

# TRAPS

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

# 7

Fascículo

## INFECCIONES PREVALENTES EN EL PNA

Infecciones de transmisión sexual



**7**

Fascículo

**INFECCIONES  
PREVALENTES  
EN EL PNA**

Infecciones de transmisión sexual

# INDICE

---

**05**    **Introducción**

---

**07**    **Infecciones de transmisión sexual**

---

**08**    **Abordaje de un paciente con ITS**

---

**11**    **Abordaje sintomático:**  
Síndrome 1: Paciente con flujo vaginal  
Síndrome 2: Paciente con secreción uretral  
Síndrome 3: Mujer con dolor abdominal bajo  
Síndrome 4: Paciente con úlcera genital  
Síndrome 5: Paciente con escroto agudo  
Síndrome 6: Paciente con bubón inguinal  
Síndrome 7: Paciente con síndrome de conjuntivitis neonatal

---

**42**    **Casos Clínicos**

---

**46**    **Bibliografía**

---

## ► AUTORIDADES

### **PRESIDENTE DE LA NACIÓN**

Ing. Mauricio Macri

### **MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN**

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

### **SECRETARIO DE COBERTURAS Y RECURSOS DE SALUD**

Dr. Luis Alberto Giménez

# Introducción

El presente fascículo es el séptimo de la serie Infecciones Prevalentes en el Primer Nivel de Atención correspondiente al programa de capacitación “Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud” (TRAPS), implementado por el Ministerio de Salud de la Nación a través de Medicamentos Esenciales.

TRAPS se desarrolla por medio de cursos y actividades de capacitación semipresenciales y virtuales, destinadas a los profesionales de salud que se desempeñan en centros de atención primaria de todo el país. Aborda los problemas de salud más frecuentes en el primer nivel de atención, promoviendo el uso racional de los medicamentos. Los materiales pedagógicos de TRAPS se organizan en fascículos que tratan de manera práctica y accesible toda la información necesaria sobre estos temas. Se incluyen también ejercicios y actividades de comprensión y aplicación que permiten profundizar los contenidos trabajados.

Todas las series comprenden un primer fascículo general el cual comprende temas que son transversales a todas las series. Los temas que se incluyen en dicho fascículo general son:

- ▶ Terapéutica Racional en el primer nivel de atención (TRAPS)
- ▶ Programa de capacitación en TRAPS
- ▶ Medicamentos esenciales
- ▶ Historia Clínica orientada al problema
- ▶ Codificación de los problemas de salud (CEPS-AP y CIE-10)
- ▶ Farmacovigilancia y seguridad de los medicamentos
- ▶ Adherencia terapéutica

“Infecciones prevalentes en el Primer Nivel de Atención” tiene como objetivo brindar información práctica, actualizada y basada en la evidencia, sobre medidas farmacológicas y no farmacológicas para la prevención y tratamiento de las infecciones prevalentes en atención primaria. La presente serie sobre “Infecciones Prevalentes en el primer nivel de atención” se compone de los siguientes fascículos y temas al momento de la presente edición, pudiéndose agregar o modificar el tema en próximas ediciones.

## **Serie: Infecciones Prevalentes en el primer nivel de atención**

**Fascículo 1** Morbimortalidad de las enfermedades infecciosas. Resistencia antimicrobiana (RAM). Uso racional de antimicrobianos. Infecciones de vías aéreas superiores

**Fascículo 2** Radiografía de Tórax

**Fascículo 3** Neumonía. Gripe. Bronquitis aguda

**Fascículo 4** Vacunas

**Fascículo 5** Hepatitis virales

**Fascículo 6** Infecciones del tracto urinario en el adulto

**Fascículo 7** Infecciones de transmisión sexual

**Fascículo 8** Infecciones de piel y partes blandas

**Fascículo 9** Hidatidosis y parasitosis intestinales

**Fascículo 10** Tuberculosis

**Fascículo 11** Lepra y Chagas

**Fascículo 12** Dengue, Chikungunya y Zika



## Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un grave problema de salud pública a nivel mundial, por su alta prevalencia y morbimortalidad son consideradas una epidemia oculta<sup>1</sup>. Existen más de treinta patógenos que pueden transmitirse por vía sexual. Las consecuencias de estas infecciones en la salud pública<sup>2</sup> se explican no solo por la morbimortalidad asociada a cada patología, sino también porque su presencia aumenta la posibilidad de transmisión de VIH en una relación sexual no protegida.

- ▶ Las ITS afectan a todos independientemente de la orientación sexual o identidad de género.
- ▶ Las producen más de 30 diferentes tipos de virus, bacterias y parásitos.
- ▶ Las más frecuentes son la sífilis, gonorrea, clamidia, herpes, hepatitis B y C, VIH y VPH.
- ▶ La mayoría de las ITS se pueden prevenir usando preservativo

Se estima que todos los años se registran 357 millones de nuevos casos de 4 tipos de ITS curables en personas de entre 15 y 49 años: infección por *C. trachomatis* (131 millones), infección por *N. gonorrhoeae* (78 millones), sífilis (6 millones) o infección por *Trichomonas vaginales* (142 millones) (datos del año 2012). La prevalencia de algunas ITS víricas es igualmente elevada, dado que 417 millones de personas están infectada por *Herpes simple* de tipo 2 y aproximadamente 291 millones de mujeres son portadores del virus de papiloma humano. La prevalencia varía según la región y el sexo. Estas epidemias tienen un impacto profundo en la salud y la vida de los niños, los adolescentes y los adultos<sup>3</sup>.

- ▶ Muertes fetales y neonatales: la sífilis en embarazo provoca más de 300.000 muertes fetales y neonatales por año y expone a otros 215.000 niños a un mayor riesgo de muerte prematura.
- ▶ Cáncer cervicouterino: la infección por el virus del papiloma humano es responsable de unos 530.000 casos de cáncer cervicouterino y de 264.000 muertes por dicha enfermedad por año.
- ▶ Infertilidad: Las ITS, como la gonorrea y la clamidiasis, son importantes causas de infertilidad en el mundo.
- ▶ Riesgo de VIH: la presencia de una ITS, como la sífilis, la gonorrea o la infección del virus del herpes simple, aumenta considerablemente (de 2 a 3 veces) el riesgo de contraer o transmitir el VIH
- ▶ Las consecuencias de físicas, psicológicas y sociales de las ITS comprometen gravemente la calidad de vida.

En este fascículo se desarrollan aquellas condiciones que admiten un manejo sintomático, que permite instaurar tratamiento eficaz ante la sospecha de ITS, sin requerir estudios complementarios. Este manejo es recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y constituye una herramienta fundamental para el diagnóstico y tratamiento de las ITS en el primer nivel de atención.

## ► Abordaje de un paciente con ITS

En el manejo de pacientes con ITS los objetivos deben ser:

- interrumpir la propagación de las ITS (para reducir la morbilidad y mortalidad)
- prevenir que se desarrolle la enfermedad, complicaciones y secuelas
- prevenir la infección por VIH, cuya transmisión se ve favorecida por la presencia de otras ITS.

El abordaje de una persona con ITS (ya sea porque presenta un síndrome compatible o una prueba diagnóstica que lo confirme) debe comprender los siguientes pasos:

- anamnesis: información general, enfermedad actual e historia sexual
- examen físico
- diagnóstico correcto:
  - abordaje síndromico
  - diagnóstico específico
- tratamiento adecuado y precoz
- asesoramiento sobre prácticas de riesgo sexuales
- promoción y suministro de preservativos
- notificación y tratamiento de la pareja
- seguimiento clínico (si correspondiera).

**Anamnesis:** La caracterización del síntoma por el cual consulta el paciente y la presencia o ausencia de otros síntomas acompañantes, le permitirán realizar un diagnóstico diferencial.

Algunas de estas preguntas pueden ayudarlo:

- **ulcera genital:** ¿es dolorosa o no? ¿su aparición fue espontánea? ¿ha tenido antes algo así?
- **flujo vaginal:** ¿olor? ¿color? ¿cantidad? ¿se asocia a otros síntomas como picazón o dolor abdominal bajo?
- **secreción uretral:** ¿se acompaña de síntomas urinarios como ardor o aumento de la frecuencia miccional?
- **dolor abdominal bajo en la mujer:** ¿cuándo fue su última menstruación? ¿tiene sangrado vaginal? ¿Tuvo un parto u aborto en el último mes? ¿Qué método anticonceptivo utiliza? ¿tiene flujo anormal?

Además deberá interrogar acerca del tiempo de evolución de los síntomas, si ha recibido ya tratamiento y con qué resultado, si su pareja presenta síntomas o ha sido tratado para una ITS.

**Historia Sexual:** El esquema de las “5 P” ha sido sugerido por el CDC<sup>4</sup> para interrogar acerca de la vida sexual de una persona.

1	2	3	4	5
Parejas sexuales	Prevención de embarazo	Prevención de ITS	Prácticas sexuales	Pasado de ITS

### 1. Parejas sexuales:

- ¿Tiene usted relaciones con mujeres, hombres o ambos?
- En los últimos dos meses ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales? En el último año ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?
- ¿Es posible que alguna de estas parejas haya tenido sexo con otra persona mientras mantenía relaciones con usted?

**2. Prevención de embarazo:** ¿Cómo se cuida para evitar un embarazo?

**3. Prevención de ITS:** ¿Cómo se cuida para protegerse del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual?

**4. Prácticas sexuales:** “Para poder evaluar el riesgo que Ud. tiene de contraer una ITS, necesitaría preguntarle la clase de sexo que usted ha tenido en el último tiempo”:

- ¿ha practicado sexo vaginal? Si la respuesta es afirmativa: ¿utiliza preservativos siempre, a veces o nunca?

- ¿ha practicado sexo anal? Si la respuesta es afirmativa: ¿utiliza preservativos siempre, a veces o nunca?

- ¿ha practicado sexo oral?

En caso que la respuesta sea que nunca usa preservativos: ¿Por qué no utiliza preservativos?

En caso que la respuesta sea que a veces utiliza preservativos: ¿En qué situaciones (o con quién), no utiliza preservativos?

**5. Pasado de ITS:** ¿Ha tenido en algún momento una ITS? Su pareja tiene antecedentes de ITS? Otras preguntas que pueden ayudar son las siguientes:

- ¿usted o alguna de sus parejas ha consumido alguna vez drogas endovenosas?

- ¿alguna de sus parejas ha tenido sexo a cambio de dinero o drogas?

- ¿hay algún dato mas acerca de su vida sexual que yo necesite saber?

**Examen Físico:** El examen físico, es esencial en los pacientes que consultan por una ITS, para poder evaluar el síntoma referido y para buscar otros signos que pudieran asociarse. Debe recordarse que para muchos pacientes este examen puede resultar incómodo y/o vergonzoso. Siempre se debe:

- asegurar la privacidad durante el examen

- explicar al paciente en qué consiste la exploración física y por qué es importante realizarla

- procurar, en el momento del examen físico, la presencia de otro integrante del personal de salud del mismo sexo que el paciente que está en el consultorio. Esta práctica protege tanto al paciente como al médico.

**En todos los pacientes realizar examen de:**

- ▶ cavidad oral en busca de lesiones ulcerativas, manchas, secreción y vesículas
- ▶ ganglios linfáticos cervicales, axilares, crurales e inguinales
- ▶ piel, mucosas y anexos en busca de manchas, úlceras, pápulas, eritema o exantema
- ▶ vello púbico en busca de pediculosis
- ▶ la zona anal en busca de secreción, úlceras y/o tumoraciones

**En hombres realizar examen del:**

- ▶ escroto y sus componentes anatómicos: testículos, epidídimo y cordón espermático
- ▶ pene, retrayendo el prepucio en busca de úlceras, secreción y/o tumoraciones. En caso que la secreción uretral no sea evidente, solicitar al paciente que presione desde el nacimiento del pene deslizando la mano hacia la punta.

**En mujeres realizar examen de:**

- ▶ genitales externos y región inguinal en busca de lesiones de la mucosa, flujo, adenopatías y/o tumoraciones
- ▶ vagina con espéculo: detectar la presencia de secreción en fondo de saco de Douglas, úlceras, verrugas y/o tumoraciones.

- ▶ exámen bimanual, con el objetivo de verificar dolor a la movilidad del cérvix y/o presencia de tumoraciones pélvicas
- ▶ exámen del abdomen precisando presencia de dolor, resistencia, rebote y/o masas.

Una vez realizado el interrogatorio y el examen físico, se deberá optar entre realizar un abordaje sindromático y/o un abordaje específico de la patología.

**Abordaje sindromático:** Con el conjunto de síntomas y signos recabados se realiza el diagnóstico de un síndrome (por ejemplo secreción uretral) y siguiendo un algoritmo o flujograma validado, decide instaurar tratamiento en forma precoz sin la confirmación del agente causal. Dichos tratamientos están dirigidos hacia los patógenos más frecuentes y/o más peligrosos. Una de las ventajas que presenta este tipo de abordaje es que con solo una consulta se puede diagnosticar una ITS y tratarla correcta y precozmente. Los tratamientos elegidos deben tener una eficacia superior al 95%, priorizando de ser posible aquellos que puedan darse en dosis única.

El abordaje sindrómico con la aplicación de flujogramas, ha sido recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su implementación ha sido adoptada en la Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual, elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación

La OMS<sup>5</sup> ha identificado los siguientes cuadros como pasibles de ser manejados a través del abordaje sindrómico:

1. flujo vaginal
2. secreción uretral
3. dolor abdominal bajo
4. úlcera genital
5. escroto agudo
6. bubón inguinal
7. conjuntivitis neonatal.

#### VENTAJAS DEL ABORDAJE SINDROMÁTICO

- ▶ es simple y puede implementarse en todos los centros de salud
- ▶ permite realizar un diagnóstico y tratamiento rápido
- ▶ tratamiento eficaz para la mayor parte de los microorganismos involucrados
- ▶ no es necesaria la utilización del laboratorio
- ▶ no requiere de personal especializado para llevar a cabo su aplicación
- ▶ reduce el número de consultas necesarias para tratar efectivamente la ITS
- ▶ se necesitan requisitos mínimos de capacitación y puede ser usado por un amplio rango de trabajadores de la salud
- ▶ Todo esto permite una mayor accesibilidad a un tratamiento rápido y eficaz para las ITS

#### DESVENTAJAS DEL ABORDAJE SINDROMÁTICO

- ▶ algunos pacientes pueden ser sobretratados
- ▶ en caso de cepas resistentes puede haber falla terapéutica

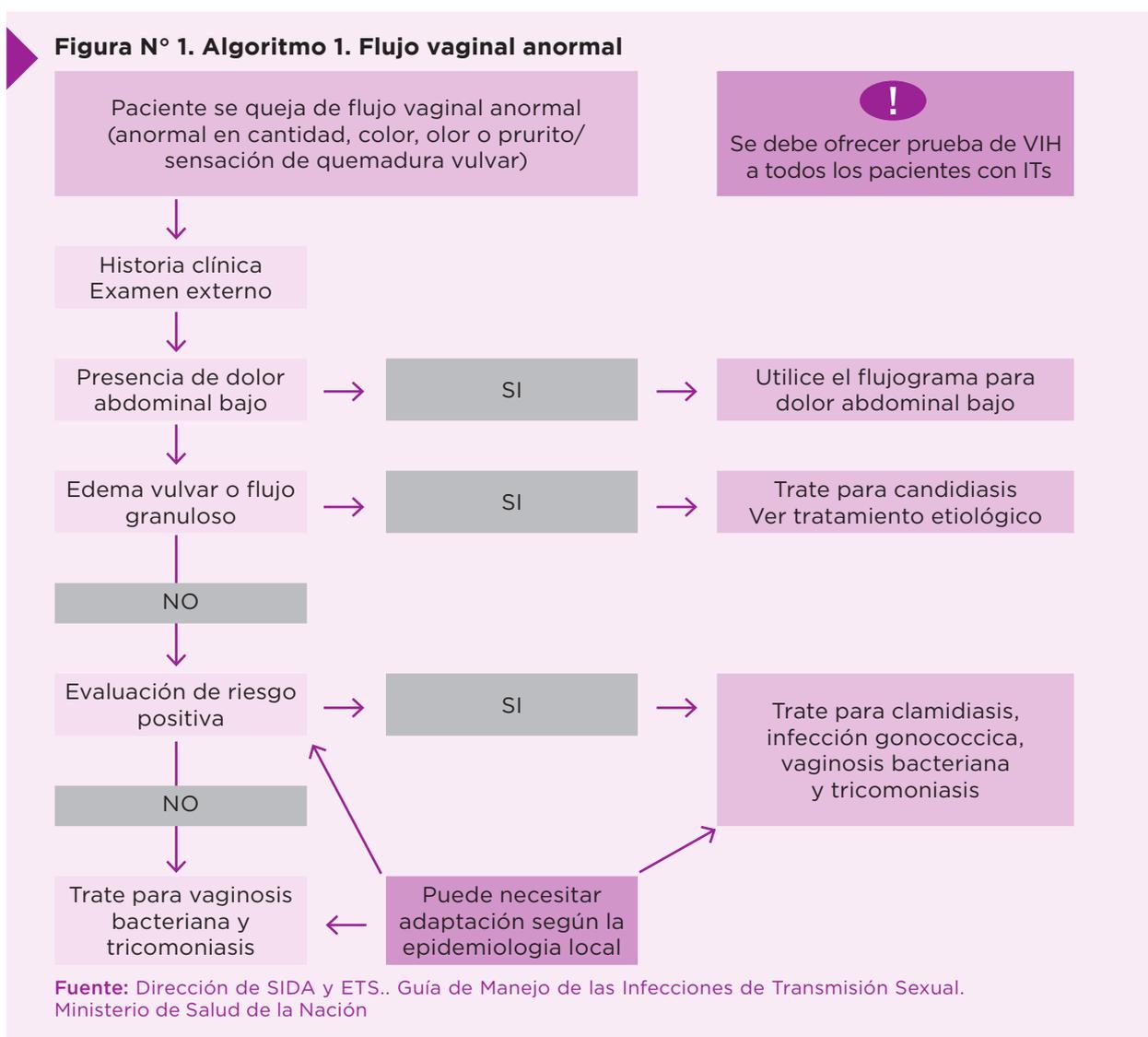
**Abordaje específico:** Un abordaje específico de la patología requiere la confirmación etiológica, con la posterior indicación de un tratamiento directamente dirigido al/los germen/es involucrado/s. En el caso de disponer de los recursos para realizar estudios complementarios y que el paciente sea complaciente con las indicaciones, se podrá poner en práctica un abordaje específico. En este capítulo se plantea el abordaje sindrómico porque es el que se puede llevar a cabo en todos los centros de salud, permitiendo un rápido y eficaz tratamiento del paciente con ITS y sus contactos.

## Síndrome 1: Paciente con flujo vaginal<sup>6</sup>

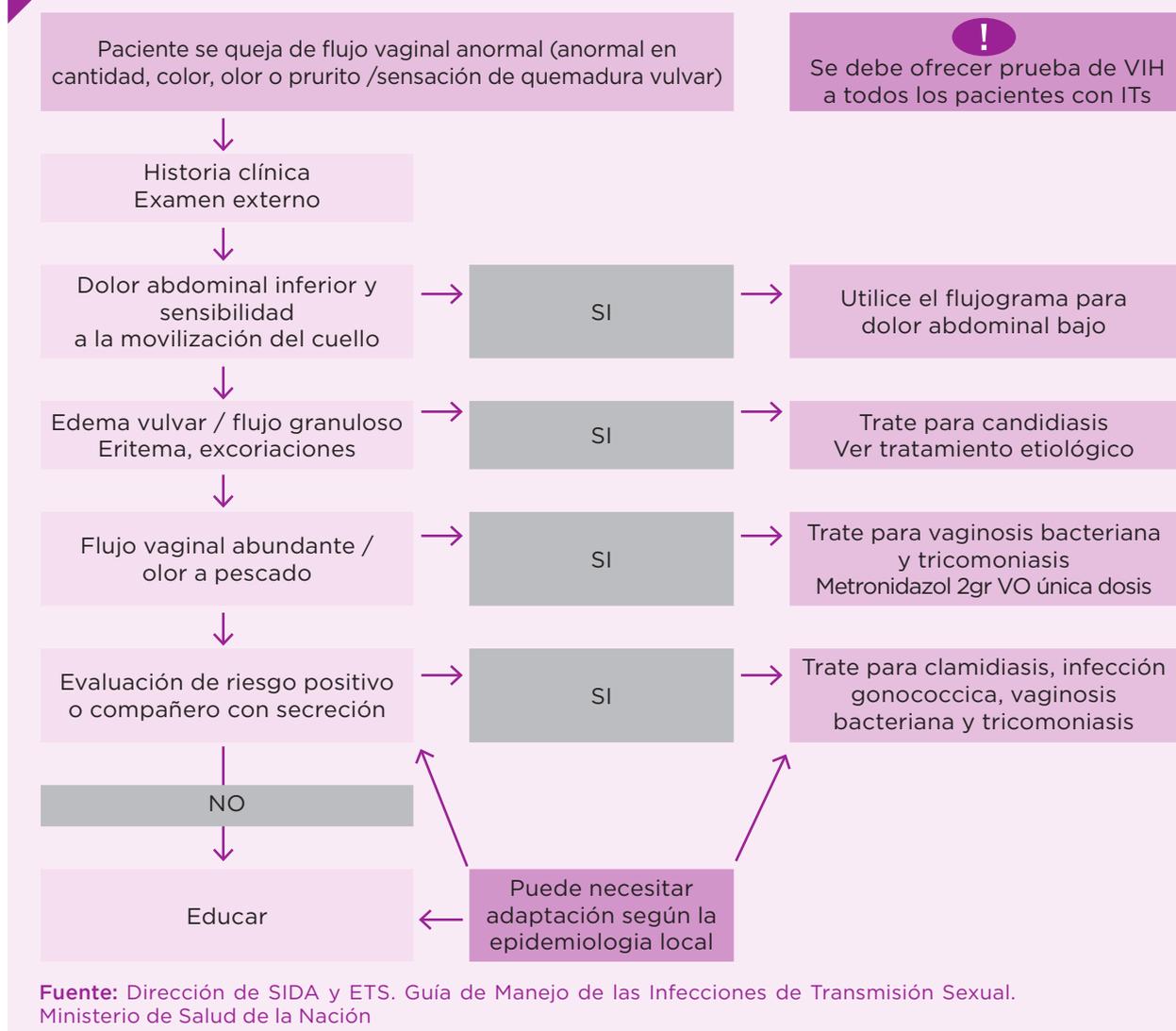
Entre las etiologías posibles de una paciente con flujo vaginal, deben tenerse en cuenta las siguientes entidades:

- ▶ enfermedad pelviana inflamatoria (EPI)
- ▶ vulvovaginitis candidásica
- ▶ vaginitis bacteriana (VB) y/o tricomonas
- ▶ cervicitis por Clamidia y/o gonococo.

A continuación se pueden observar dos flujogramas. El N° 1 debe ser utilizado solo en el caso en que la especuloscopia y el tacto bimanual no puedan ser realizados. Caso contrario, debe optarse por el algoritmo 2.



**Figura N°2. Algoritmo 2. Flujo vaginal anormal (especuloscopia y tacto)**



En primer lugar descartar Enfermedad Pelviana Inflamatoria (EPI), por las consecuencias que tiene esta patología en la salud reproductiva de la mujer cuando no es diagnosticada y tratada adecuadamente. Debe evaluarse la presencia de dolor abdominal inferior y dolor a la movilización del cuello.

Una vez descartada la presencia de esta etiología, los principales diagnósticos diferenciales son:

- ▶ infección vaginal por cándida
- ▶ vaginosis bacteriana o tricomoniasis
- ▶ cervicitis por gonococo y/o clamidia.

La candidiasis presenta signos que, de estar presentes, aumentan moderadamente la probabilidad de esta etiología<sup>7</sup>:

Variable	LR + (IC 95%)
Flujo grumoso (leche cortada)	6,1 (2,1-14) a 130 (19-960)
Inflamación vulvar (edema, eritema y/o escoriaciones)	2,1 (1,5 -2,8) a 8,4 (2,3-31)
Flujo grumoso + prurito	17 (8-32)

**Fuente:** Anderson y col. Evaluation of vaginal complaints . JAMA 2004 ;291:1368-1379. Adaptación personal

De no presentar un cuadro con dichas características, debe sospecharse la presencia de vaginosis bacteriana y/o tricomoniasis.

Las características del flujo no permiten por sí solas diferenciar ambas etiologías, por lo que el tratamiento deberá cubrir ambos gérmenes.

Teniendo en cuenta que gran parte de las cervicitis cursan en forma asintomática y se asocian a la presencia de vaginitis, la OMS recomienda administrar tratamiento en forma empírica cubriendo gonococo y clamidia ante signos compatibles con esta etiología, secreción uretral en la pareja o factores de riesgo para el desarrollo de clamidia o gonococo (ver cervicitis)

TRATAMIENTO DE VAGINITIS		
Cándida	Vaginosis bacteriana	Tricomona
Clotrimazol 1% crema 5 g, intravaginal, 7 a 14 días, o		
Clotrimazol 2% crema 5 g, intravaginal, 3 días, o		
Clotrimazol 100 mg, intravaginal, 7 días, o	<i>Metronidazol comprimidos,</i>	
Clotrimazol 200 mg, intravaginal, 3 días, o	<i>500 mg c/12 hs, oral, 7 días o</i>	
Clotrimazol 500 mg, intravaginal, monodosis, o		
Miconazol 2% crema, 5g, intravaginal, 7 días, o	<i>Metronidazol óvulos, 500</i>	
Miconazol óvulos, 400mg, intravaginal, 3 días, o	<i>mg, vaginal, 7/10 días, o</i>	
Ticonazol óvulos, 300 mg, intravaginal, monodosis, o		Metronidazol
Nistatina cápsulas vaginales, 100000 UI, 7 a 14 días, o	<i>Metronidazol gel 0,75%,</i>	2g VO dosis
Isoconazol 1% crema, 5 g, intravaginal, 7 días, o	<i>vaginal, 5 días, o</i>	única.
Isoconazol óvulo, 600 mg, intravaginal, monodosis, o		
Econazol óvulo, 150 mg, intravaginal, 3 días, o	<i>Clindamicina crema 2%,</i>	
Ketoconazol comprimidos, 200 mg, oral, 5 días, o	<i>vaginal, 7 días.</i>	
Itraconazol comprimidos, 100 mg, oral, 3 días, o		
Fluconazol comprimidos, 150 mg, oral, monodosis.		

*\*la elección del antimicótico dependerá de la disponibilidad y/o recursos sanitarios*

TRATAMIENTO DE CERVICITIS	
Gonococo	Clamidia
Ceftriaxona 250 mg IM o cefixima 400 mg VO	Azitromicina 1 g VO dosis única
ambas monodosis y como alternativa	o
azitromicina 2g VO monodosis.	Doxiciclina 100 mg c/ 12 hs por 7 días(*)

(\*) Un metanálisis con 12 estudios demostró que no había diferencias en la tasa de curación entre ambos tratamientos (97% con azitromicina y 98% con doxiciclina)<sup>8</sup>

*Otras opciones de tratamiento pueden consultarse en el abordaje específico de las vaginitis y cervicitis de la Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual, elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación.*

- Hay que recordar que en el caso de tener acceso a métodos diagnósticos complementarios y una paciente con altas probabilidades de volver a la consulta, puede realizarse un diagnóstico y tratamiento específico. En todos los casos si la paciente resuelve los síntomas con el tratamiento, NO requiere volver a la consulta.

## ► Vaginitis

La vaginitis es el motivo ginecológico de consulta más frecuente en el primer nivel de atención.

Tres etiologías explican el 90% de las vaginitis:

- ▶ vaginosis bacteriana (50%)
- ▶ vulvovaginitis candidiásica
- ▶ tricomonas.

Entre las causas no infecciosas se destacan atrofia vaginal, alergias e irritación química<sup>9</sup>. Las vaginitis ocurren cuando la flora normal de la vagina se altera, debido a cambios en el ecosistema vaginal que permiten que nuevos patógenos crezcan. Dentro de los factores predisponentes se destaca el consumo de antibióticos y/o anticonceptivos, las relaciones sexuales, las duchas vaginales, el stress y cambios hormonales.

### ¿Cuáles son los síntomas?

El síntoma más frecuente en la vaginitis es la presencia de flujo anormal, ya sea en cantidad, olor y/o color, el cual puede estar acompañado de prurito, ardor vulvar y/o disuria. Muchas pacientes también pueden cursar esta patología en forma asintomática.

La sintomatología es muy inespecífica y no permite realizar un diagnóstico etiológico de certeza<sup>10</sup>. Para ello, se requeriría realizar estudios complementarios, los cuales no son necesarios ante un abordaje sindrómico.

- ▶ La sintomatología puede ser muy molesta para la paciente. La vaginosis bacteriana se asocia a un flujo muy mal oliente, mientras que la candidiasis y la tricomoniasis suelen cursar con mucho prurito asociado.
- ▶ La vaginosis bacteriana no tratada se ha asociado a complicaciones luego de cirugías ginecológicas, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y recién nacidos con bajo peso<sup>11</sup>. La tricomoniasis también se asocia a ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y bajo peso al nacer.
- ▶ Las mujeres con VB y/o tricomoniasis tienen más riesgo de contraer otras ITS como HIV, gonococo, clamidia y herpes genital.

Un tratamiento correcto permite evitar estas complicaciones y cortar la cadena de transmisión sexual. A destacar en este punto es que la única etiología que claramente es de transmisión sexual es la tricomoniasis, en cuyo caso la pareja debe recibir tratamiento. Tanto la VB como la candidiasis pueden ser encontradas en mujeres que no han iniciado relaciones sexuales y el tratamiento a la pareja no está indicado (excepto que el hombre presente síntomas de balanitis) ya que no ha demostrado reducir la tasa de recaídas.

## ► Cervicitis

La cervicitis es producida por la inflamación del cuello cervical, causada en la mayoría de los casos por etiologías no infecciosas como traumatismos locales por cuerpos extraños (también, diafragma, hilos del DIU), duchas vaginales, espermicidas y otros.

Cuando su etiología es infecciosa, los gérmenes mas frecuentemente encontrados son gonococo y clamidia, aunque también puede ser causado por herpes, tricomonas, mycoplasma, vaginosis bacteriana y Streptococo del grupo A y B<sup>12</sup>.

### ¿Cuáles son los síntomas?

Muchas de las cervicitis son asintomáticas. Algunas mujeres pueden presentar flujo anor mal y sangrado con las relaciones sexuales o intermenstrual. Al examen físico puede observarse un exudado purulento saliendo del orificio endocervical (o al realizar un hisopado) y/o un cuello friable que sangra fácilmente.

Entre los factores de riesgo para presentar una cervicitis por clamidia o gonococo se destacan:

- ▶ edad <= 25 años
- ▶ más de una pareja sexual en los últimos tres meses
- ▶ nueva pareja sexual en los últimos tres meses
- ▶ pareja sexual con síntomas o diagnóstico de ITS
- ▶ pareja que recientemente ha iniciado el uso de preservativo.

Al igual que para las vaginitis, para realizar un diagnóstico etiológico de certeza se requeriría realizar estudios complementarios, los cuales no son necesarios ante un abordaje sindrómico.

▶ La clamidia y el gonococo son las causas mas frecuentes de enfermedad pelviana inflamatoria. La presencia de una cervicitis, aumenta el riesgo de que dichos gérmenes asciendan al tracto genital superior y causen esta patología. Un 15% de las cervicitis por estos gérmenes evolucionan a una EPI,<sup>13</sup> la cual se asocia a las siguientes complicaciones: 20% infertilidad, 18% dolor pelviano crónico, 9% embarazo ectópico

▶ La infección por alguno de estos gérmenes en el embarazo se asocia a abortos, ruptura prematura de membranas, parto pre-término y corioamnionitis

▶ La transmisión perinatal del gonococo puede causar conjuntivitis severa cuya consecuencia, de no ser tratada precozmente, puede ser la ceguera

▶ La clamidia puede asociarse a complicaciones neonatales como conjuntivitis y neumonía, aumentando el riesgo de mortalidad neonatal

Tanto el gonococo como la clamidia se transmiten claramente a través de las relaciones sexuales. Su correcto diagnóstico y tratamiento permiten evitar complicaciones y cortar la cadena de transmisión.

- 
- ▶ La consulta siempre debe ser aprovechada para brindar consejería acerca de cómo prevenir las infecciones de transmisión sexual.
- 

### ¿Hay indicación de rastrear alguna de estas patologías en mujeres asintomáticas?

La Fuerza de Tareas Americana (USPSTF) ha realizado recomendaciones de rastreo para algunas de estas patologías:

#### a) Vaginosis bacteriana<sup>14</sup>:

Recomienda **no rastrear** sistemáticamente a las mujeres embarazadas de bajo riesgo para vaginosis bacteriana (recomendación tipo D). En cambio, en mujeres de alto riesgo (ejemplo

antecedentes de parto prematuro), establece que la evidencia es hasta el momento insuficiente para poder establecer una relación de riesgo/beneficio (recomendación tipo I).

**b) Clamidia<sup>15</sup>:**

Recomienda **rastrear** a: 1) mujeres menores de 25 años sexualmente activas o aquellas con 25 años o más con factores de riesgo (recomendación tipo A) b) mujeres embarazadas menores de 25 años o mayores con factores de riesgo (recomendación tipo B).

Recomienda **no rastrear** a mayores de 25 sin factores de riesgo, estén o no embarazadas (recomendación tipo C).

Esta entidad considera como factores de riesgo los siguientes: antecedente de infección por clamidia previa o cualquier ITS, relaciones sexuales sin uso adecuado de preservativo.

El rastreo debe realizarse con test de amplificación de ácidos nucleicos.

**c) Gonococo<sup>16</sup>:**

Recomienda rastrear a todas las mujeres sexualmente activas (incluidas las embarazadas) que presenten factores de riesgo (recomendación de tipo B). Los factores de riesgo son similares a los descriptos para clamidia.

Por otro lado recomienda no rastrear a mujeres de bajo riesgo (recomendación tipo D), sugiriendo además que la evidencia es insuficiente para realizar una recomendación sobre el rastreo en mujeres embarazadas de bajo riesgo (recomendación tipo I).

## **Consideraciones especiales:**

**a) Embarazo:** constituye una situación especial dado que muchas de estas patologías pueden traer consecuencias en el embarazo de no ser tratadas. Sin embargo, al brindar un tratamiento debe analizarse la seguridad de la droga a suministrar durante el período de gestación.

**Candidiasis:** el tratamiento con azoles tópicos puede administrarse a la mujer embarazada para el tratamiento de la candidiasis.

**VB y tricomoniasis:** el metronidazol puede administrarse en cualquier momento del embarazo. Un metanálisis ha demostrado que no hay asociación entre su uso durante la gestación y teratogénesis. El mismo incluyó siete estudios, seis de los cuales habían incluido mujeres que utilizaron metronidazol en primer trimestre (n=232)<sup>17</sup>.

**Gonococo:** las quinolonas están contraindicadas en el embarazo. En su lugar puede administrarse ceftriaxona 250 IM única dosis.

**Clamidia:** la doxiciclina está contraindicada en el embarazo. Sin embargo, la azitromicina ha demostrado ser eficaz y segura para el tratamiento de esta entidad.

**b) VIH:** el manejo de estas patologías en un paciente VIH no debe diferir del de una paciente no VIH positiva.

## Síndrome 2: Paciente con secreción uretral<sup>18</sup>

La presencia de secreción uretral debe orientar al diagnóstico de uretritis, que se caracteriza por secreción purulenta uretral, disuria y/o prurito pero también puede ser asintomática.

Las uretritis infecciosas, de acuerdo con el germen involucrado pueden clasificarse en:

- ▶ uretritis gonocócica
- ▶ uretritis no gonocócica.

En esta última, el principal patógeno es la clamidia (15-40%), aunque también pueden estar involucrados Trichomonas, Mycoplasma y Ureaplasma. Debe destacarse que entre un 25-30% de las uretritis gonocócicas tienen también clamidia asociada.

- 
- ▶ Tanto la uretritis gonocócica como la no gonocócica, se asocian a una mayor transmisión de VIH.
- 

### ¿Qué consecuencias tienen las uretritis en la salud de la población?

- ▶ Tanto el gonococo como la clamidia son de transmisión sexual. Estos gérmenes, cuando infectan a la mujer pueden tener consecuencias en su fertilidad y traer complicaciones en el embarazo y perinatales. El tratamiento adecuado en el hombre, permitiría cortar la cadena de transmisión.
- ▶ En el hombre la Clamidia se asocia a complicaciones como epididimitis y Síndrome de Reiter.

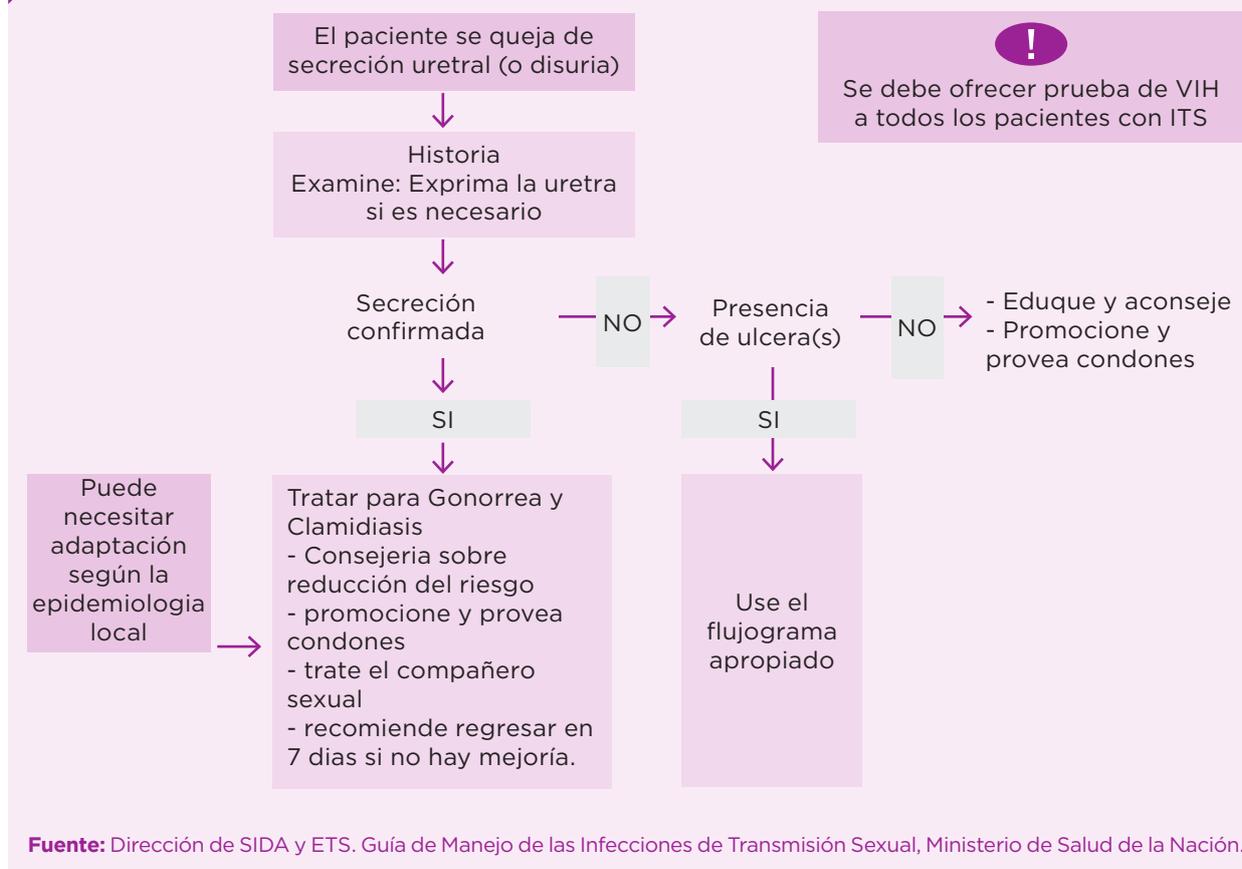
### Abordaje del paciente con secreción uretral

El diagnóstico etiológico de la uretritis requiere de estudios complementarios que certifiquen el agente causal, a través de una toma de muestra de la secreción, la cual debe ser enviada para directo, cultivo para gonococo y pruebas de detección para clamidia. Sin embargo, al igual que con las vaginitis y las cervicitis, esto no siempre es indispensable.

El abordaje sintomático está orientado en este caso a hacer un correcto diagnóstico clínico y tratar los dos patógenos principalmente involucrados: clamidia y gonococo. De esta manera, el paciente recibe un tratamiento adecuado en la misma consulta, cortando así la cadena de transmisión y evitando la posibilidad de perder al paciente en la derivación.

Para ver abordaje específico puede consultarse la Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual, elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación.

**Figura N°3. Algoritmo de secreción uretral**



El algoritmo propone, luego de un correcto interrogatorio y examen físico, comprobar la secreción uretral. En caso afirmativo y no contando con elementos que hagan sospechar otros agentes (por ejemplo vesículas que incrementen la sospecha de herpes), debe instaurarse tratamiento cubriendo ambos gérmenes.

### TRATAMIENTO DE LA SECRECIÓN URETRAL

Ceftriaxona 250 mg IM DU o cefixima 400 mg VO DU (si solo se quiere cubrir gono alternativa es azitro 2 g VO DU)  
+  
Azitromicina 1 g VO DU o doxi 100/12 hs VO 7 días

Para ampliar la información puede consultar en el abordaje específico de la uretritis de la Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual, en la página del Ministerio de Salud de La Nación

▶ Debe indicarse similar tratamiento a toda pareja que haya tenido contacto sexual en los últimos 30 días (60 días si el caso índice estuviera asintomático).

De no haber mejoría dentro de la semana de comenzado el tratamiento, debe recomendarse al paciente reconsultar.

- 
- ▶ La consulta debe ser aprovechada para educar al paciente sobre como evitar conductas de riesgo relacionadas con ITS, suministrar preservativos explicando su correcta utilización. Asimismo debe ofrecerse la realización de rastreo con VDRL y test de VIH.
- 

- ▶ Los pacientes VIH positivos con uretritis deben tratarse de la misma manera que los pacientes sin VIH.
- 

### **¿Existe indicación de rastrear alguno de estos gérmenes en hombres asintomáticos?**

La Fuerza de Tareas Americana (USPTF) establece que la evidencia es insuficiente para realizar una recomendación del rastreo para Clamidia en hombres. (recomendación tipo I)<sup>19</sup>.

Respecto al Gonococo, determina que no debe rastrearse a hombres de bajo riesgo (recomendación tipo D), estableciendo que no hay suficiente evidencia para realizar una recomendación en el caso de hombres de alto riesgo (recomendación tipo I)<sup>20</sup>.

## Síndrome 3: Mujer con dolor abdominal bajo<sup>21-22-23</sup>

La EPI es una infección del tracto genital superior causada por el ascenso desde el cérvix de microorganismos de transmisión sexual como clamidia y gonococo. Si bien estos patógenos están cada uno involucrados en un tercio de las EPIs, bacterias aerobias y anaerobias provenientes de la flora vaginal también han sido identificadas como agentes etiológicos. El resultado es una infección polimicrobiana, que dependiendo de la zona afectada puede manifestarse como endometritis, salpingitis, ooforitis, absceso tubo-ovarico y/o peritonitis pélvica<sup>23</sup>.

En el diagnóstico diferencial de toda mujer con dolor abdominal bajo debe sospecharse una EPI. El **índice de sospecha debe ser alto**, dado que la sintomatología puede ser muy leve y variada y las complicaciones, de no recibir tratamiento precozmente, importantes para la salud reproductiva de la mujer.

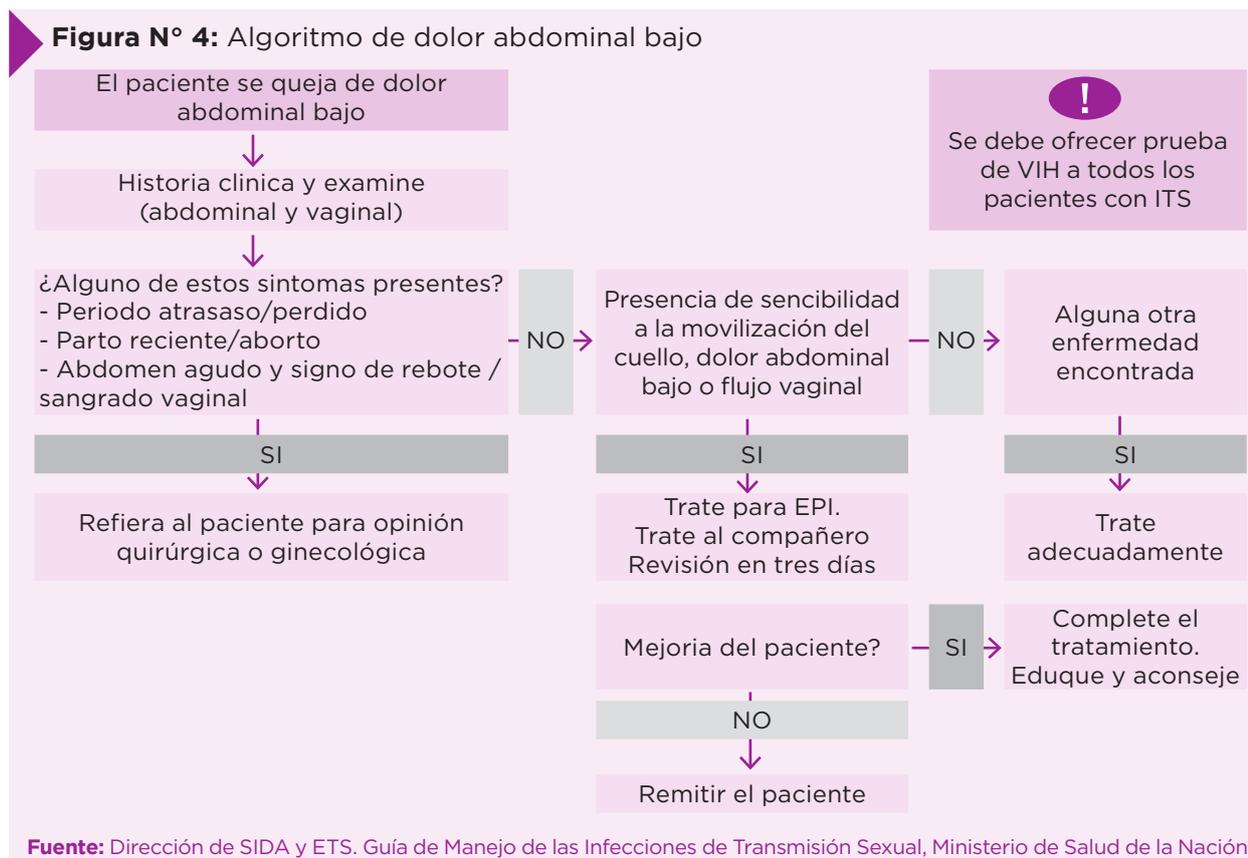
La enfermedad pelviana inflamatoria suele manifestarse como dolor abdominal bajo que puede estar acompañado de dispareunia, dolor lumbar, fiebre, vómitos y flujo anormal.

- 
- ▶ La sospecha debe ser alta en toda mujer sexualmente activa que consulte por dolor abdominal bajo, teniendo en cuenta que muchas mujeres tendrán síntomas muy leves e incluso pueden estar asintomáticas.
- 

La enfermedad pelviana inflamatoria se asocia a una gran carga de enfermedad, dada por sus potenciales complicaciones:

- ▶ Infertilidad (20%).
- ▶ Embarazo ectópico (9%) .
- ▶ Dolor pelviano crónico (18%).

**Figura N° 4:** Algoritmo de dolor abdominal bajo



El flujograma para el diagnóstico de una mujer con dolor abdominal bajo comprende como diagnósticos diferenciales etiologías cuya sospecha clínica y derivación precoz son fundamentales en su pronóstico:

- ▶ embarazo ectópico
- ▶ aborto en curso
- ▶ endometritis postparto
- ▶ abdomen agudo quirúrgico.

La paciente debe ser rápidamente derivada para su estudio cuando el dolor abdominal bajo se asocia con alguno de los siguientes síntomas o signos: atraso menstrual, sangrado vaginal, antecedente de parto o aborto reciente, defensa y/o peritonismo a la palpación abdominal.

El examen físico debe **comprender especuloscopia y tacto bimanual** con el objetivo de detectar signos que pueden ayudar al diagnóstico:

- ▶ Dolor a la movilización del cuello.
- ▶ Dolor a la palpación del fondo uterino.
- ▶ Masa peri ovárica.
- ▶ Flujo purulento.

Tanto la OMS como el Centers for Disease Control and Prevention (CDC, de sus siglas en inglés) recomiendan comenzar tratamiento precozmente. En caso de no contar con accesibilidad para realizar métodos diagnósticos con celeridad, el manejo sindrómico permite comenzar un tratamiento empírico cubriendo los gérmenes mas frecuentemente involucrados.

El CDC sugiere comenzar tratamiento empírico en toda mujer con dolor abdominal bajo que haya iniciado relaciones sexuales, sin otra causa evidente que explique su dolor y que al examen pélvico presente alguno de los siguientes signos:

- dolor a la movilización del cuello
- dolor a la palpación del útero
- dolor a la palpación de los anexos

**NO ES ESENCIAL LA SOLICITUD DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA COMENZAR TRATAMIENTO, LA PRESENCIA DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS AUMENTA LA ESPECIFICIDAD EN EL DIAGNÓSTICO:**

- ▶ *fiebre >38.3°C*
- ▶ *secreción mucopurulentna vaginal y/o cervical*
- ▶ *presencia de abundante cantidad de leucocitos en el examen de la secreción vaginal*
- ▶ *proteína C reactiva elevada*
- ▶ *eritrosedimentación elevada*
- ▶ *confirmación microbiológica de infección cervical por gonococo y/o claymidias.*

## Tratamiento

Aquellas pacientes que presenten síntomas de leves a moderados y que no presenten ninguno de los criterios de internación que se mencionan a continuación, pueden ser tratadas en forma ambulatoria.

Criterios de internación:

- ▶ sospecha de urgencia quirúrgica: apendicitis
- ▶ embarazo
- ▶ falta de respuesta a la terapia convencional oral luego de 72 hs
- ▶ intolerancia a la medicación oral
- ▶ falta de adherencia al tratamiento vía oral
- ▶ síntomas muy severos
- ▶ presencia de absceso tubo-ovárico.

El tratamiento ambulatorio en pacientes con síntomas leves a moderados ha demostrado ser eficaz y seguro. Está dirigido a cubrir en forma empírica los gérmenes mas frecuentemente involucrados.

**EL RÉGIMEN DE ELECCIÓN ES:**

Ceftriaxona 500 IM DU + doxi 100/12 hs 14 días + metronidazol 500/12 hs 14 días  
 Azitromicina 500 día VO 7 días + metronidazol 500/8 hs 14 días

- ▶ Doxiciclina: contraindicada en embarazo.
- ▶ Dado que los gérmenes involucrados son de transmisión sexual, se recomienda administrar tratamiento a la pareja.
- ▶ Debe indicarse a la paciente consultar nuevamente en 72 hs, para constatar mejoría en el dolor abdominal y la sensibilidad a la movilización del cuello. De no evidenciarse mejoría la paciente debe ser derivada para recibir tratamiento parenteral.

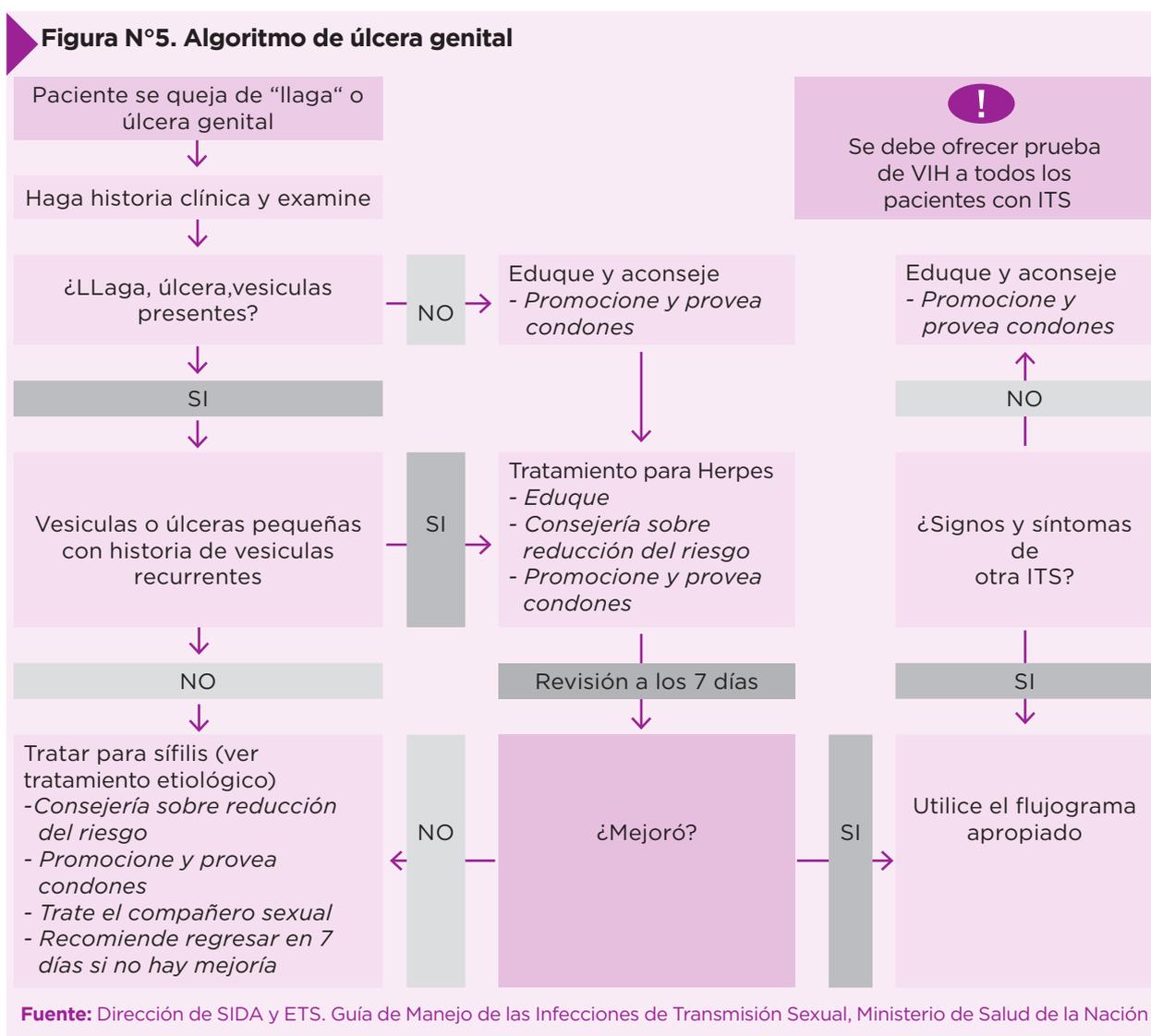
Una vez constatada la respuesta al tratamiento, la consulta debe ser aprovechada para educar a la paciente sobre conductas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual, proveer preservativos y efectuar hincapié en su correcta utilización. Debe ofrecerse la realización de rastreo para VIH.

- ▶ Embarazo: la EPI en el embarazo se asocia a parto pretérmino. Por este motivo, las pacientes embarazadas deben ser internadas para recibir rápidamente tratamiento parenteral.
- ▶ VIH: la indicación de internación en estos pacientes es controvertida. El VIH se asocia a un riesgo mayor de presentar absceso tubo-ovárico.
- ▶ DIU: el DIU favorece la aparición de EPI dentro de las tres primeras semanas luego de su colocación, siendo muy infrecuente luego de este período. La evidencia hasta el momento es insuficiente para recomendar removerlo en una paciente con EPI.

## Síndrome 4: Paciente con úlcera genital<sup>24-25</sup>

El diagnóstico diferencial de un paciente con úlcera genital comprende las siguientes etiologías:

- ▶ sífilis
- ▶ herpes genital
- ▶ chancroide



El manejo sindromático de las úlceras propone priorizar en primer lugar el diagnóstico a las dos causas más frecuentes: herpes genital y sífilis.

A través de la anamnesis y examen físico, se puede realizar un diagnóstico etiológico de presunción y brindar tratamiento para el agente causal más probable. La historia de episodios similares y la presencia de vesículas o úlceras pequeñas acompañadas de ardor o dolor

orientan al diagnóstico de herpes. El chancro genital, causado por la sífilis, se caracteriza por ser una úlcera indolora, limpia, de bordes netos.

En el caso que el paciente no mejore con el tratamiento instituido se recomienda brindar tratamiento para sífilis siempre que en la primera consulta no haya sido instaurado. Caso contrario debe evaluarse la posibilidad de enfermedades menos frecuentes como chancroide. De ser posible, este paciente debe ser derivado a un centro de segundo nivel para realizar una biopsia que permita un diagnóstico certero y un tratamiento específico. Si ello no es posible, se sugiere instaurar tratamiento empírico para chancroide.

En todos los casos, durante la consulta debe aconsejarse al paciente sobre cómo reducir el riesgo de contraer ITS y proveer preservativos explicando su correcto empleo. Debe ofrecerse la realización de rastreo para VIH.

## ► Sífilis

La sífilis es una infección de transmisión sexual producida por la bacteria *Treponema pallidum* que se transmite fundamentalmente por contacto sexual y por transmisión perinatal durante el embarazo y a través del canal de parto. El período de incubación promedio es de 3 semanas (desde que se produce la infección hasta que aparece la lesión o chancro de inoculación) pudiendo prolongarse en algunos casos hasta 3 meses. Es una enfermedad de larga evolución que se caracteriza por presentar diferentes estadios. La infección puede tener períodos de latencia (ausencia de síntomas y/o signos) que se diagnostica por pruebas serológicas. Estos períodos de latencia pueden ser tempranos cuando se detectan dentro del año de adquirida la sífilis o si se detectan más allá del año de la adquisición o se desconoce ese momento.

### Etapas evolutivas de la sífilis adquirida:

**Sífilis temprana:** transcurre dentro del primer año de adquirida la enfermedad y abarca los períodos primario, secundario y latente temprano:

- 1. Estadio primario:** caracterizado por una erosión o chancro en el sitio de entrada del *Treponema* y puede estar acompañado de aumento de tamaño en los ganglios regionales. El chancro es indoloro, único y desaparece en pocas semanas, pero también puede superponerse con síntomas de la etapa secundaria.
- 2. Estadio secundario:** comienza con la aparición de lesiones cutáneo-mucosas (rash cutáneo, roséolas, caída del cabello, etc.) que se inician entre el tercer y sexto mes de la presencia del chancro sifilítico. Las manifestaciones cutáneo-mucosas son las más frecuentes. Puede estar acompañado por aumento generalizado del tamaño de los ganglios y temperatura y afectación de cualquier órgano. Es una etapa sistémica de la enfermedad.
- 3. Estadio latente temprana:** El paciente se encuentra asintomático, la respuesta inmunológica del infectado ha controlado la infección lo suficiente como para eliminar los síntomas, pero no ha erradicado al *T. pallidum* completamente. La enfermedad se manifiesta por la positividad de las pruebas serológicas.

**Sífilis tardía:** se manifiesta o se descubre luego del primer año de adquirida la infección, se incluyen en esta etapa aquellas infecciones en las que se desconoce el momento de inicio de la enfermedad:

- 1. Sífilis latente tardía:** ausencia de síntomas o signos. Se puede constatar que el paciente contrajo la infección hace más de un año.
- 2. Sífilis latente de duración desconocida:** ausencia de síntomas o signos. No es posible conocer el momento en que se contrajo la infección.

**3. Estadio terciario:** caracterizado por manifestaciones cardiológicas, neurológicas (oftálmicas, auditivas, motoras) o presencia de gomas sífilicas.

**LA EXACTITUD EN DETERMINAR EL ESTADIO DE LA INFECCIÓN POR SÍFILIS ES MUY IMPORTANTE PARA:**

- ▶ Elegir el esquema de tratamiento adecuado.
- ▶ Valorar la eficacia del tratamiento, el descenso de los anticuerpos no específicos (VDRL) es diferente de acuerdo al momento de la enfermedad en el que se instaure el tratamiento.
- ▶ Guiar el manejo de la pareja sexual.

## Estudios diagnósticos

**Microscopía por campo oscuro:** En presencia de la lesión el diagnóstico es básicamente clínico. La microscopía por campo oscuro permite el diagnóstico directo y definitivo de la sífilis mediante la visualización del treponema obtenido a partir de las lesiones mucocutáneas de la región genital (el estudio no sirve para las lesiones orales ya que las espiroquetas forman parte de la de la flora habitual).

### Pruebas serológicas:

Existen dos tipos de pruebas serológicas para el diagnóstico de la sífilis:

- ▶ pruebas no treponémicas (VDRL, USR, RPR) y
- ▶ pruebas treponémicas (TP-PA, MHA-TP, FTA-abs).

Estas pruebas se diferencian en los antígenos utilizados y en el tipo de anticuerpo que se determina. Las pruebas no treponémicas son muy sensibles aunque relativamente específicas, por lo tanto pueden producir falsos positivos. Las pruebas treponémicas, en cambio, utilizan el *Treponema pallidum* o sus componentes como antígeno, convirtiéndolas en pruebas altamente específicas.

Las pruebas no treponémicas son las únicas reacciones útiles en el seguimiento serológico de las personas, al mostrar la caída gradual de los valores en la curación o el incremento frente a un tratamiento inadecuado o frente a una reinfección. Estas pruebas pueden negativizarse con el tratamiento pero en algunas personas se mantienen positivas con títulos bajos toda la vida.

**Pruebas no treponémicas (PNT):** Estas pruebas son la VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), USR (VDRL modificada para suero no calentado) y RPR (con agregado de partículas de carbón y lectura macroscópica). Cabe aclarar que la VDRL es la única prueba validada hasta el presente para ser utilizada en líquido cefalorraquídeo. En la Argentina, el antígeno más utilizado es el de la USR, aunque es comúnmente llamado VDRL. Se trata de pruebas económicas, fáciles de realizar y que se pueden cuantificar. Los resultados se describen como reactivos o no reactivos. Los resultados reactivos deben ser cuantificados (diluciones) para evaluar la respuesta al tratamiento y/o eventualmente determinar una reinfección. Toda PNT debe ser confirmada por una PT independientemente del título.

### Características de las Pruebas no treponémicas (PNT):

- ▶ Pruebas de tamizaje.
- ▶ Gran sensibilidad y baja especificidad.
- ▶ Presentan falsos positivos biológicos.
- ▶ Son útiles en el seguimiento de la respuesta al tratamiento.
- ▶ La VDRL comienza a positivizarse a partir de las dos semanas de la infección.

- ▶ Pueden negativizar los títulos con el tratamiento completo en los primeros estadios de la enfermedad.
- ▶ Los resultados se informan como “reactivo” o “no reactivo”, y de forma cuantitativa como “dils” o títulos de anticuerpos:
  - La prueba consiste en detectar anticuerpos en el suero del paciente partiendo desde una determinación en suero sin diluir para luego someter al mismo a sucesivas diluciones predeterminadas (2, 4, 8, 16, 32, 64, 128, 256).
  - Los resultados se anotan en términos de la mayor dilución de suero que produjo un resultado reactivo (si es que lo hubo), por ejemplo 64 dils o un título de anticuerpos de 1:64 significa que el suero del paciente era reactivo hasta diluirlo 64 veces.
  - La reactividad del suero del paciente a diluciones más altas implican mayor actividad de la infección.

DIL5	Cantidad de Diluciones	Título de anticuerpos
1	Suero no diluído	1:1
2	2 veces	1:2
4	4 veces	1:4
8	8 veces	1:8
16	16 veces	1:16
32	32 veces	1:32
64	64 veces	1:64
128	128 veces	1:128
256	256 veces	1:256

- Los títulos de los anticuerpos disminuyen con el tratamiento correcto, las pruebas incluso pueden tornarse no reactivas (pero en algunos pacientes se mantienen positivas en títulos bajos toda la vida aunque el tratamiento haya sido exitoso).
- Tener en cuenta que los títulos pueden disminuir a los largo del tiempo incluso sin tratamiento alguno (la prueba puede dar falsamente negativa en el caso de sífilis tardía).
- Un cambio en 2 diluciones representa un cambio de 4 veces en el título de anticuerpos (multiplicar por 4 los “Dils” o el título de anticuerpos previos del paciente, ver cuadro de arriba).
- Los cambios en 2 diluciones o más se consideran clínicamente significativos. En pacientes con historia de tratamiento previo, el aumento en 2 diluciones o 4 veces en el título de anticuerpos (por ejemplo un aumento del título de 1:4 a 1:16) representa un cambio clínicamente significativo e indica la posibilidad de reinfección (si hubo tratamiento correcto previo) o de fracaso del tratamiento.

**VDRL FALSOS POSITIVOS:** Se estima que los falsos positivos de la VDRL alcanzan hasta el 2% de los casos. Las causas de los falsos positivos de la VDRL son múltiples: edad avanzada, embarazo, fiebre, posinmunización, infecciones (neumonía, endocarditis, escarlatina, malaria, tuberculosis, micoplasma, linfogranuloma venéreo, psittacosis, leptospirosis, hepatitis, mononucleosis, sarampión, varicela), drogadicción endovenosa, enfermedades del tejido conectivo y autoinmunes, enfermedad hepática crónica, mieloma múltiple, transfusiones y enfermedad de Graves. Típicamente los falsos positivos dan VDRL a títulos bajos (1/4). Hay pacientes con VDRL falsa positiva de causa hereditaria que pueden tener títulos más altos. Más allá de todas las causas mencionadas, en la mitad de los pacientes con VDRL falsa positiva no se logra encontrar una etiología responsable de este fenómeno.

**VDRL FALSOS NEGATIVOS:** Los falsos negativos de la VDRL pueden deberse a que la infección aún es muy precoz (los primeros días del chancro), a la instauración de un tratamiento antibiótico o bien, a inmunosupresión.

**Pruebas treponémicas (PT):** evalúan si en el organismo del paciente existen anticuerpos específicos contra el *T. pallidum*. Estas pruebas confirmatorias son la TP-PA (aglutinación de partículas para *Treponema pallidum*), MHA-TP o HA-TP (microhemaglutinación o hemaglutinación), FTA-abs (inmunofluorescencia), y EIA o ELISA (enzimoimmunoensayo). En la Argentina, las más utilizadas son la MHA-TP y la TP-PA. Las pruebas treponémicas son utilizadas para confirmar la reactividad en las pruebas no treponémicas. Como permanecen reactivas de por vida no son adecuadas para el seguimiento serológico de la patología.

**Características de las Pruebas treponémicas (PT):**

- ▶ Se emplean como técnicas confirmatorias.
- ▶ Cualitativos (reactivo/no reactivo).
- ▶ No son útiles para el seguimiento de la respuesta al tratamiento.
- ▶ No se negativizan después del tratamiento.

**Tabla N°1. Interpretación serológica de Pruebas treponémicas y no treponémicas**

Pruebas no treponémicas (PNT)	Pruebas treponémicas (PT)	Diagnóstico
Reactiva	Reactiva	Sífilis actual o pasada
Reactiva	No reactiva	Inespecífico (otras patologías)
No reactiva	Reactiva	Sífilis tratada, sífilis primaria muy reciente, sífilis tardía o reacción de prozona en sífilis secundaria
No reactiva	No reactiva	Ausencia de infección o de período de incubación de sífilis

**Fuente:** Prevención de transmisión perinatal de: sífilis, hepatitis B y VIH. Recomendaciones para el equipo de salud. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2016

**Tamizaje y confirmación. Algoritmo para el diagnóstico serológico de infección por *Treponema pallidum*<sup>26</sup>.**

El primer nivel diagnóstico (laboratorios asistenciales y del primer nivel de atención) realiza la detección serológica inicial por tamizaje (PNT), cuyo resultado puede ser **NO REACTIVO** o **REACTIVO**. El resultado **REACTIVO** debe ser cuantificado.

▶ Si el resultado es **NO REACTIVO**, se informa como tal y se aplican las estrategias de asesoramiento con la entrega del resultado. En caso de que pueda sospecharse un posible período de incubación, se toma una segunda muestra a los quince días aproximadamente.

▶ Si el resultado es **REACTIVO**, se informa cuantificado y confirmado por una PT. Si el laboratorio no cuenta con pruebas confirmatorias y estas deben ser realizadas en una segunda etapa, se indica comenzar con el tratamiento que se continuará con una PT reactiva.

**Algunas definiciones en relación a la sífilis latente:**

Los pacientes que presentan serología positiva para sífilis (anticuerpos no específicos como VDRL) pero no muestran evidencia alguna de enfermedad primaria, secundaria, o terciaria, se encuentran en una etapa latente (asintomática) de la enfermedad.

Los cuadros de sífilis latente adquiridos durante el año previo al diagnóstico se denominan

como sífilis latente temprana. Estos pacientes han presentado durante los 12 meses previos al diagnóstico al menos una de las siguientes situaciones:

- ▶ Síntomas inequívocos de sífilis primaria o secundaria.
- ▶ Seroconversión documentada.
- ▶ Incremento en dos diluciones el título de VDRL, en personas que habían sido tratada correctamente (cursan una reinfección).
- ▶ Exposición a un caso infeccioso de sífilis temprana, secundaria o latente temprana.
- ▶ Una única exposición posible durante los 12 meses anteriores.

Aquellos pacientes que presentan un cuadro de sífilis latente, y que manifiestan algunas de las situaciones del cuadro anterior hace más de 12 meses, cursan una etapa latente tardía de la enfermedad.

Cuando no existen síntomas ni signos de infección, ni información suficiente para determinar el momento en el cual se contrajo la infección, se considera que el paciente cursa una infección latente de duración desconocida. Es importante recalcar que si el paciente presenta un título de VDRL mayor a 1:32 hay una mayor probabilidad de que la infección sea reciente (se haya adquirido durante los últimos 12 meses), punto importante para el manejo de los contactos sexuales.

A todas aquellas personas que cursan una etapa latente (asintomática) de la enfermedad hay que realizar una historia clínica y examen físico cuidadoso, para evaluar lesiones que puedan pasar desapercibidas y que nos ubiquen en otros estadios de la enfermedad. Dicho examen debe incluir muy especialmente todas aquellas superficies mucosas accesibles (cavidad oral, área perianal, perineo, vagina, glande, prepucio, y debajo del mismo en pacientes no circuncidados).

Una vez realizado el diagnóstico de sífilis primaria, sífilis secundaria o sífilis latente, el médico debe asegurarse de que se cumplan los siguientes puntos:

- 1) Que el paciente realice el tratamiento indicado.
- 2) Hacer o gestionar la notificación de la enfermedad.
- 3) Buscar y tratar a los contactos.
- 4) Realizar el seguimiento y control del tratamiento.

## ▶ Tratamiento<sup>27</sup>

- 
- ▶ La Penicilina G Parenteral es la droga de elección en todas las etapas de la enfermedad dado que la eficacia es máxima y no existe resistencia.
- 

La terapia oral con dosis múltiples de Doxiciclina es aceptada como tratamiento alternativo en pacientes alérgicos a la Penicilina.

### **Tratamiento de sífilis primaria, secundaria y latente temprana:**

**Tratamiento de elección.** Penicilina. Indicar una dosis de Penicilina G Benzatínica 2,4 millones de UI IM<sup>28 29</sup>. La evidencia disponible demuestra que dosis adicionales de Penicilina u otros antibióticos no mejoran la eficacia en el tratamiento en estos estadios<sup>30 31</sup>.

**Embarazo.** Realizar el tratamiento con tres dosis de penicilina benzatínica de 2,4 millones I.M (una por semana). Indicar la primera dosis de penicilina mientras se espera el resultado de la prueba confirmatoria. Si la confirmación no estuviera disponible se realizará el tratamiento completo con 3 dosis. Es necesario recordar que si se interrumpe el tratamiento por más de una semana, cuando no se cumple con una dosis semanal, se debe recomenzar el tratamiento y aplicar una vez por semana el número total de dosis correspondientes.

**Régimen alternativo.** Para pacientes no gestantes alérgicas a la Penicilina: Doxiciclina 100mg por vía oral, dos veces por día durante 14 días. La Azitromicina 2gr única dosis podría utilizarse solamente ante imposibilidad de tratamiento con Penicilina y Doxiciclina en pacientes no infectados por el VIH y que puedan ser controlados con facilidad para confirmar curación.

## **Tratamiento de sífilis latente tardía o de duración desconocida:**

**Tratamiento de elección:** Indicar tres dosis de Penicilina G Benzatínica 2.400.000 unidades IM una por semana <sup>32-33</sup>.

**Régimen alternativo** para pacientes no gestantes alérgicas a la Penicilina: Doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 30 días.

La penicilina es el tratamiento de elección para sífilis en el embarazo (y el único considerado efectivo), si la paciente es alérgica a la penicilina (antecedente de fenómeno alérgico mayor como edema de glotis, broncoespasmo severo) se sugiere realizar protocolo de desensibilización bajo condiciones adecuadas para poder llevar a cabo el tratamiento con Penicilina<sup>34</sup>.

**Neurosífilis:** Se trata con penicilina G cristalina, 18 a 24 millones U, por vía endovenosa (EV) por día (3 a 4 millones U cada 4 horas) por 10 a 14 días.

**La reacción de Jarish-Herxheimer** ocurre aproximadamente en el 45% de las personas tratadas para sífilis, la mayoría de ellas cursando estadios tempranos de la infección. Puede ser observada entre las 2 y 24 horas de administrado el antibiótico. Se caracteriza por una reacción sistémica relacionada con el efecto de la medicación sobre el T. Pallidum. Cursa con fiebre, escalofríos, mialgias, cefaleas y ocasionalmente hipotensión. Dura 12 a 24 horas y ha sido relacionada con la liberación de pirógenos termo-estables. Es autolimitada y puede tratarse con antipiréticos (aspirina) cada 4 horas por 24 a 48 horas. La reacción de Jarisch-Herxheimer puede desencadenar el parto o provocar un distrés fetal por lo que está indicado administrar una dosis única de 60 mg de prednisona antes de realizar el tratamiento con penicilina en las embarazadas con sífilis.

## **Seguimiento y control del tratamiento**

Todos los pacientes deben realizar controles con VDRL cuantitativa a los 3, 6 y 12 meses posteriores al tratamiento, continuando con los testeos hasta documentar la negativización de la prueba a los 24 y 36 meses. En las mujeres embarazadas estos controles deben ser mensuales con el objetivo de detectar precozmente una reinfección, ya que los títulos de los anticuerpos pueden tardar en descender y recién evidenciarse en el control de los 6 meses posteriores al tratamiento.

Las lesiones de la sífilis primaria y de la sífilis secundaria mejoran rápidamente luego del tratamiento. A estos pacientes se les debe recomendar abstenerse de mantener relaciones sexuales hasta que todas las lesiones estén curadas. En los pacientes con sífilis primaria y sífilis secundaria es esperable que el título de la VDRL baje a los seis meses y se negativice al año.

### **El tiempo requerido para que los títulos de anticuerpos descendan o se negativicen depende de varios factores:**

- ▶ El intervalo de tiempo entre el inicio de la infección y la instauración del tratamiento. Las personas tratadas durante una sífilis primaria pueden experimentar una mayor y más rápida reducción del título de anticuerpos que las personas tratadas durante los estadios latentes de la enfermedad.

- ▶ Si el título de anticuerpos es elevado, o si el paciente tiene antecedentes de sífilis previa, los títulos pueden descender más lentamente.
- ▶ La mayor severidad de la enfermedad, como la afectación del SNC (neurosífilis) y la coinfección con VIH también prolongan el tiempo de descenso de anticuerpos.

En pacientes con infección temprana (sífilis primaria, secundaria y sífilis latente temprana) debería observarse un descenso mínimo de cuatro veces el título de anticuerpos (por ej. de 16 dils a 4 dils) a los seis meses de instaurado de tratamiento<sup>35</sup>.

En contraste, las personas con sífilis latente tardía (sífilis mayor a un año de evolución o de duración desconocida), y aquellos con la etapa tardía de la enfermedad (sífilis terciaria, incluyendo la afectación ocular o ótica) pueden experimentar bajas tasas de disminución de anticuerpos<sup>36</sup>. Sin embargo, siempre y cuando el título de anticuerpos esté en descenso, se supone que el paciente responde al tratamiento.

La mayoría de los pacientes con sífilis responden muy bien al tratamiento. Los criterios para volver a tratar son los siguientes: persistencia o reaparición de los síntomas de la enfermedad; títulos de VDRL persistentemente elevados luego de un año en la sífilis primaria, de dos años en la sífilis secundaria o latente temprana, o de cinco años en la sífilis terciaria; VDRL con títulos mayores que los basales o que no disminuyeron al menos cuatro veces en los seis meses posteriores al tratamiento (en sífilis primaria, secundaria o latente temprana).

**En mujeres embarazadas:** Los títulos de PNT pueden tardar en descender y recién evidenciarse en el control de los 6 meses posteriores al tratamiento. Se consideran normales los títulos de VDRL que permanecen estables durante los primeros tres meses de tratamiento y luego comienzan a descender. El control de PNT cada 2 meses en la embarazada se hará para pesquisa precoz de una reinfección.

### Manejo de los contactos sexuales

El médico debe pedirle al paciente que le avise a las parejas con quienes ha tenido contacto sexual y que las cite o les pida que consulten con su médico o en su centro de salud. Si el paciente índice tiene sífilis primaria debe buscar a todos los contactos que ha tenido en los tres meses previos al diagnóstico, si tiene sífilis secundaria, en los seis meses previos y si tiene sífilis latente temprana, en el año previo.

La transmisión sexual del *T.pallidum* ocurre sólo en presencia de lesiones treponémicas cutáneas o mucosas húmedas, pero estos elementos pueden pasar desapercibidos, motivo por el cual toda persona que haya estado en contacto sexual directo con un paciente con sífilis deberá ser evaluado clínica y serológicamente y se tratará de acuerdo a los siguientes criterios:

- ▶ Las personas que han tenido contacto sexual los 90 días previos con un paciente con diagnóstico de sífilis primaria, secundaria o latente temprana deben ser tratadas como portadoras de una sífilis temprana aun cuando no presente síntomas y las serologías sean negativas (pueden estar incubando la infección y aún no haberse positivizado la VDRL). Indicar una única ampolla Penicilina G Benzatínica 2.400.000 U IM (tratamiento profiláctico). Si el contacto sexual presenta clínica o serología reactiva deberá definirse su estadio y tratarse según corresponda.
- ▶ Las personas que han tenido contacto sexual más alejado de los 90 días previos con un paciente con diagnóstico de sífilis primaria, secundaria o latente temprana, en ausencia

de síntomas y VDRL no reactiva, no indicar tratamiento. Ante la imposibilidad de realizar seguimiento se indicará tratamiento profiláctico con una única ampolla Penicilina G benzatínica 2.400.000 U IM.

- ▶ Las parejas estables de pacientes con sífilis latente tardía deben ser tratados de acuerdo a los hallazgos clínicos y de laboratorio.
- ▶ Tener en cuenta que los pacientes con sífilis de duración desconocida pero con títulos de anticuerpos mayores a 1/32, y al sólo efecto del manejo de los contactos, serán considerados como portadores de una sífilis temprana, adquirida durante los 12 meses previos y por lo tanto con capacidad infectante. Los contactos sexuales serán manejados como si el caso cursara una sífilis temprana.

## **Puntos claves**

Pruebas treponémicas: Se utilizan para confirmación diagnóstica, y nunca para control de tratamiento ni para diagnóstico de una nueva infección, ya que permanecen reactivas por muchos años aunque el tratamiento haya sido exitoso.

Una disminución de cuatro veces en el título de anticuerpos (el valor previo dividido 4) lo que equivale a un cambio de dos diluciones, por ejemplo de 1:16 a 1:4 o 1:32 a 1:8), se considera un cambio significativo, reflejo de una respuesta adecuada al tratamiento.

La detección de un aumento de 4 veces en el título de anticuerpos (1:4 a 1:16) sugiere reinfección.

Tener en cuenta que el fracaso al tratamiento puede deberse a una inadecuada evaluación del compromiso del sistema nervioso antes del tratamiento.

La penicilina G Benzatínica es el tratamiento de elección el tratamiento de Sífilis (salvo neurosífilis).

## **▶Herpes genital<sup>37</sup>**

El herpes genital es una enfermedad recurrente que se caracteriza por exacerbaciones a lo largo de la vida.

Generalmente es causado por el herpes tipo 2, aunque el tipo 1 también puede estar implicado en la presentación genital. Su prevalencia es muy elevada, en Estados Unidos se estima que hay 50 millones de personas infectadas, con una incidencia de 500.000 a 700.000 casos de primoinfección sintomática por año. Un 22% de la población norteamericana tiene anticuerpos positivos para esta enfermedad.

Actualmente se considera que es la responsable del 80% de las úlceras genitales a nivel mundial.

El mayor factor de riesgo para contraer la infección es el número de parejas sexuales a lo largo de la vida.

Los brotes clásicos del herpes genital se caracterizan por un período prodrómico de 24 horas de ardor y dolor en la zona genital, el cual es seguido de la aparición de múltiples vesículas, pápulas y úlceras sobre una base eritematosa. Las mismas luego reepitelizan sin dejar cicatriz.

El brote puede acompañarse de síntomas sistémicos como fiebre, decaimiento, cefalea, anorexia. En la primoinfección generalmente los síntomas son más severos, la cantidad de lesiones es mayor al igual que la duración de los síntomas y es más frecuente la aparición de síntomas constitucionales.

Las zonas afectadas más frecuentemente en la mujer son vulva, vagina y cerviz, mientras que en los hombres la localización más frecuente es en pene.

Un estudio prospectivo<sup>38</sup> mostró que la mayoría de los pacientes tuvo recaídas, siendo las mismas más frecuentes en hombres que mujeres (media mensual de recaídas 0.43 vs 0.33 respectivamente). La media anual de recaídas fue 4 por año.

### ¿Cuáles son las consecuencias del herpes genital en la salud de la población?

- ▶ Transmisión perinatal con la aparición de herpes neonatal en el recién nacido.
- ▶ Aumento de la transmisibilidad de VIH.
- ▶ Impacto social: el herpes genital se asocia a ansiedad, disminución de la autoestima, dificultad para formar pareja, dificultad para entablar una relación sexual.

### Abordaje diagnóstico y terapéutico

El diagnóstico de certeza requiere detectar virus en la lesión a través de métodos como Elisa o Inmunofluorescencia. En caso de no tener accesibilidad a los mismos, el diagnóstico puede realizarse en base a la anamnesis y examen físico.

El tratamiento del herpes genital tiene como objetivo reducir el período sintomático y la severidad de los síntomas.

- 
- ▶ Debe explicarse al paciente la cronicidad de la enfermedad, la cual no será alterada por el tratamiento.
- 

#### a) Primer episodio: Opciones de tratamiento<sup>39</sup>

- ▶ Aciclovir 400 mg VO 3 veces por día por 7-10 días.
  -
- ▶ Famciclovir 250 mg VO 3 veces por día por 7 a 10 días.
  -
- ▶ Valaciclovir 1 g VO dos veces por día por 7-10 días.

La elección de uno u otro esquema dependerá de la disponibilidad y/o de los recursos sanitarios.

El tratamiento con aciclovir en estos pacientes ha demostrado reducir tres días los síntomas constitucionales, dos días el dolor local, 7 días la excreción viral y 6 días la cicatrización total de las lesiones<sup>40</sup>.

#### b) Recurrencias

El tratamiento de las recurrencias puede realizarse en forma sintomática o preventiva. El primer esquema tiene por objetivo reducir la duración y severidad de los síntomas al igual que la

excreción viral en pacientes con reactivaciones poco frecuentes. Debe otorgarse la receta al paciente con indicación de comenzar tratamiento ni bien comiencen los síntomas prodrómicos.

Opciones de tratamiento para los episodios de recurrencia

- ▶ Aciclovir 400 mg VO 3 veces por día por 5 días.
- ▶ Aciclovir 800 mg VO 2 veces por día por 5 días.
- ▶ Aciclovir 800 mg VO 3 veces por día por 2 días.
- ▶ Famciclovir 1000 mg 2 veces por día por 1 día.
- ▶ Famciclovir 500 mg dosis única, seguido de 250 mg 2 veces por día por 2 días.
- ▶ Valaciclovir 500 mg 2 veces por día por 3/5 días.
- ▶ Valaciclovir 1000 mg 1 vez por día por 5 días.

La elección de uno u otro esquema dependerá de la disponibilidad y/o de los recursos sanitarios.

### **c) Opciones de tratamiento supresor para herpes genital**

El tratamiento supresor tiene como objetivo reducir la cantidad de recurrencias anuales, debiendo indicarse en pacientes que padecen 6 o más recurrencias al año. El tratamiento ha demostrado reducir las recurrencias en un 70-80%. La eficacia y seguridad de los tratamientos diarios ha sido documentada por seis años para el aciclovir y uno para el valaciclovir y famciclovir.

Dado que las recurrencias suelen disminuir con el paso del tiempo y las mismas están muy relacionadas con factores psicológicos, se recomienda discutir la posibilidad de suspender la terapia supresiva a los 12 meses de tratamiento.

El tratamiento supresor con valaciclovir ha demostrado reducir la tasa de transmisión entre la pareja<sup>41</sup>.

- ▶ Aciclovir 400 mg VO 2 veces por día.
- ▶ Famciclovir 250 mg VO 2 veces por día.
- ▶ Valaciclovir 500 mg VO una vez por día (no recomendado ante más de 10 recurrencias por año).
- ▶ Valaciclovir 1 g VO 1 vez por día.

La elección de uno u otro esquema dependerá de la disponibilidad y/o de los recursos sanitarios.

En pacientes que presentan herpes genital, la consejería es fundamental para que la persona entienda la naturaleza de su infección y pueda tener una vida saludable reduciendo el riesgo de transmisión a su pareja sexual y eventualmente a su descendencia.

**Tabla N° 2. Consejería en pacientes con herpes genital**

**Consejería para pacientes con Herpes genital**

- ▶ Abstención sexual ante lesiones o síntomas prodrómicos.
- ▶ La terapia antiviral es efectiva pero no cura la infección.
- ▶ Los pacientes asintomáticos detectados por serología deben recibir los mismos consejos que aquellos que están sintomáticos.
- ▶ Los pacientes deben informar a sus parejas (actuales y futuras) que tienen herpes genital.
- ▶ Los pacientes deben conocer la historia natural de la enfermedad y la posibilidad de recurrencias.
- ▶ Las parejas pueden estar infectadas aún estando asintomáticas, por lo que la serología puede determinar si están o no en riesgo.
- ▶ La transmisión sexual puede ocurrir aún en períodos asintomáticos.
- ▶ Los preservativos cuando cubren la zona con lesiones, reducen el riesgo de transmisión sexual por lo cual deben ser fuertemente recomendados.

**Fuente:** Beaman J, and colls. Genital herpes: A review. Am Fam Physician 2005;72:1527-34. Adaptación personal.

**¿Debe realizarse rastreo para herpes?**

La Fuerza de Tareas Americana (USPSTF) recomienda no realizar rastreo en mujeres embarazadas asintomáticas. Tampoco en adultos o adolescentes sin signos de infección (Recomendación tipo D)<sup>42</sup>.

**▶ Chancroide**

El chancroide es una enfermedad mucho menos prevalente que las anteriores, causado por *Haemophilus Ducreyi*.

Clínicamente se caracteriza por una úlcera genital dolorosa asociada a una adenopatía supurativa.

El diagnóstico etiológico requiere de métodos complementarios cuya accesibilidad es muy limitada, por lo cual se recomienda realizar tratamiento empírico en todo paciente con úlcera genital que recibió tratamiento para sífilis adecuadamente y que luego de dos semanas la úlcera no revierte.

<b>Fármaco</b>	<b>Formas de administración</b>
Azitromicina	1g VO única dosis [AI]
ó	
Ceftriaxona	250mg IM una dosis [AI]
ó	
Ciprofloxacina	500mg VO 2 veces/ d por 3 días [AI]
ó	
Eritromicina	500mg VO 3 veces/d por 7 días [AI]

## Síndrome 5: Paciente con escroto agudo<sup>43-44</sup>

El abordaje del paciente con escroto agudo comprende etiologías en las cuales la rapidez en la instauración del tratamiento son fundamentales a la hora de salvar el testículo afectado: torsión testicular y traumatismo del mismo. Otros diagnósticos que deben ser tenidos en cuenta son una hernia inguinal estrangulada y una torsión de apéndice. Una vez descartado estos cuadros por la anamnesis e historia clínica se sugiere sospechar epididimitis por clamidia y/o gonococo. En la siguiente tabla se resumen las diferencias clínicas de estos cuadros.

**Tabla N° 3. Diagnóstico diferencial de escroto agudo**

	Comienzo de síntomas	Localización del dolor	Reflejo cremasteriano
Torsión testicular	Agudo	Difuso	Negativo
Torsión de apéndice	Subagudo	Polo superior del testículo	Positivo
Epididimitis	Subagudo	Epidídimo	Positivo

**Fuente:** Beauman J, and colls. Genital herpes: A review. Am Fam Physician 2005;72:1527-34  
Adaptación personal.

**Figura N°6. Algoritmo de escroto agudo**

Paciente con dolor y aumento de tamaño del escroto



Haga historia clínica y examine



Se confirma el dolor e hinchazón

NO →

Eduque y aconseje  
- Promocione y provea condones

SI

Testículos rotados o elevados o historia de trauma

NO →

-Tratar como epididimitis (gonorrea y clamidia)  
-Consejería sobre reducción del riesgo  
- Promocione y promueve condones  
-Trate el compañero sexual  
- Recomiende regresar en 7 días si no hay mejoría

SI

Remitir inmediatamente



Se debe ofrecer prueba de VIH a todos los pacientes con ITS

Puede necesitar adaptación según la epidemiología local

**Fuente:** Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual, Ministerio de Salud de la Nación.

Las epididimitis por clamidia y/o gonococo son más frecuentes en pacientes menores de 35 años, sexualmente activos. Se caracterizan por tener dolor y tumefacción del epidídimo el cual puede acompañarse de dolor testicular e hidrocele. Frecuentemente estos pacientes cursan también uretritis asintomáticas.

En hombres mayores, la posibilidad de clamidia y gonococo es menor y otros gérmenes como *E. coli* y *pseudomona* deben ser tenidos en cuenta.

El diagnóstico etiológico requiere de estudios complementarios que significan, en la mayoría de los casos, derivar al paciente a un centro de mayor complejidad con el riesgo de perder la posibilidad de tratarlo precozmente. De no ser abordado adecuadamente, este cuadro se asocia a infertilidad y dolor crónico.

- 
- ▶ La OMS recomienda efectuar un diagnóstico sindrómico y tratar estos pacientes empíricamente una vez descartada la posibilidad de una torsión.
- 

#### **EL TRATAMIENTO RECOMENDADO ES:**

*Ceftriaxona 250 IM dosis única (Gonococo)+ doxiciclina 100 mg VO cada 12 hs por 10 días (Clamidia)*

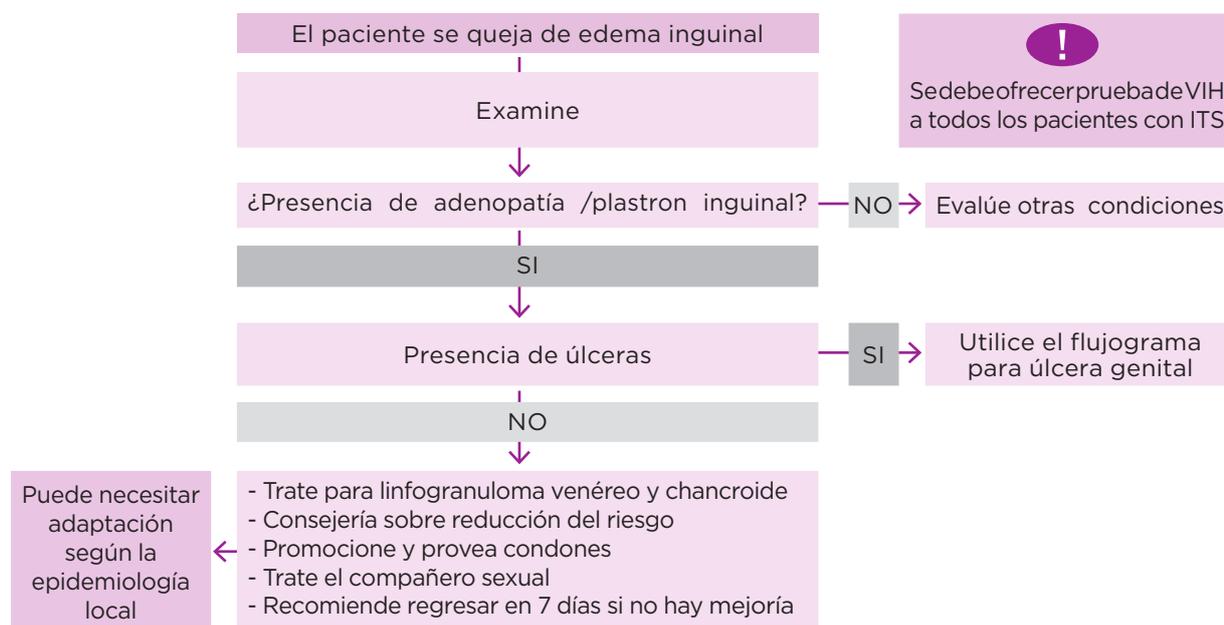
Además se deben indicar medidas no farmacológicas como reposo y elevación del escroto.

- 
- ▶ El paciente debe reconsultar en caso que los síntomas no mejoren luego de una semana de instaurado el tratamiento.
- 

Finalmente, siendo la epididimitis una infección de transmisión sexual en la mayoría de los casos, debe notificarse y tratar a la pareja. Como en todos los casos ya abordados, la consulta debe aprovecharse para educar al paciente sobre conductas de riesgo sexual, proveer preservativos y recomendar realizar rastreo de VIH.

## Síndrome 6: Paciente con bubón inguinal

Los bubones inguinales se caracterizan por el aumento de tamaño localizado de los ganglios linfáticos, que son dolorosos y pueden ser fluctuantes. Suelen estar asociados con el linfogranuloma venéreo y el chancroide. En muchos casos de chancroide, se observa una úlcera genital asociada (ver flujograma de úlcera genital).



**Fuente:** Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual, Ministerio de Salud de la Nación

En el diagnóstico diferencial se deben tener en cuenta las infecciones locales y sistémicas no transmitidas sexualmente (por ejemplo, infecciones del miembro inferior).

El linfogranuloma venéreo es causado por clamidia trachomatis. Habitualmente se caracteriza por la presencia de bubón inguinal, que puede estar acompañado por una úlcera en el sitio de infección (en la mayoría de los casos la misma ha desaparecido al momento de la consulta). Cuando la exposición es rectal, puede dar una proctocolitis que, de no ser tratada precozmente, puede conllevar a fístulas y estrecheces colo-rectales crónicas.

### EL TRATAMIENTO EMPÍRICO DEBE CUBRIR AMBOS GÉRMENES:

Doxicilina 100 mg cada 12 hs VO por 21 días (clamidia)+ Ceftriaxona 250 IM dosis única (H. ducreyi)

- ▶ El paciente debe ser instruido para reconsultar en caso que los síntomas no mejoren luego de una semana de instaurado el tratamiento.

Siendo el bubón una infección de transmisión sexual en la mayoría de los casos, debe notificarse y tratar a la pareja. Finalmente, la consulta debe aprovecharse para educar al paciente sobre conductas de riesgo sexual, proveer preservativos, asesorar sobre la correcta utilización de los mismos y ofrecer realización de rastreo para VIH.

## Síndrome 7: Paciente con síndrome de conjuntivitis neonatal

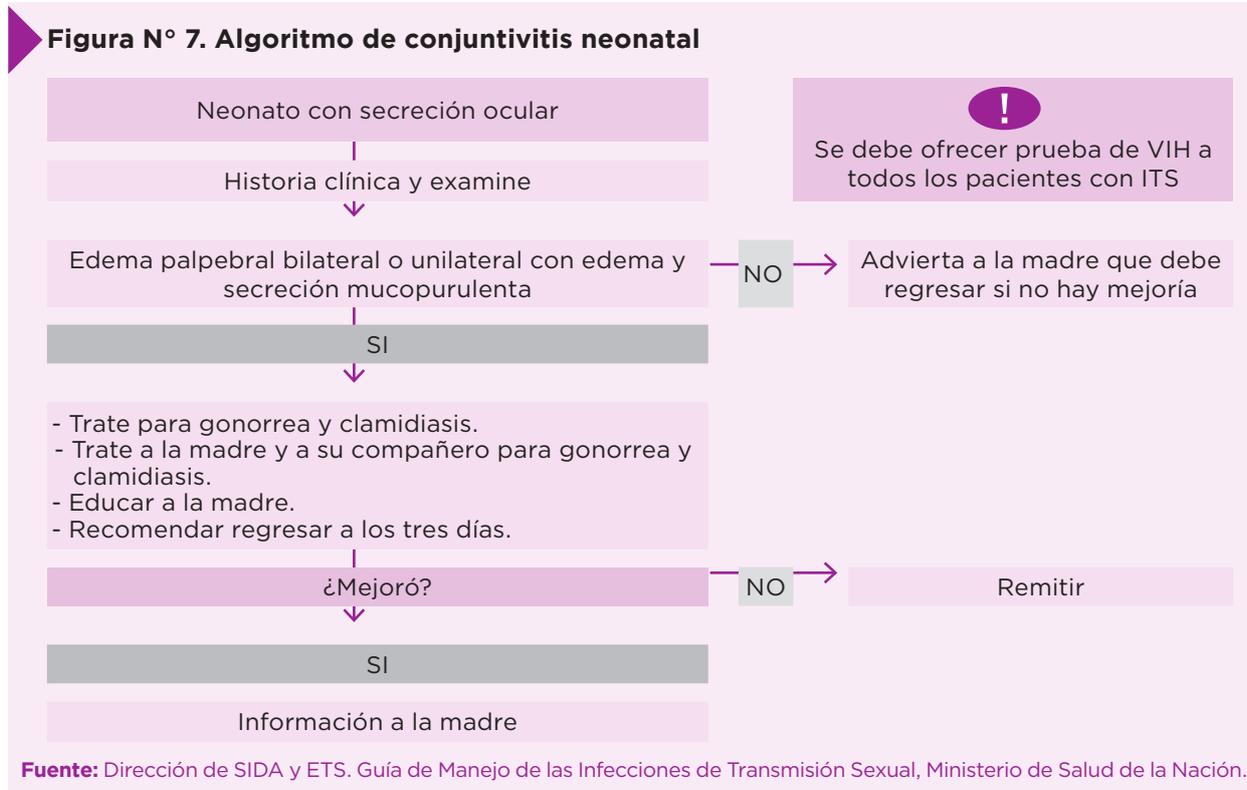
La presencia de edema palpebral con secreción purulenta en un recién nacido menor a 30 días debe alertar sobre la posibilidad de una conjuntivitis por gonococo y/o clamidia.

La conjuntivitis por gonococo se asocia a ceguera si no es tratada precozmente.

La derivación a un centro de salud para efectuar estudios diagnósticos, probablemente conlleve un retraso en la prescripción de tratamiento y la posibilidad de perder al paciente en la derivación.

### EL FLUJOGRAMA DE LA OMS AVALA LA INSTAURACIÓN DE TRATAMIENTO EMPÍRICO EN ESTA SITUACIÓN CUBRIENDO AMBOS GÉRMENES:

*Ceftriaxona 25-50 mg/kg IM única dosis (gonorrea)+ eritromicina base o etilsuccinato 50 mg/kg/día cada 6 hs por 14 días (clamidia).*



Se debe instruir a la madre con pautas de alarma y recomendarle que vuelva a control en tres días. En dicho lapso, la conjuntivitis debe haber mejorado. Caso contrario, el paciente debe ser derivado a un centro de mayor complejidad.

Esta es una infección que se transmite en forma perinatal, motivo por el cual debe asumirse a la madre como infectada. Por este motivo, debe indicarse tratamiento para la madre para cervicitis, cubriendo gonococo y clamidia. Su pareja también debe ser tratada. Debe educarse a la madre sobre conductas de riesgo sexual, proveer preservativos, asesorarla sobre la correcta utilización de los mismos y ofrecerle realizar rastreo de VIH.

### **Prevención de la oftalmia neonatal**

Está fuertemente recomendado rastrear clamidia en todas las mujeres embarazadas menores de 25 años o que tengan factores de riesgo y gonococo en aquellas de alto riesgo.

Existe fuerte evidencia para recomendar realizar profilaxis contra la conjuntivitis neonatal por gonococo (recomendación tipo A): efectuar una limpieza cuidadosa de los ojos del recién nacido en la sala de partos, para luego aplicar una solución de nitrato de plata al 1% o un ungüento con tetraciclina al 1%.

Debe destacarse que esta profilaxis es deficiente contra la oftalmía producida por clamidia.

## Identificación, comunicación y tratamiento de las parejas sexuales

En el manejo de un paciente con ITS resulta fundamental establecer contacto con las parejas sexuales del paciente para informarles sobre la posibilidad de que estén infectados aunque estén asintomáticos, persuadirlos para que se presenten en un centro asistencial que ofrezca servicios de consejería y para iniciar un tratamiento en forma inmediata. Esto debe llevarse a cabo con cuidado, teniendo en cuenta los factores sociales y culturales para evitar problemas éticos y prácticos, tales como el rechazo y la violencia.

Esta comunicación a las parejas sexuales del paciente la puede hacer el paciente mismo o la puede hacer el prestador de salud. En el primer caso, se alienta al paciente infectado a que notifique a la o las parejas de su posible infección mientras que en el segundo, los prestadores de salud u otros trabajadores del área notifican a las personas cuyos datos son proporcionados por el paciente. Se trata de información confidencial y debe ser un proceso voluntario y no coercitivo.

**Para el tratamiento de las parejas- contactos sexuales, una vez identificadas, puede optarse por cualquiera de las siguientes estrategias:**

- ▶ Ofrecer tratamiento epidemiológico inmediato (tratamiento basado únicamente en el diagnóstico del paciente índice) sin pruebas de laboratorio. En este caso, recibe el mismo tratamiento que su pareja. Esta estrategia es la recomendada por la OMS.
- ▶ Ofrecer tratamiento epidemiológico inmediato, pero obteniendo muestras para la confirmación posterior en el laboratorio.
- ▶ Retardar el tratamiento hasta que se cuente con los resultados de las pruebas definitivas de laboratorio.

**La estrategia seleccionada dependerá de:**

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

**Consejería (asesoramiento) y/o educación al paciente**

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 infección.
- ▶ Tener habilidad para dar consejería y disponer de la privacidad y el tiempo necesario (generalmente entre 15 y 20 minutos).

- ▶ Tener disponibilidad para realizar consultas de seguimiento.

**Una sesión de consejería debe abarcar los siguientes temas:**

- ▶ cómo informar a la pareja o cónyuge sobre el diagnóstico de la ITS
- ▶ evaluación del riesgo del paciente de contraer una infección por VIH
- ▶ conveniencia del rastreo de VIH
- ▶ información sobre las complicaciones más serias de las ITS, como la infertilidad y la sífilis congénita
- ▶ estrategias para enfrentar una ITS incurable, como el herpes genital, que puede transmitirse a las parejas o cónyuge
- ▶ prevención de infecciones futuras, incluyendo estrategias para introducir el uso del preservativo en la pareja
- ▶ 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 educación del paciente debe estar dirigida a:**

- ▶ informar sobre la naturaleza de la infección y la importancia de completar el tratamiento
- ▶ la prevención de VIH y otras ITS, asumiendo que el paciente está en riesgo de contraer nuevas ITS. Debe discutirse la abstinencia, la selección cuidadosa de las parejas y el uso de preservativo. Los adolescentes son un grupo prioritario e importante para la prevención primaria debido a que tienen por delante una larga vida sexual y reproductiva y tienen menor percepción del riesgo de contraer una ITS
- ▶ instruir sobre el uso correcto de los preservativos. Aunque los condones no ofrecen protección absoluta contra todas las infecciones, reducen el riesgo de contraerlas si se usan correctamente
- ▶ formas y recursos para la prevención del embarazo, enfatizando la doble protección.

# 1 | Casos Clínicos

## Caso clínico 1

Consulta al centro de salud **Martina de 27 años**. Hace una semana empezó con dolor abdominal bajo espontáneo y durante las relaciones sexuales, con flujo de color amarillento. Al interrogatorio refiere que no tuvo fiebre, ni disuria y que no recuerda su fecha de última menstruación. También comenta que hace 1 año que está en pareja, que utiliza anticonceptivos orales, pero que este último mes olvidó algunas tomas. No presenta antecedentes de problemas de salud. Al examen físico se constata: T 36.3°C, PPL (-), dolor a la palpación en hipogastrio sin defensa ni reacción peritoneal. Al examen ginecológico se observa: flujo amarillento, no se observan lesiones y dolor a la movilización del cuello del útero.

**1er paso:** Defina el/los problemas de salud que presenta Martina en esta consulta.

.....

.....

Evaluando la disponibilidad de recursos con los que usted cuenta en su lugar de trabajo ¿Solicitará algún estudio complementario a esta paciente?

.....

.....

**2do paso:** ¿Cuáles serían sus objetivos terapéuticos con esta paciente?

.....

.....

**3er paso:** ¿Qué conducta terapéutica adoptaría para conseguir los objetivos?

.....

.....

**4to paso:** Realice la prescripción. ¿Qué conducta toma con su pareja?

.....

.....

**5to paso:** Qué indicaciones le daría a Martina

.....

.....

**6to paso:** ¿Cómo va a realizar el seguimiento de esta paciente?

.....

.....

¿Qué vacuna le indicaría?

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique los problemas de salud/motivo.

.....  
.....

### Caso clínico 2

Soledad concurre al centro de salud porque su novio se encuentra en tratamiento por unas lesiones que tiene en el pene. El médico que asistió a su novio le recomendó que fuera a ver a su médico. Refiere que no tiene lesiones ni flujo y que está tomando doxiciclina y le aplicaron penicilina IM hace 4 días.

Al examen ginecológico usted no observa lesiones.

**1er paso:** Defina el/los problemas de salud que presenta Soledad en esta consulta

.....  
.....

¿Sobre qué antecedentes personales indagaría? ¿Solicitará algún estudio complementario a esta paciente?

.....  
.....

**2do paso:** ¿Cuáles serían sus objetivos terapéuticos con esta paciente?

.....  
.....

**3er paso:** ¿Qué conducta terapéutica adoptaría para conseguir los objetivos?

.....  
.....

**4to paso:** Realice la prescripción. ¿Qué conducta toma con su pareja?

.....  
.....

**5to paso:** ¿Qué indicaciones le daría?

.....  
.....

**6to paso:** ¿Cómo va a realizar el seguimiento de esta paciente? ¿Cada cuánto la citaría a control?

.....  
.....

¿Qué vacuna debería tener aplicadas según el calendario de vacunación vigente?

.....  
.....

Utilizando la CEPS-AP codifique los problemas de salud/motivo.

.....  
.....

### Caso clínico 3

Usted se encuentra realizando una consulta en el centro de salud. Lo acompañan tres estudiantes: Ramiro, Teresa y Marcos. El paciente, **Diego, tiene 22 años**, trabaja como administrativo en una fábrica, vive con su pareja (Leo), y no presenta antecedentes de importancia. Hoy trae resultados de laboratorio, los mismos fueron solicitados en el contexto de su control periódico de salud (CPS). Leo (*pareja de Diego*) realizó su CPS hace una semana, se encontraba en buen estado de salud y sus serologías eran negativas.

Laboratorio:

- VDRL: 64 dil
- Prueba treponémica (FTA-Abs): Reactivo
- VIH: No reactivo

El paciente:

- No presenta antecedentes de importancia.
- Nunca tuvo síntomas vinculados a sífilis, ni tampoco presenta actualmente manifestación alguna de enfermedad.
- No ha presentado episodios de alergia luego de la toma de betalactámicos.

Luego de explicarle el problema, y de asegurarse que lo ha comprendido correctamente, usted sale unos minutos del consultorio junto a los estudiantes, para intercambiar opiniones en relación al tratamiento que se le debe indicar al paciente:

- ▶ Ramiro refiere que los cuadros de sífilis latente temprano, como el que presenta Diego, deben ser tratados con 3 dosis de Penicilina G Benzatínica 2.400.000 UI una por semana.
- ▶ Teresa objeta, refiriendo que los cuadros de sífilis de duración desconocida, deben ser tratados con 5 dosis de Penicilina G Benzatínica 2.400.000 UI una por semana.
- ▶ Marcos, con cara de desaprobación, indicaría sólo una dosis de Penicilina, y refiere que le aplicaría 3 dosis si el paciente fuera VIH (+), sin importar el tiempo de evolución de la enfermedad.

#### Interrogantes:

¿Qué etapa de la enfermedad está cursando Diego? ¿Es importante definirla?

.....

.....

¿Estás de acuerdo con alguno de los alumnos? ¿Cómo manejarías el problema?

.....

.....

¿Si el paciente fuera VIH (+) utilizarías el mismo esquema de tratamiento?

.....

.....

¿Le indicarías a Leo (la pareja) una dosis de Penicilina G IM 2.400.000 en forma profiláctica?

.....

.....

¿Solicitaría algún estudio complementario a este paciente. Justifique

.....

.....



***Usted ha finalizado el fascículo 7, continúe con el 8!!***

## Glosario

**El LR+ o coeficiente de probabilidad positivo** indica cuántas veces es más probable encontrar ese resultado en un paciente que tiene la enfermedad, comparado con el que no la tiene. Por ejemplo es 17 veces más probable encontrar prurito y flujo grumoso en una mujer con candidiasis que en una mujer que no tiene esta patología.

## ► Bibliografía

1. Workowski y col. U.S. Centers for Disease Control and Prevention Guidelines for the Treatment of Sexually Transmitted Diseases: An Opportunity To Unify Clinical and Public Health Practice. *Ann Intern Med*, 2002;137:255-262.
2. World Health Organization. Global Prevalence and Incidence of selected curable Transmitted Infections. Overview and Estimates. Geneva, 2001. <http://www.who.int/hiv/pub/>.
3. OMS. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. Junio 2016.
4. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports*. 2010; 59 (RR12):1-109.
5. OMS. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. OMS 2005.
6. Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación.
7. Anderson y col. Evaluation of vaginal complaints. *JAMA* 2004 ;291:1368-1379.
8. Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Sex Transm Dis* 2002;29:497-502.
9. Egan M, Lipsky M. Diagnosis of vaginitis. *AAFP* 2000;62(5): 1095.
10. Eckert L. Acute vulvovaginitis. *N Engl J Med*. 2006;355:1244-52.
11. Eckert L. Acute vulvovaginitis. *N Engl J Med*. 2006;355:1244-52.
12. Marrazzo J. Cervicitis. *Uptodate*. Versión 19.1, enero 2011.
13. Livengood Ch. Pathogenesis of and risk factors for pelvic inflammatory disease. *Uptodate*. Versión 19.1, enero 2011.
14. USPSTF. Screening for Bacterial Vaginosis. Clinical Summary of U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. USPSTF, 2008.
15. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Chlamydial Infection: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. June 2007.
16. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Gonorrhea: Recommendation Statement. AHRQ Publication No. 05-0579-A, May 2005.
17. Burtin P, and cols. Safety of metronidazole in pregnancy: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;172(2 Pt 1):525-9.
18. Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación.
19. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Chlamydial Infection: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. June 2007.
20. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Gonorrhea: Recommendation Statement. AHRQ Publication No. 05-0579-A, May 2005.
21. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports*. 2010;59 (RR12):1-109.
22. Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación.
23. Crossman S. The Challenge of Pelvic Inflammatory Disease. *Am Fam Physician* 2006;73(5):859-864.
24. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports*. 2010;59 (RR12):1-109.
25. Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación.
26. Prevención de transmisión perinatal de: sífilis, hepatitis B y VIH. Recomendaciones para el equipo de salud. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2016.
27. Prevención de transmisión perinatal de: sífilis, hepatitis B y VIH. Recomendaciones para el equipo de salud. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2016.
28. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. OMS 2005.
29. <http://www.cdc.gov/std/tg2015/syphilis.htm>.

30. Rolfs RT, Joesoef MR, Hendershot EF, et al. The Syphilis and HIV Study Group. A randomized trial of enhanced therapy for early syphilis in patients with and without human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1997;337:307-14.
31. Taiwan HIV and Syphilis Study Group. Comparison of effectiveness of 1 dose versus 3 doses of benzathine penicillin in treatment of early syphilis in HIV-infected patients: multicenter, prospective observational study in Taiwan [Abstract# S-119]. Presented at: the 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI 2013); March 3-6, 2013; Atlanta, GA.
32. <http://www.cdc.gov/std/tg2015/syphilis.htm>.
33. Dra. Miriam Bruno, Dra. Silvina Vulcano, Dra. Alejandra Gaiano, and colls. Prevención de la transmisión perinatal de sífilis, hepatitis B y VIH. Algoritmos para diagnóstico y tratamiento. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2016.
34. Prevención de transmisión perinatal de: sífilis, hepatitis B y VIH. Recomendaciones para el equipo de salud. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2016
35. Fiumara NJ. Treatment of primary and secondary syphilis. Serological response. *JAMA* 1980; 243:2500-2503.
36. Fiumara NJ. Serologic responses to treatment of 128 patients with late latent syphilis. *Sex Transm Dis* 1979; 6:243-246.
37. Beauman J. Genital herpes: A review. *Am Fam Physician* 2005;72:1527.
38. Benedetti J. and colls. Recurrence Rates in Genital Herpes after Symptomatic First-Episode Infection. *Ann Intern Med.* 1994 ;121:847-854.
39. Benedetti J. and colls. Recurrence Rates in Genital Herpes after Symptomatic First-Episode Infection. *Ann Intern Med.* 1994;121:847-854.
40. Mertz GJ, and colls. Double-blind placebo-controlled trial of oral acyclovir first-episode genital Herpes simplex virus infection. *JAMA.* 1984;252:1147-51.
41. Corey L. and colls. Once Daily Valacyclovir to Reduce the Risk of Transmission of Genital Herpes. *N Engl J Med* 2004;350:11-20.
42. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Genital Herpes: Recommendation Statement. AHRQ Publication No. 05-0573-A, Marzo 2005
43. [http://www. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports. 2010;59 \(RR12\):1-109.](http://www.CDC.SexuallyTransmittedDiseasesTreatmentGuidelines,2010.MorbidityandMortalityWeeklyReport.RecommendationsandReports.2010;59(RR12):1-109)
44. Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación.

## ► Tema: Infecciones de transmisión sexual

### **Autor**

Gabriel Battistella, Médico. Especialista en Clínica Médica y en Medicina Familiar y General. Director del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires. Subsecretario de Atención Primaria Ambulatoria y Comunitaria del Ministerio de Salud del GCABA.

Virginia Meza, Médica. Especialista en Medicina Familiar y General. Docente auxiliar CEMIC.

### **Actualización 2017**

Romina Gaglio. Médica. Especialista en Medicina Familiar y General.

---

#### ► Coordinación Editorial 2018

Romina Gaglio. Médica. Especialista en Medicina Familiar y General.

#### ► Responsable Editorial 2018

Lic. Gisela Bardi

Coordinación Medicamentos Esenciales

Lic. Cristina Ratto

Licenciada en Educación. Coordinación Medicamentos Esenciales

#### ► Diseño

Alsina María Teresa / couvic

---



República Argentina   
**salud.gob.ar**

Av. 9 de Julio 1925. Buenos Aires. Argentina



Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación