia	Secreción rectal sanguinolenta y /o mucopurulenta

Existen otras patologías de notificación obligatoria que también tienen que ser contempladas al momento de una revisión integral en búsqueda de ITS.

CUADRO 2. OTRAS ITS FRECUENTES

ITS	Aspecto	Distribución	Tratamiento
Escabiosis	Áreas eritematosas y escoriadas, con pápulas, pústulas y surcos	Axilas, espacios interdigitales,, genitales externos, muslos, abdomen y glúteos	Lavar el área afectada Aplicar: Permetrina al 5% en crema por las noches por 3 días, aplicada del cuello hacia abajo. Los pacientes deben de tomar un baño antes de volver a aplicar el producto y deben de repetir el baño 24 horas después de la última aplicación. Se recomienda lavar y secar al sol la ropa de cama y de dormir. Ivermectina 0.2 mg 200 mg/kg en dosis única, se puede usar en adultos y niños mayores de 5 años. No usar en embarazo. No tratar a madres lactantes hasta que el niño tenga por lo menos una semana de vida.
Pediculosis pubis	Liendres sobre el vello púbico, piel enrojecida e irritada	Vello púbico. Cejas, axilas, pestañas.	Lavar el área afectada Aplicar: Benzoato de Bencilo en loción por las noches por 3 días y repetir tratamiento en una semana. Se recomienda lavar y secar al sol la ropa de cama y de dormir. Embarazadas: sustituir Benzoato de Bencilo por Hexacloruro de gama benceno.
Molusco contagioso	Pápulas umbilicadas blancas, perladas, de superficie lisa	Cualquier área expuesta.	Ácido Tricloroacético: aplicar únicamente y estrictamente sobre la lesión y puede emplearse en la región anal. El procedimiento se repite cada 1 o dos semanas. También puede realizarse cauterización

Hepatitis B	Hepatoesplenomegalia, inapetencia, fatiga, febrícula, mialgia, artralgias, náuseas y vómitos, ictericia y orina de coloración naranja o pardo	Se transmite por contacto con sangre, semen, flujos vaginales y de madre a feto. De igual manera mediante Infecciones asociadas a la atención en salud.	Preventivo administración de Vacuna contra Hepatitis B
Papilomatosis	Asintomático o puede presentar prurito, dolor, secreción serosa fétida	Verrugas en los genitales	Podofilina, Ácido Tricloroacético, podofilotoxina, electro cauterización o crio fractura o resección del papiloma (grandes) Podofilina: contraindicado en embarazadas Cubrir piel sana con vaselina, aplicara y lavar con abundante agua 3 horas después. Debe ser aplicada por personal entrenado. No usar en recién nacidos ni en embarazadas.

Vías de transmisión de las ITS

Las tres principales vías de transmisión de las ITS son:

1. Sexual (acto sexual sin protección). La transmisión se produce por el contacto de secreciones infectadas con la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona.
2. Parenteral (por sangre). Es una forma de transmisión a través de materiales cortopunzantes, uso de jeringas infectadas sobre todo por la utilización de drogas intravenosas.
3. Vertical (de madre a hijo). La transmisión puede ocurrir durante las últimas semanas del embarazo, durante el parto o al amamantar al bebé. Esto para el caso de la infección por VIH.

Relación entre la infección por ITS y VIH

Algunas ITS y el VIH tienen las mismas vías de transmisión; por lo que las estrategias de promoción y prevención son similares por parte de los programas de salud. Es importante reconocer el efecto facilitador de las ITS en la transmisión del VIH, se ha observado que la presencia de estas pueden incrementar de 2 a 10 veces el riesgo de adquirir el VIH.

Las ITS deben ser un signo de alarma temprana aún entre aquellas personas en las que el VIH todavía no ha afectado. En las personas con VIH y VIH avanzado, la severidad de las manifestaciones clínicas en las ulceraciones genitales es mayor y en la historia natural de algunas ITS, el tiempo de tratamiento se modifica de acuerdo al grado de inmunodeficiencia de la persona. Hay evidencia que sugiere un incremento en la severidad de las manifestaciones clínicas y en la infectividad de diversas ITS, también una respuesta reducida a los regímenes terapéuticos convencionales en estas personas. La mayoría de las ITS muestra un cuadro clínico en menos tiempo, muchas veces por el estado inmunológico del paciente.

Factores que contribuyen a la transmisión de las ITS y el VIH

Todas las personas sexualmente activas se encuentran en riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual. Sin embargo, hay situaciones, hábitos y costumbres que incrementan ese riesgo.

Existen factores que contribuyen a incrementar el riesgo de las ITS y el VIH, entre los cuales tenemos:

- ✓ Relaciones sexuales sin protección
- ✓ Múltiples parejas sexuales
- ✓ Antecedentes de haber tenido una ITS
- ✓ Uso de alcohol y drogas
- ✓ Ser mujer adolescente
- ✓ Uso de anticonceptivos orales como la única forma de control natal

Poblaciones prioritarias para el control de las ITS

Es importante considerar en la atención en salud dentro de los programas de prevención y control, a las PEMAR, que por su conducta sexual y el contexto de vulnerabilidad en que se desenvuelven presenta una mayor incidencia y prevalencia de las ITS.

Las intervenciones en ITS para toda la población deben ser estructurales garantizando un adecuado soporte logístico para la entrega de condones, provisión de medicamentos, ofertar la prueba del VIH y otras pruebas diagnósticas, la integración de los servicios, entre otras medidas para garantizar la atención de las personas.

Las **poblaciones prioritarias** de abordaje, por considerarse en mayor riesgo son:

- ❖ Transgénero femeninas
- ❖ Hombres que tienen sexo con hombres
- ❖ Trabajadoras sexuales
- ❖ Personas con VIH

Otras poblaciones importantes para el abordaje:

- ❖ Usuarios de drogas
- ❖ Personas privadas de libertad.
- ❖ Personal uniformado (militares, policías)
- ❖ Poblaciones migrantes
- ❖ Adolescentes
- ❖ Embarazadas
- ❖ Mujeres en general (principalmente pre adolescentes)
- ❖ Personas con ITS y sus contactos
- ❖ Niños en explotación sexual y niños de la calle

Intervenciones de Salud Pública para la prevención y 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)”, las cuales se enumeran a continuación:

- ❖ 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.

SECCION 2: MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

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 sindrómico de las ITS.⁷

El manejo sindrómico incluye la educación al paciente (información sobre la infección, forma de transmisión de las ITS, conductas sexuales de riesgo y formas de reducir el riesgo), el manejo de la pareja, la oferta de la prueba de VIH y la provisión de condones. Se basa en un síndrome de una ITS: un grupo de síntomas y signos clínicos que presenta el paciente, que se puede utilizar para decidir el tratamiento apropiado.⁷

Un síndrome es simplemente un grupo de síntomas sobre los que consulta un paciente y los signos clínicos que se observan durante el examen físico.

El diagnóstico sindrómico de casos de ITS se caracteriza por lo siguiente:

- ✓ Está orientado al problema (responde a los síntomas del paciente)
- ✓ Es altamente sensible y no omite las infecciones mixtas
- ✓ Trata al paciente en la primera visita
- ✓ De esta manera la atención de las ITS es más accesible ya que puede implementarse en el nivel de atención primaria de la salud
- ✓ Utiliza diagramas de flujo que guían al trabajador de la salud a través de pasos lógicos
- ✓ Brinda oportunidad y tiempo para la educación y la orientación.

El objetivo del manejo sindrómico es identificar síndromes en ITS y manejarlo según corresponda. Para cada síndrome, existe un diagrama de flujo que guiará al proveedor de servicios de salud a través de pasos simples para realizar el diagnóstico y seleccionar el mejor tratamiento disponible. Como el diagnóstico no depende de exámenes internos o de la microscopía, todos los proveedores de salud pueden tratar a pacientes con ITS, no solamente aquellos especializados en ITS.

El manejo sindrómico clasifica los principales agentes etiológicos, según los síntomas y signos clínicos que provocan. Para esto se utilizan flujogramas que ayudan a determinar el tratamiento y proporcionarlo de manera adecuada; además se promueve la búsqueda y atención a los contactos sexuales, incluyendo la educación para reducir comportamientos de riesgo.

VENTAJAS DEL MANEJO SINDROMICO

- ✓ Reduce la probabilidad de un diagnóstico clínico incorrecto.
- ✓ Utiliza flujogramas que permiten decisiones y acciones claras.
- ✓ Estandariza los tratamientos para las infecciones de transmisión sexual en todos los niveles de atención.
- ✓ Permite el tratamiento efectivo de los pacientes en la primera consulta rompiendo la cadena de transmisión.
- ✓ Es una alternativa cuando no existe soporte de laboratorio adecuado.

DESVENTAJAS DEL MANEJO SINDRÓMICO

- ✓ El manejo sindrómico puede implicar algunas limitaciones que el médico tratante debe conocer para tomar las decisiones más adecuadas.
- ✓ Puede existir un sobretratamiento, en especial en las zonas de baja prevalencia para ITS, lo que disminuye la relación costo/efectividad.
- ✓ Puede desencadenar problemas relacionados a la notificación de las parejas, debido a que no todas las infecciones genitales son ITS.
- ✓ No incluye a otras entidades que se presentan con cierta frecuencia como tampoco a los diferentes estadios clínicos de enfermedades como la sífilis en sus estadios secundario y terciario.

SINDROME DE FLUJO VAGINAL

Se considera síndrome de flujo vaginal al aumento de la cantidad de secreciones vaginales, con cambio de color, olor y consistencia, a veces acompañado o no de prurito o irritación vulvar, en algunos casos con disuria y dispareunia. Cuando a este cuadro se añade el dolor en el abdomen bajo, éste deberá ser manejado como síndrome de dolor abdominal bajo.

Se debe considerar que la mujer presenta un flujo vaginal normal que deriva de la trasudación de fluidos de los vasos capilares de la vagina mezclados con secreciones de las glándulas de Bartholin, de Skene y del endometrio.

El Síndrome de flujo vaginal incluye:

- Vaginitis
- Cervicitis

a) VAGINITIS

- Tricomoniasis genital causado por *Trichomonas vaginalis*
- Vaginosi bacteriana frecuentemente asociado a *Gardnerella vaginalis* y otros microorganismos anaerobios
- Candidiasis causada comúnmente por *Cándida albicans*

Se debe evitar los antisépticos vaginales en duchas, protectores diarios o tampones vaginales no estériles y prendas de vestir muy ajustadas (nylon, lycras); suspender las relaciones sexuales mientras dura el tratamiento y no suspender el tratamiento por la presencia de menstruación.

b) CERVICITIS

- Gonorrea causada por *Neisseria gonorrhoeae*.
- Clamidiassi causada por *Chlamydia trachomatis*.

Es importante señalar que en una mujer pueden coexistir ambas infecciones Vaginitis y Cervicitis.

Es fundamental el examen ginecológico con espéculo, para diferenciar entre vaginitis y cervicitis. Además se preguntará la existencia o no de dolor abdominal bajo en los últimos tres meses; en el caso de obtener respuestas positivas, se debe seguir el manejo de síndrome abdominal bajo.

Para la **evaluación de riesgo** se han asociado diversos factores demográficos y conductuales. Entre los factores se incluyen:

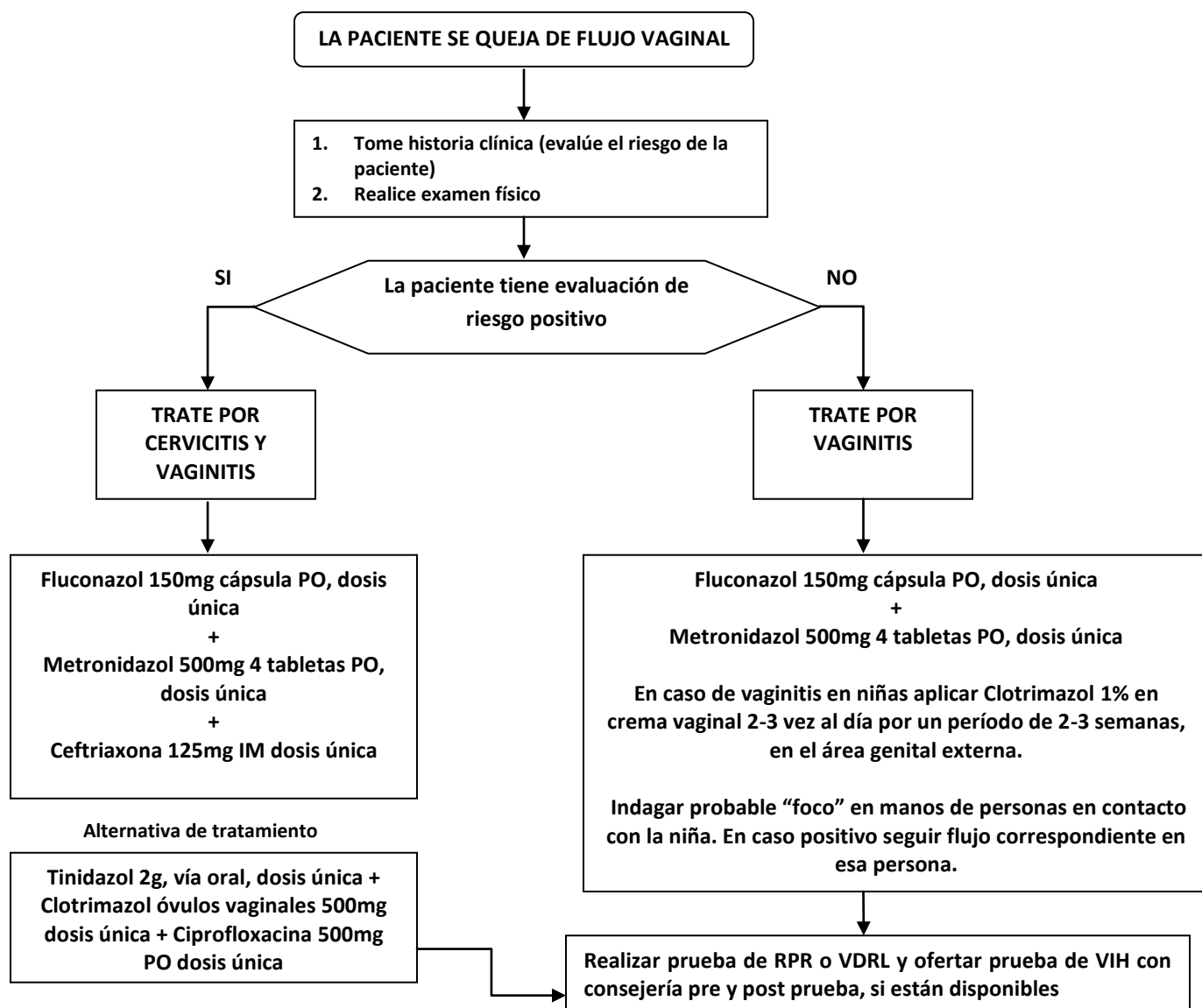
- 21 años o menos.
- Estado civil soltero/a
- Más de una pareja sexual en los últimos tres meses
- Una nueva pareja en los últimos tres meses
- Pareja actual que padece una ITS
- Pareja que recién ha comenzado a utilizar condones.

Es importante obtener más de tres de estos factores para definir una evaluación de riesgo positivo.

En Nicaragua tomando en cuenta nuestra cultura e idiosincrasia se indican los siguientes 3 factores de riesgo positivo⁸:

1. Queja de dolor abdominal bajo.
2. Vida sexual activa e indagar sobre uso de preservativos en sus relaciones sexuales.
3. Pareja sexual con algún síntoma que haga sospechar de ITS.

FLUJOGRAMA PARA SINDROME DE FLUJO VAGINAL



A TENER EN CUENTA

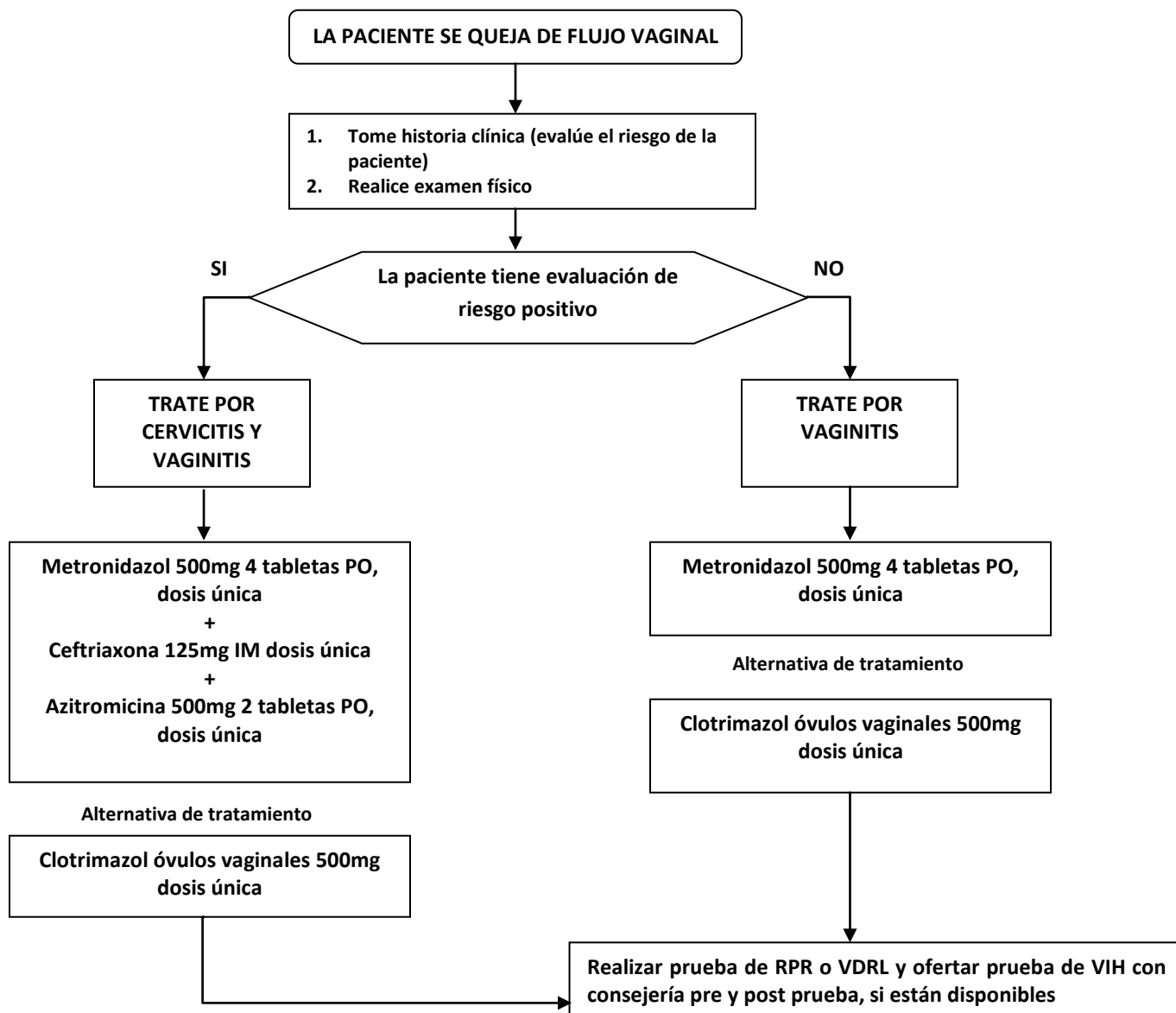
En niños y adolescentes

Si sospecha abuso sexual referir a la Comisaría de la Mujer y al Ministerio de mi Familia para su seguimiento.

Manejo acorde a normativa 031 "Normas y protocolos para la prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual"

- Trate a la(s) parejas sexual(es) de la misma forma en que se trató la ITS de/la paciente.
- De seguimiento a paciente e indique que regrese si síntomas continúan luego de 1 semana de tratamiento
- Notifique y llene registro correspondiente en fuente primaria (Registro de manejo sindrómico) clasificándolo de acuerdo a población atendida.

FLUJOGRAMA PARA SINDROME DE FLUJO VAGINAL EN EMBARAZADAS



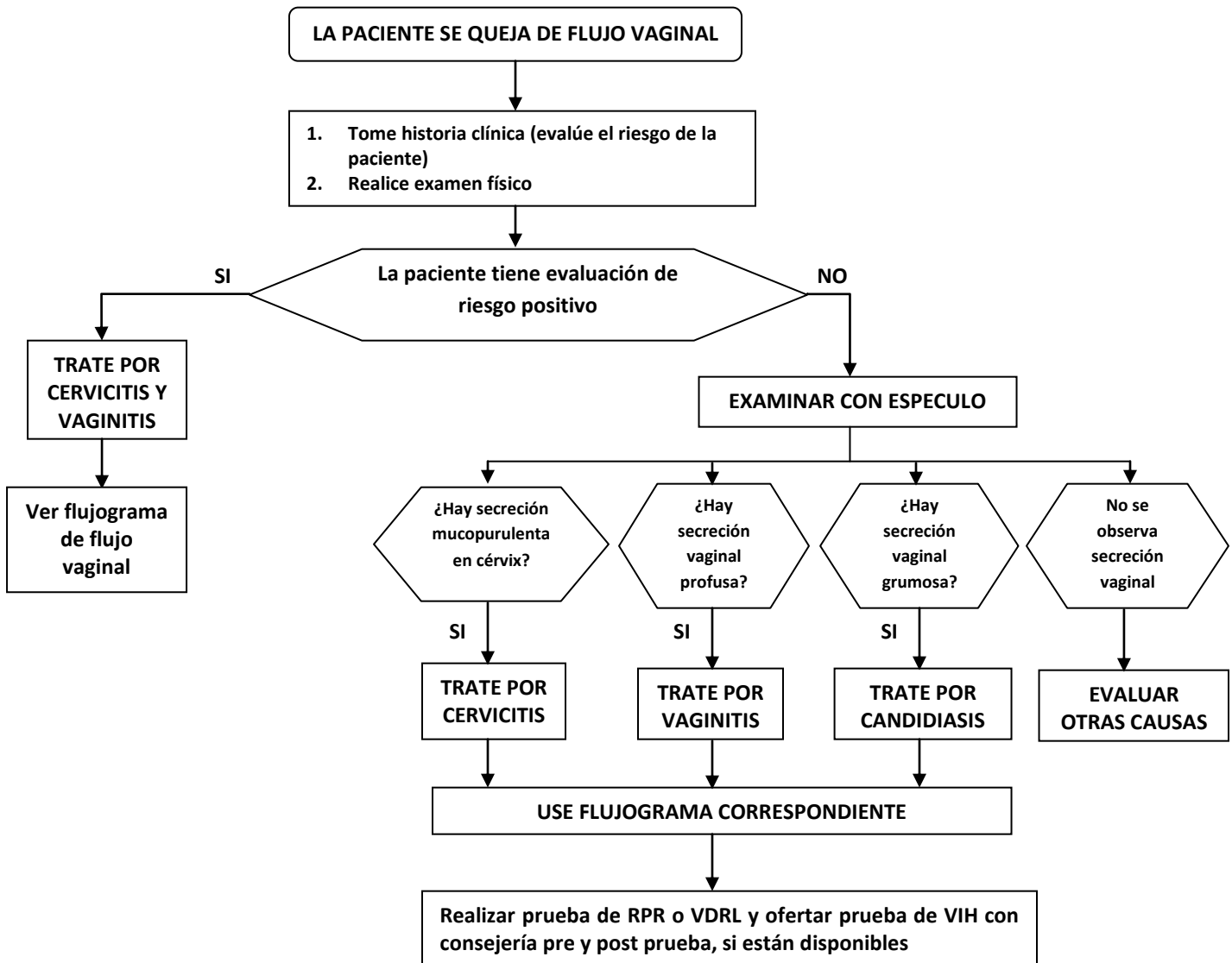
A TENER EN CUENTA

En niños y adolescentes

Si sospecha abuso sexual referir a la Comisaría de la Mujer y al Ministerio de mi Familia para su seguimiento.

- Trate a la(s) parejas sexual(es) de la misma forma en que se trató la ITS de/la paciente.
- De seguimiento a paciente que indique e regrese si síntomas continúan luego de 1 semana de tratamiento
- Notifique y llene registro correspondiente en fuente primaria según tipo de prueba A1-A2, período de gestación y fecha de captación.

FLUJOGRAMA PARA SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL EN EMBARAZADAS (Examen con espejo)



A TENER EN CUENTA

- Trate a la(s) parejas sexual(es) de la misma forma en que se trató la ITS de/la paciente.
- Cite para Papanicolau post tratamiento.
- De seguimiento a paciente que indique que regrese si síntomas continúan luego de 1 semana de tratamiento
- Notifique y llene registro correspondiente en fuente primaria según tipo de prueba A1-A2, período de gestación y fecha de captación.

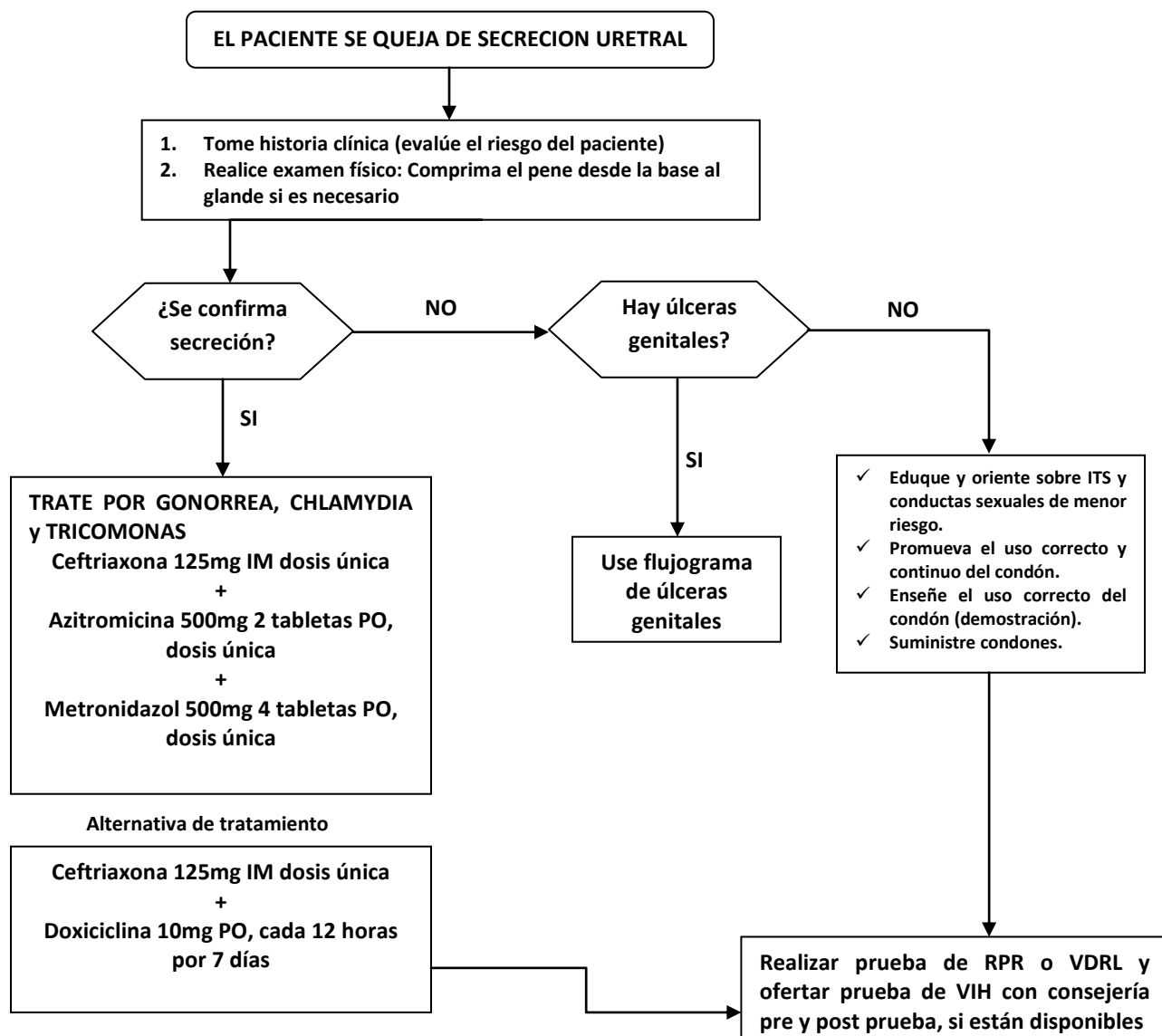
SÍNDROME DE SECRECIÓN URETRAL

Es la manifestación más común de ITS en hombres y corresponde a una uretritis. Se considera como tal la presencia de secreción uretral en los hombres, con o sin dolor al orinar, purulento, mucoso, claro, blanquecino o amarillo verdoso, puede ser abundante o escaso, puede ser comprobada con el prepucio retraído o si es necesario, por la compresión desde la raíz del pene en dirección al glande.

Los agentes asociados con estas molestias en los hombres son:

- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Chlamydia trachomatis*
- Ocasionalmente la *Trichomonas vaginalis* puede ser responsable.

FLUJOGRAMA PARA SINDROME DE SECRECION URETRAL



A TENER EN CUENTA

En niños y adolescentes

Si sospecha abuso sexual referir a la Comisaria de la Mujer y al Ministerio de mi Familia para su seguimiento.

En caso de disponer de laboratorio, tome muestra para realizar prueba de Tinción de Gram para confirmar diagnóstico etiológico.

- Si el paciente asiste a consulta por tercera vez, se debe referir al hospital.
- Trate a la(s) parejas sexual(es) de la misma forma en que se trató la ITS de/la paciente.
- De seguimiento a paciente que indique que regrese si síntomas continúan luego de 1 semana de tratamiento
- Notifique y llene registro correspondiente en fuente primaria (Registro de manejo sindrómico), clasificándolo de acuerdo a población atendida.

SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL

La úlcera genital representa la pérdida de continuidad de la piel y/o mucosa de los órganos genitales o de las áreas adyacentes. En ocasiones inicia con la presencia de vesículas que evolucionan a úlceras. Puede ser dolorosa o indolora, puede o no acompañarse de linfadenopatía inguinal, puede provocar ardor y/o quemazón en contacto con la orina, agua, relación sexual y/o jabón.

Las ITS asociadas al síndrome de Úlcera Genital son:

- Sífilis primaria causada por el *Treponema Pallidum*.
- Chancro blando o Chancroide causado por el *Haemophilus Ducreyi*
- Herpes genital causado por el virus Herpes simple, tipo 1 y 2. El tipo 2 es más frecuente.
- Linfogranuloma Venéreo
- En menor grado Granuloma Inguinal

El Síndrome Úlcera Genital incluye dos variantes:

- Úlcera producida por Sífilis y Chancroide
- Úlcera precedida de vesícula, producida por el Herpes Genital.

a) Síndrome de úlcera Genital producida por sífilis y chancroide

Las úlceras, indoloras de bordes regulares y de consistencia dura al tacto pueden corresponder a sífilis. Si las lesiones son varias, muy dolorosas, de bordes irregulares, de fondo sucio (secreción purulenta) y blandas al tacto nos orienta a pensar en chancro blando.

b) Úlcera precedida de vesícula producida por herpes genital

Se caracteriza por presentar lesiones con múltiples vesículas, que pueden confluir en una ampolla delgada, frágil, que se rompe con facilidad dejando una úlcera de bordes irregulares en algunos casos sobre infectada. En otros casos se observa varias úlceras individuales. Se acompaña de ardor y dolor tipo quemazón, puede haber adenopatía y generalmente el/a usuario/a refiere haber tenido episodios similares con anterioridad.

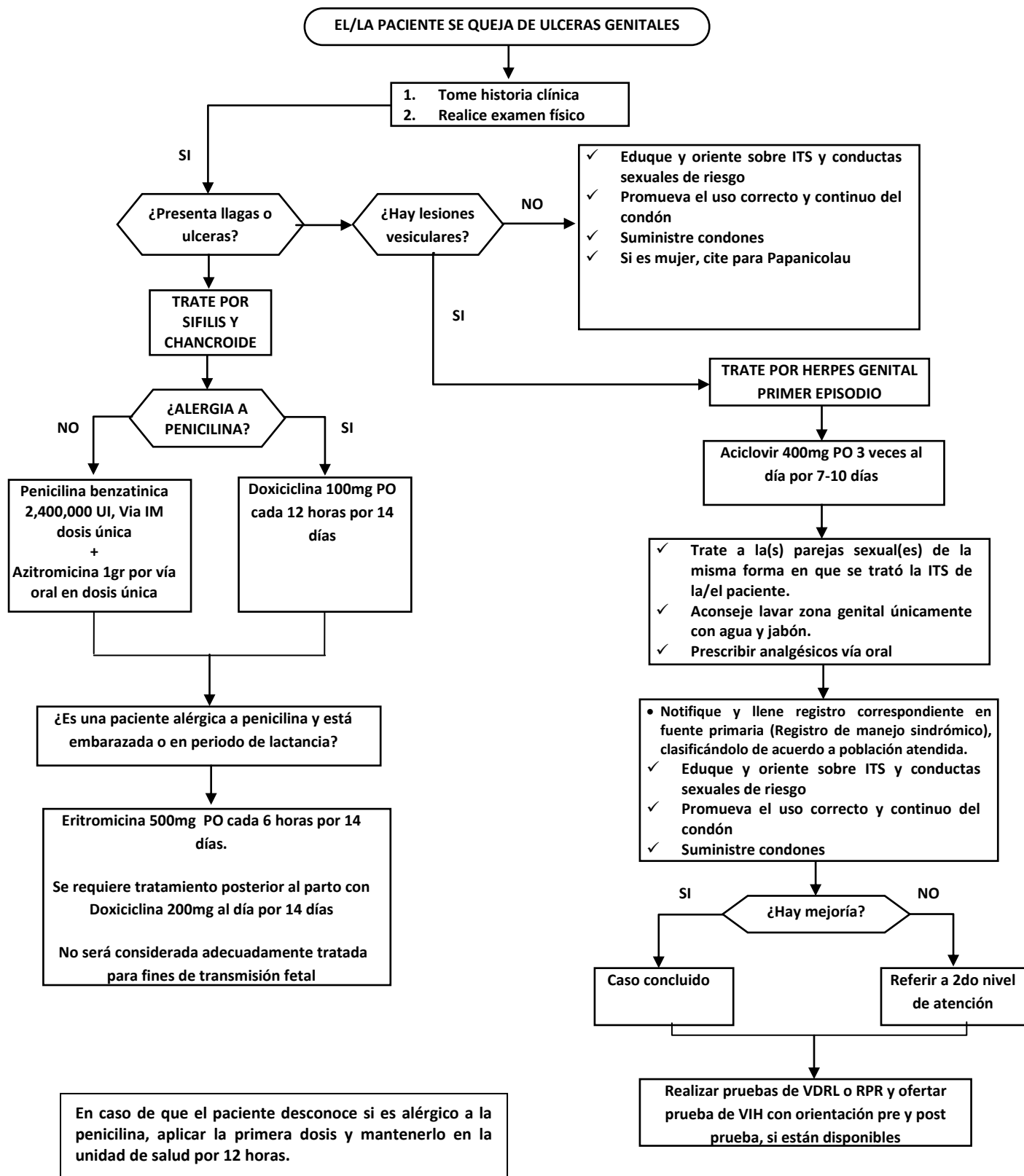
No existe tratamiento curativo para el Herpes genital, las lesiones suelen ser recurrentes. Se administra tratamiento cuando se realiza el diagnóstico, aunque si las lesiones se detectan en la fase vesicular de la primoinfección.

El herpes genital recién adquirido puede causar una enfermedad clínica prolongada con graves úlceras genitales y afectación neurológica. Incluso las personas con un primer episodio de herpes que tienen manifestaciones clínicas leves inicialmente pueden desarrollar síntomas severos o prolongados.

Todos los pacientes con primeros episodios de herpes genital deben recibir tratamiento antiviral.

El tratamiento oportuno de episodios de herpes recurrente requiere del inicio de la terapia en el primer día del apareamiento de la lesión o durante el prodromo que precede a algunos brotes.

FLUJOGRAMA PARA SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL



SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL BAJO

Es el dolor de origen pélvico que se intensifica con las menstruaciones, las relaciones sexuales, la actividad física e irradiación en la parte baja del abdomen, que puede estar acompañado o no de flujo vaginal anormal, fiebre y dolor a los movimientos de lateralización del cérvix. Esto conduce al diagnóstico presuntivo de Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP), que es la infección de los órganos reproductivos internos (endometrio, trompas de Falopio y estructuras adyacentes).

Es producido por microorganismos como:

- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Chlamydia trachomatis*
- Bacterias anaerobias
- Otros como *Mycoplasma hominis*, bacilos Gram negativos

El diagnóstico diferencial del dolor abdominal bajo en una mujer en edad reproductiva incluye: embarazo ectópico, apendicitis aguda, endometriosis, complicaciones de un quiste ovárico, dolor funcional.

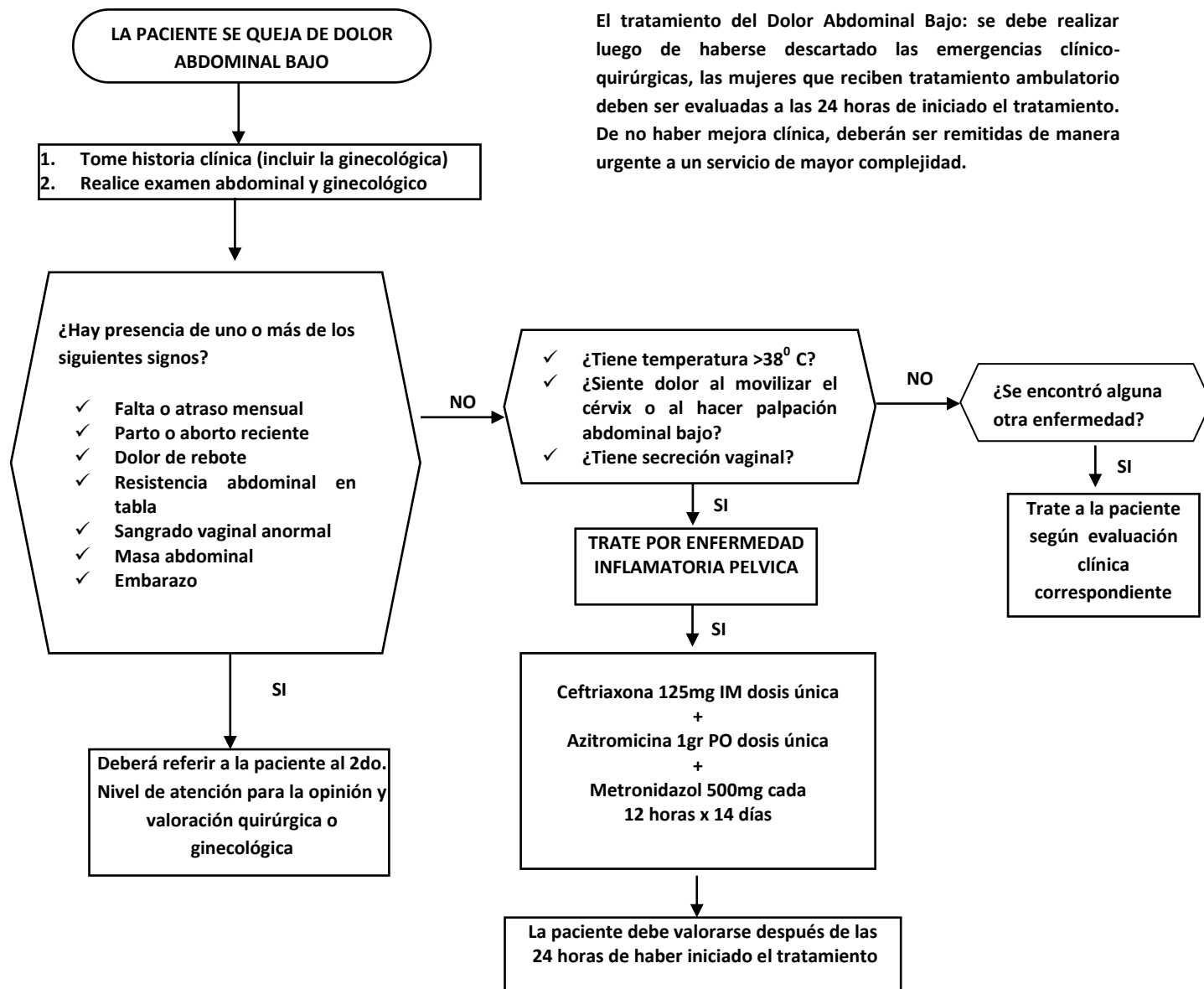
Manejo del Dolor Abdominal Bajo: se debe realizar luego de haber descartado las emergencias clínico – quirúrgicas, las mujeres que reciben tratamiento ambulatorio serán evaluadas a las 24 horas de iniciado el tratamiento. De no haber mejoría clínica, deberán ser remitidas de manera urgente a un servicio de mayor complejidad.

Clasificación de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica

Grado I (Leve)	No complicada, sin masa anexial, sin signos de abdomen agudo o irritación peritoneal
Grado II (Moderada)	Presencia de masa anexial o absceso que involucra trompas y/o ovarios. Con o sin signos de irritación peritoneal.
Grado III (Grave)	Diseminada a estructuras extra pélvicas, absceso tubo ovárico roto o signos y síntomas de abdomen agudo por peritonitis

Fuente: http://cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/IMSS_072_08_ENFERMEDAD_INFLAMATORIA_PELVICA/IMSS_072_08_EyR.pdf

FLUJOGRAMA PARA SINDROME DE DOLOR ABDOMINAL BAJO



El tratamiento del Dolor Abdominal Bajo: se debe realizar luego de haberse descartado las emergencias clínico-quirúrgicas, las mujeres que reciben tratamiento ambulatorio deben ser evaluadas a las 24 horas de iniciado el tratamiento. De no haber mejora clínica, deberán ser remitidas de manera urgente a un servicio de mayor complejidad.

A TENER EN CUENTA

- Trate a la(s) parejas sexual(es) de la misma forma en que se trató la ITS de/la paciente.
- Notifique y llene registro correspondiente en fuente primaria (Registro de manejo sindrómico), clasificándolo de acuerdo a población atendida.

SÍNDROME DE BUBÓN INGUINAL

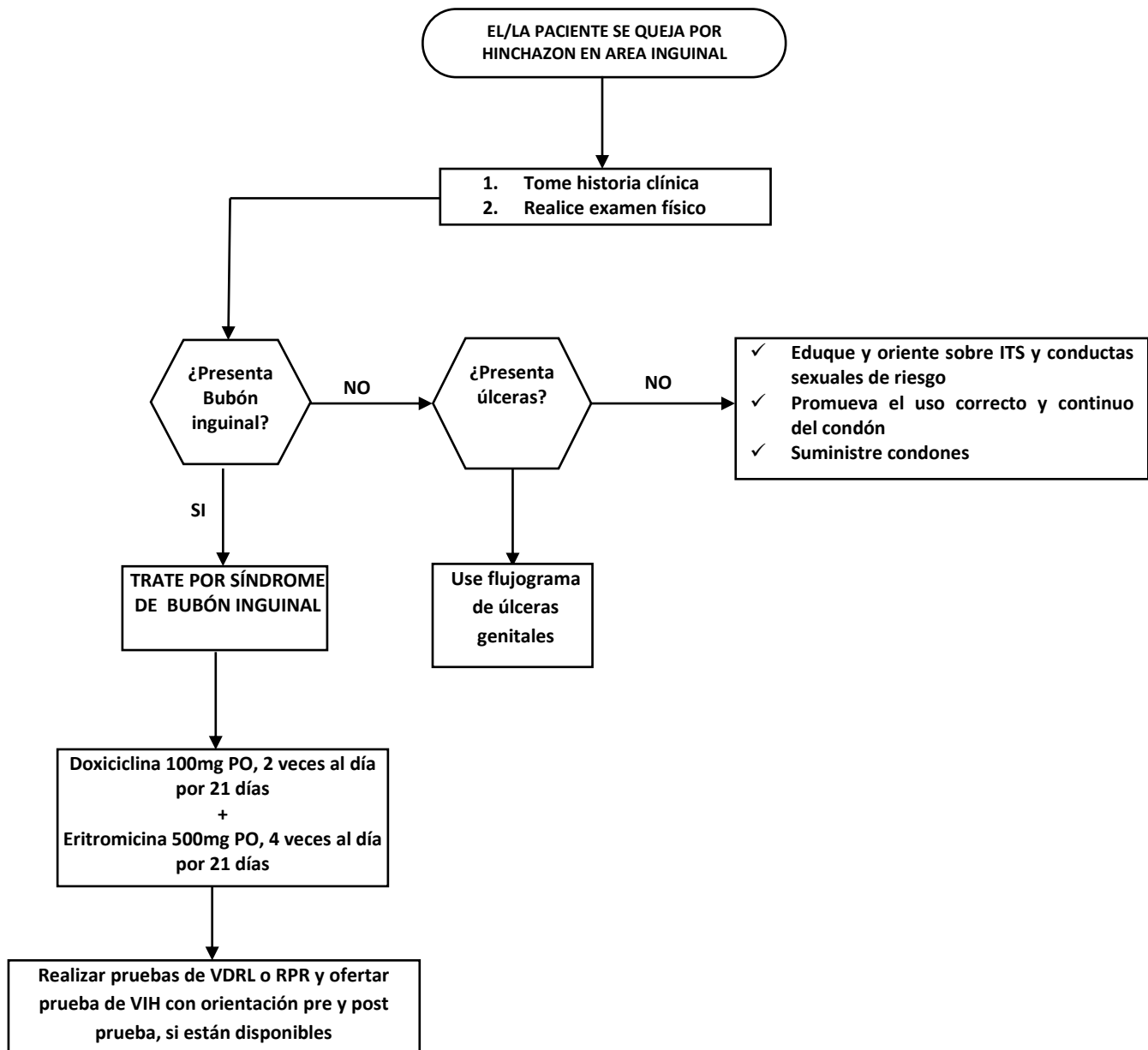
Es la presencia de una masa fluctuante, con o sin dolor en la región inguinal uní o bilateral, acompañada con historia reciente de lesión ulcerativa en genitales y posterior a contacto sexual de riesgo.

Las ITS asociadas al bubón inguinal son:

- Chancro blando causada por el *Haemophilus ducreyi*
- Linfogranuloma venéreo causada por *Chlamydia trachomatis*
- Granuloma inguinal

Si el/a usuario/a presenta bubón inguinal doloroso y fluctuante, en ausencia de úlcera genital, este signo puede corresponder a Linfogranuloma venéreo. Por otra parte el conjunto de un bubón y úlceras genitales indica la sospecha de chancroide y requiere que el/a proveedor/a consulte y siga el flujograma para síndrome de úlcera genital.

FLUJOGRAMA PARA SÍNDROME DE BUBÓN INGUINAL



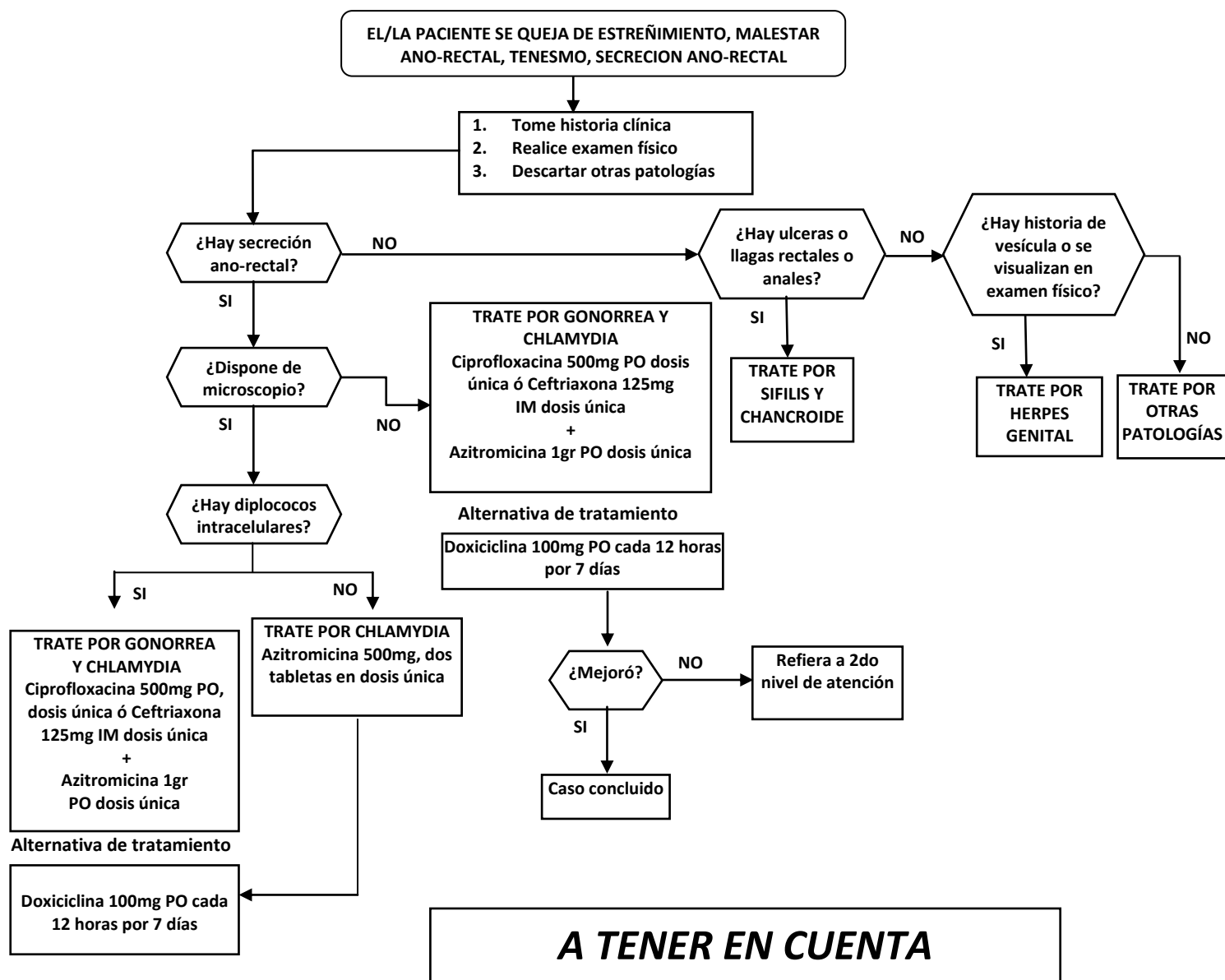
A TENER EN CUENTA

- Trate a la(s) parejas sexual(es) de la misma forma en que se trató la ITS de/la paciente.
- Notifique y llene registro correspondiente en fuente primaria (Registro de manejo sindrómico), clasificándolo de acuerdo a población atendida.

PROCTITIS

Es la inflamación del recto y se presenta con dolor, sangrado y, ocasionalmente secreción de moco o pus. Existen muchas causas de proctitis, es común entre personas que practican relaciones sexuales anales. Las infecciones de transmisión sexual que pueden causar proctitis son, entre otras: gonorrea, herpes, clamidia y linfogranuloma venéreo.

FLUJOGRAMA PARA PROCTITIS



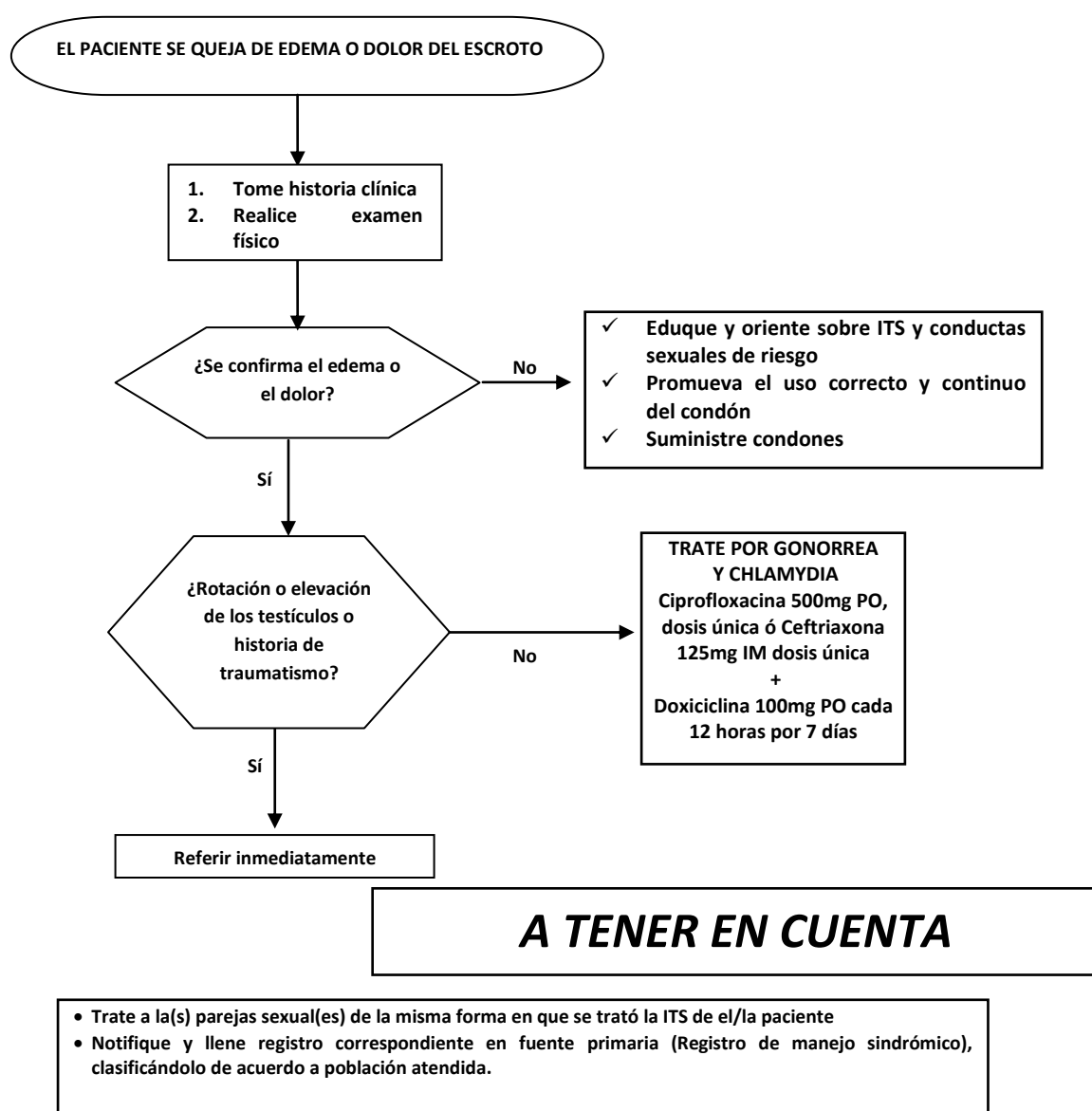
En caso de disponer de laboratorio, tome muestra para realizar prueba de Tinción de Gram para confirmar diagnóstico etiológico.

- Trate a la(s) parejas sexual(es) de la misma forma en que se trató la ITS de el/la paciente
- Notifique y llene registro correspondiente en fuente primaria (Registro de manejo sintomático), clasificándolo de acuerdo a población atendida.

EDEMA ESCROTAL

La infección de los testículos La infección de los testículos es una complicación grave provocada por la uretritis gonocócica y la uretritis por clamidias. Al infectarse, los testículos se hinchan, sube su temperatura y provocan dolor intenso. Si no se da tratamiento desde el comienzo, el proceso inflamatorio continúa su curso y al sanar quedarán cicatrices fibrosas y parte del tejido testicular se destruye, disminuyendo la fertilidad del paciente. Es necesario buscar otras patologías que causen edema escrotal

FLUJOGRAMA PARA EDEMA ESCROTAL



MANEJO DE VERRUGAS GENITALES Y ANALES

Condiloma por papiloma virus (VPH); usar Ácido Tricloroacético entre 80% y 90%, una vez por semana. También se puede usar Podofilina resina 25%, una vez por semana hasta la resolución de las lesiones. El uso de inmunomoduladores (Imiquimod y Alfa Interferón) se recomendará según haya disposición local.

En el caso de usar Podofilina, esta también puede ser aplicada tópicamente sobre las verrugas genitales o perianales, dos veces al día por tres días consecutivos; interrumpir el tratamiento durante 4 días y repetir el ciclo de aplicación de tres días hasta un máximo de 4 ciclos o antes si las verrugas desaparecen en un tiempo menor. Si cumplidos 4 ciclos de tratamiento no hay respuesta satisfactoria, debe suspenderse el uso del producto. El área tratada no debe exceder de 10 cm².

La Podofilina está contraindicada en las embarazadas. El tratamiento de verrugas siempre deberá ser realizado por el personal de salud capacitado.

En caso de presencia de verrugas genitales o anales internas referir al segundo nivel de atención.

¡RECUERDE SIEMPRE!

Los contactos sexuales deben ser tratados con iguales esquemas de medicamentos aunque **no tengan manifestaciones clínicas**.

En caso de persistencia de los síntomas y signos, descartar falla de tratamiento, que puede ocurrir por no haber cumplido con la dosis indicada, por reinfección al tener relaciones con pareja/s no tratada/s o nuevas sin uso condón. **EN CUALQUIERA DE ESTOS CASOS SE DEBERÁ REPETIR TRATAMIENTO.**

Si el paciente ha cumplido tratamiento, su pareja ha tomado la medicación, no ha tenido pareja/s nuevas, ha usado y usa condón, y **NO HAY MEJORÍA REFIERA AL O LA PACIENTE A UN ESTABLECIMIENTO DE MAYOR RESOLUCIÓN.**

SECCION 3: MANEJO DE SIFILIS MATERNA Y SIFILIS CONGENITA

- **Sífilis materna o gestacional:** cuando una embarazada, puérpera o con aborto espontáneo reciente presenta evidencia clínica o evidencia serológica de sífilis.
- **Sífilis congénita:** cualquiera de las siguientes situaciones:
 - ✓ Recién nacido, aborto espontáneo o mortinato de una mujer con sífilis materna que no ha recibido un tratamiento adecuado.
 - ✓ Niño con VDRL o RPR con títulos cuatro veces superiores a los maternos. (Ejemplo: mujer 1/4, niño 1/16)
 - ✓ Niño con manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita y serología positiva independientemente del título.
 - ✓ Producto de la gestación o placenta con evidencia de infección por *Treponema Pallidum* en el estudio anatomopatológico.
- **Tasa de incidencia de sífilis congénita:** número de casos con diagnóstico nuevo de sífilis congénita por cada 1000 nacidos vivos.

Es necesario indicar prueba serológica **a toda** embarazada en la primera visita de control prenatal si es negativa, debe repetirse durante el tercer trimestre, el parto y el puerperio previo al alta. Si la embarazada presentara riesgo de exposición pueden solicitarse más pruebas de laboratorio. También se aconseja la realización de la serología a la pareja y a todos los contactos sexuales. Si la madre presenta serología positiva se debe tratar a la pareja. El establecimiento de salud que trata la embarazada debe ser responsable del control, tratamiento y seguimiento de la pareja. Datos que deben constar en la historia clínica materna. El no tratamiento de la pareja, puede ser causa de reinfección durante el embarazo⁹.

El diagnóstico serológico de la sífilis se basa en la realización de pruebas treponémicas y pruebas no treponémicas.

Las pruebas no treponémicas incluyen el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y el RPR. Una prueba no treponémica reactiva puede indicar infección actual, infección reciente tratada o no tratada, o un resultado falso positivo. Los resultados falsos positivos ocurren en 1 al 3% de la población general y en general tienen un título bajo. Pueden ser negativas en fases iniciales de la infección, o cuando el título es muy alto (fenómeno de prozona) y suelen negativizarse o disminuir a títulos muy bajos después del tratamiento. En los casos de sífilis tratada correctamente, el VDRL tiende a negativizarse con el paso del tiempo,

aunque en casos excepcionales se puede mantener positivo durante mucho tiempo o de por vida. Pueden verse falsos positivos en enfermedades autoinmunes, tuberculosis, mononucleosis, endocarditis y en el propio embarazo.

Estas pruebas persisten positivas independientemente del tratamiento y pueden observarse falsos positivos (menos del 1%), en otras enfermedades por espiroquetas (leptospirosis, enfermedad de Lyme, fiebre por mordedura de ratas). En estos casos suele estar presente el antecedente epidemiológico infeccioso. Así, si una prueba treponémica es positiva y no se refiere tratamiento previo y/o no se dan las condiciones citadas se debe tratar⁹.

Pruebas rápidas Treponémicas” son pruebas sencillas que se pueden utilizar en el lugar de la consulta, proporcionando resultados en minutos, lo que posibilita realizar el tratamiento en forma inmediata. Suelen ser tiras reactivas impregnadas con antígenos treponémicos que se tornan positivos (dando una reacción en color) en contacto con suero, plasma o sangre de un paciente con anticuerpos para sífilis. Suelen tener un tiempo de lectura rápido (menor a 30 minutos).

DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS CONGÉNITA

Diagnóstico clínico:

El *Treponema pallidum* está presente en la sangre en los estadios tempranos y puede ser transmitido al feto. El paso a través de la placenta suele ocurrir entre las semanas 16 y 28 del embarazo, pero se han descrito casos desde la semana La probabilidad de que una mujer embarazada transmita la enfermedad al feto está relacionada con la fase de la infección, siendo durante el primer año de la enfermedad y sin tratamiento de aproximadamente 90% y disminuyendo en las etapas tardías. El pronóstico de los niños infectados por sífilis durante la vida intrauterina no está bien establecido pero se ha estimado una tasa de eventos negativos del 50 al 80%, que incluyen aborto, feto muerto, bajo peso al nacer, prematuridad o infección neonatal⁹.

Todos los hijos de mujeres que presentaron sífilis durante el embarazo deben ser estudiados para determinar si presentan evidencia de enfermedad. En todos los casos se recomienda realizar los siguientes procedimientos:

- ✓ Estudio anatomopatológico de la placenta.
- ✓ Examen físico completo que debe incluir la búsqueda activa de las lesiones que se mencionan más adelante.
- ✓ Pruebas serológicas.
- ✓ Examen de campo oscuro de las secreciones del niño.

Cuando cumplen la definición de sífilis congénita se recomienda realizar punción lumbar para la evaluación de la VDRL, citología y fisicoquímico del líquido

cefalorraquídeo (LCR). Si no hay posibilidad de realizar punción lumbar y hay sospecha de afectación neurológica, debe tratarse como neurosífilis.

Manifestaciones sospechosas de sífilis congénita temprana

Las manifestaciones clínicas de la sífilis congénita son variadas e incluyen algunas de las siguientes manifestaciones⁹:

- ✓ Prematurez.
- ✓ Retardo de crecimiento intrauterino.
- ✓ Neumonitis (neumonía alba).
- ✓ Hepatoesplenomegalia.
- ✓ Linfadenopatía generalizada.
- ✓ Manifestaciones hematológicas: anemia, leucopenia, leucocitosis, trombocitopenia.
- ✓ Manifestaciones mucocutáneas: púrpura, pénfigo palmoplantar, erupción maculopapular, condilomas planos, ragades, petequias.
- ✓ Lesiones óseas, osteocondritis, periostitis.
- ✓ Manifestaciones renales: síndrome nefrótico.
- ✓ Manifestaciones de SNC: meningitis aséptica, pseudoparálisis de Parrot.
- ✓ Manifestaciones oculares: coriorretinitis, retinitis.
- ✓ Otros hallazgos: fiebre, rinorrea sanguinolenta, pancreatitis, ictericia, inflamación del tracto gastrointestinal, hipopituitarismo, miocarditis.
- ✓ Hidrops fatales.

Manifestaciones sospechosas de sífilis congénita tardía

- ✓ Dientes de Hutchinson.
- ✓ Queratitis intersticial.
- ✓ Nariz en silla de montar, frente olímpica.
- ✓ Gomas en pie.
- ✓ Lesión de SNC: retardo mental, hidrocefalia, convulsiones, sordera y ceguera.
- ✓ Lesiones osteoarticulares: articulaciones de Clutton, tibia en sable, gomas óseas, escápulas en forma de campana.
- ✓ Paladar alto, mandíbula protuberante, micrognatia, fisuras periorales.

Diagnóstico serológico:

Los anticuerpos IgG atraviesan la placenta las pruebas treponémicas y no treponémicas pueden ser positivas en caso de sífilis materna. Se recomienda realizar una determinación simultánea de VDRL o RPR en la madre y el niño (sin utilizar sangre de cordón por el riesgo de contaminación con sangre materna) y considerar positivos a los niños con títulos cuatro veces mayor que los títulos de la

madre (por ejemplo título de 1/8 en la madre y 1/32 en el niño)(40,41,39,40), si bien debe recordarse que títulos menores no descartan de forma absoluta sífilis congénita.

Manejo Clínico

El tratamiento de la sífilis en la embarazada debe iniciarse de inmediato después de obtener el resultado de una prueba de tamizaje positiva, preferiblemente en el primer nivel de atención a menos que las condiciones de la mujer requieran una atención de mayor complejidad. Para la prevención de la sífilis congénita se considera adecuado si se realiza un mes antes del parto⁹.

El tratamiento para sífilis primaria, secundaria y sífilis latente temprana consiste en una dosis única de 2.4 millones de unidades de penicilina benzatínica G por vía intramuscular (B-I).

El tratamiento para la sífilis latente tardía o sífilis latente de duración desconocida consiste en 7.2 millones de unidades de penicilina benzatínica G en total, administradas en tres dosis (una por semana) de 2.4 millones de unidades de penicilina benzatínica G por vía intramuscular.

Debe hacerse prueba para sífilis a todos los contactos sexuales informados por la embarazada y tratar a los positivos. La reinfección por la pareja no tratada es una de las causas más importantes de la sífilis congénita.

Todas las mujeres tratadas deben ser evaluadas con pruebas serológicas cuantitativas con una periodicidad de 1 a 3 meses. Un aumento de los títulos igual o superior a 4 veces, constituye indicación de nuevo tratamiento al considerarse fracaso terapéutico, reinfección o neurosífilis, que además requiere el estudio de líquido céfalo raquídeo (si hay disponibilidad para esta prueba).

La administración del tratamiento debe ser supervisada y registrarse en la historia clínica. **Si no se encuentra evidencia en la historia clínica de su administración, el recién nacido debería ser considerado un caso de sífilis congénita⁹.**

La reacción de Jarish Herxheimer es una reacción consistente en fiebre y mal estado general, debido a la liberación de antígenos por la muerte de los treponemas. Cuando el tratamiento se realiza en la segunda mitad del embarazo, esta reacción podría excepcionalmente desencadenar el trabajo de parto.

Manejo de pacientes con posible alergia a la penicilina

No existen alternativas a la penicilina de eficacia demostrada para el tratamiento de la neurosífilis, de la sífilis congénita, de la sífilis en mujeres embarazadas y en pacientes con VIH. Por otro lado, volver a administrar

penicilina a un paciente con manifestaciones alérgicas previas, podría causar reacciones graves e inmediatas.

Se estima que un 10% de las personas que refieren haber tenido reacciones alérgicas graves a la penicilina permanecen alérgicas. Con el paso del tiempo la mayoría de estas personas dejan de producir inmunoglobulinas E específicas a la penicilina. Si se pudiera determinar que las IgE específicas han desaparecido, estas personas podrían ser tratadas de manera segura con penicilina⁹.

En caso de alergia a la penicilina, podría utilizarse eritromicina, 500 mg/6h durante 14 días (CIII), que puede no ser suficiente para la madre, requiriendo tratamiento con doxiciclina tras el parto con 200 mg/día durante 14 días. El tratamiento con eritromicina de la embarazada es absolutamente ineficaz para tratar al feto, por lo que se administrará penicilina al niño según esquema recomendado más adelante.

TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS CON SÍFILIS CONGÉNITA

Todos los niños con las siguientes características⁹:

- Evidencia clínica de sífilis congénita.
- Asintomáticos pero cuya madre no recibió un tratamiento adecuado para la sífilis materna.
- Asintomáticos y cuya madre fue tratada adecuadamente pero que presentan títulos de RPR o VDRL superiores (4 veces) a los de la madre.
- Asintomáticos y cuya madre fue tratada adecuadamente pero no se dispone de títulos cuantificados para comparar con la madre.

Cuadro 4. Esquema de tratamiento de la Sífilis Congénita

Descripción	Medicamento	Dosis	Intervalo	Duración
Niño o niña con evidencia de Sífilis	Penicilina Cristalina G acuosa	50,000 unidades x Kg	Cada 12 horas	7 días
		50,000 unidades x Kg	Cada 8 horas	7 días
Niño o niña con evidencia de neurosífilis	Penicilina Cristalina G acuosa	50,000 unidades x Kg	Diaria	14 días
Niño o niña sin neurosífilis	Penicilina Procaínica	50,000 unidades x Kg	Diaria	10 – 14 días
Niño o niña de madre tratada	Penicilina Benzatínica	50,000 unidades x Kg	Dosis única	

SECCION 4: ATENCION DE LAS ITS A POBLACIONES EN MAS ALTO RIESGO

Las Infecciones de transmisión sexual como problema de salud pública, deben ser enfrentadas con la aplicación de programas y acciones en los aspectos de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento a la población dentro del Modelo de Salud Familiar Comunitario (MOSAFC), con énfasis en la atención en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad; a través de intervenciones coordinadas y coherentes para disminuir la incidencia de las patologías. Estas poblaciones serán atendidas indistintamente en cualquier unidad de salud dentro del MOSAFC.

El Ministerio de Salud de Nicaragua, tomando como referencia los principios universales de los derechos humanos, el Artículo 59 de la Constitución Política de Nicaragua, la Ley General de Salud y la Ley 238 “Ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el sida”, emitió la Resolución Ministerial 249 -2009, que garantiza el acceso de las personas con identidad sexual diferente y sin discriminación a los servicios de salud en todas las unidades de salud públicas y privadas¹⁰.

En este contexto; se requiere procedimientos definidos y estandarizados en las poblaciones en más alto riesgo para la atención integral de las ITS¹²; por lo que las recomendaciones se seguirán de acuerdo a:

ATENCIÓN A TRABAJADORAS SEXUALES

Esta atención es a libre demanda de la población pero para efecto de seguimiento se procederá de la siguiente manera:

- ✓ Evaluación clínica, priorizando en el examen físico, inspección de piel, boca, orofaringe, región perianal, anal y búsqueda de adenopatías e identificación de papilomas. Además, deberá incluirse examen cervicovaginal manual y con espejo.
- ✓ Evaluación para el estudio de secreciones vaginales, endocervicales, anales y orofaríngeas. Para ello; el médico debe realizar la toma de muestra para los siguientes análisis:

- Evaluación de Vaginositis mediante un examen con espéculo para la toma de muestras: secreción vaginal (pH, preparación en fresco y tinción de Gram para diagnóstico de Vaginositis), para amebas con KOH al 10%, en caso de existencia en las unidades de salud.
 - Examen orofaríngeo en cada consulta, buscar lesiones sugestivas de procesos infecciosos. El hisopado se realizará cuando lo amerite (faringitis, amigdalitis recurrente que no responden adecuadamente a los tratamientos).
 - Examen con anoscopio, cuando esté disponible: se realizará anoscopia cuando haya factores de riesgo y el hisopado anal, cuando sea necesario para el diagnóstico de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y Papiloma Virus en caso de disponibilidad de reactivos, sino existiese seguir flujo de manejo sindrómico.
-
- ✓ Hacer énfasis en la consejería en cambios de comportamiento y prácticas sexuales de riesgo
 - ✓ Tamizaje para sífilis.
 - ✓ Tamizaje para VIH
 - ✓ Tamizaje anual para Papanicolaou según normativa.

ATENCIÓN A TRANSGENERO FEMENINAS TRABAJADORAS SEXUALES

Esta atención es a libre demanda de la población pero para efecto de seguimiento se procederá de la siguiente manera:

- ✓ Evaluación clínica, priorizando en el examen físico, inspección de piel, boca, orofaringe, región perianal, anal y búsqueda de adenopatías e identificación de Papiloma Virus.
- ✓ Evaluación a criterio del médico, para el estudio de secreciones anales y orofaríngeas. Para ello, el médico debe realizar la toma de muestra para los siguientes análisis:
 - Examen orofaríngeo en cada consulta. Buscar lesiones sugestivas de procesos infecciosos. El hisopado se realizará cuando lo amerite (faringitis, amigdalitis recurrente que no responden adecuadamente a los tratamientos).
 - Examen con anoscopio, cuando esté disponible: se realizará anoscopia cuando haya factores de riesgo y el hisopado anal, cuando sea necesario para el diagnóstico de *Chlamydia*

trachomatis, *Neisseria gonorrhoeae* y Papiloma Virus en caso de disponibilidad de reactivo.

- ✓ Toma de muestra de secreción uretral para la preparación en fresco, tinción de Gram y prueba de diagnóstico para *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y Papiloma Virus en caso de disponibilidad de reactivo.
- ✓ Hacer énfasis en la consejería en cambios de comportamiento y prácticas sexuales de riesgo
- ✓ Tamizaje para sífilis
- ✓ Tamizaje para VIH

ATENCIÓN A HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES Y POBLACION TRANSGENERO FEMENINAS

Esta atención es a libre demanda de la población pero para efecto de seguimiento se procederá de la siguiente manera:

- ✓ Evaluación clínica, priorizando en el examen físico, inspección de piel, boca, orofaringe, región perianal, anal y búsqueda de adenopatías e identificación de Papiloma Virus¹¹.
- ✓ Evaluación a criterio del médico, para el estudio de secreciones anales y orofaríngeas. Para ello, el médico debe realizar la toma de muestra para los siguientes análisis:
 - Examen orofaríngeo en cada consulta. Buscar lesiones sugestivas de procesos infecciosos. El hisopado se realizará cuando lo amerite (faringitis, amigdalitis recurrente que no responden adecuadamente a los tratamientos).
 - Examen con anoscopio, cuando esté disponible: se realizará anoscopia cuando haya factores de riesgo y el hisopado anal cuando sea necesario para el diagnóstico de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y Papiloma Virus en caso de disponibilidad de reactivo.
 - Toma de muestra de secreción uretral para la preparación en fresco, tinción de Gram y prueba de diagnóstico para *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y Papiloma Virus en caso de disponibilidad de reactivo.
- ✓ Hacer énfasis en la consejería en cambios de comportamiento y prácticas sexuales de riesgo.
- ✓ Tamizaje para sífilis
- ✓ Tamizaje para VIH

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 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 de transmisión sexual, 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.

Consejería

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 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 si el paciente lo solicita así).
- ❖ 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 clínicas ambulatorias o clínicas 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.

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 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 e 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 ofrecen 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.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Ginebra, Suiza: OMS; 2005. [acceso el 08 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/sti/STIguidelines2003_es.pdf
2. Norma Metodológica para la elaboración de Normas, Manuales, Guías y Protocolos del Sector Salud. Normativa 070, MINSA 2011
3. Organización Mundial de la Salud. Módulo 2: Introducción al manejo sintomático de casos de ITS. En: Módulos de capacitación para el manejo sintomático de las infecciones de transmisión sexual. 2ª ed. Ginebra, Suiza: OMS; 2008. [acceso el 08 de mayo de 2012]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243593401_modulo2_spa.pdf
4. Estadísticas de ITS. MINSA 2012
5. www.cdc.gov/std/treatment/2010 CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010.
6. CIES-CIET .Línea de Base Proyecto Integrado de Lucha contra el VIH en 5 departamentos de Nicaragua, 2008.
7. Organización Mundial de la Salud. Módulo 1: Introducción a la prevención y el control de las ITS. En: Módulos de capacitación para el manejo sintomático de las infecciones de transmisión sexual. 2ª ed. Ginebra: OMS; 2008. [acceso el 08 de mayo de 2012]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243593401_modulo1_spa.pdf
8. Guías para el tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual, Manejo sintomático, Nicaragua 2007.
9. Normativa 093. Protocolo para el Manejo de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita. Ministerio de Salud, 2012
10. Resolución Ministerial 249-2009. Nicaragua.
11. Proyecto para la provisión de cuidado integral para los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) en América Latina y el Caribe. OPS, Julio 2009.

12. Conceptos poblaciones en mayor riesgo y vulnerables. Organización Mundial de la Salud, 2011.
13. Guía de orientaciones básicas para la atención clínica de hombres gays, bisexuales, personas Trans y hombres que tienen sexo con hombres (GBTH) en los servicios de. Fundación Ecuatoriana Equidad, 2008.
14. Normativa 031 Normas y protocolos para la prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual.