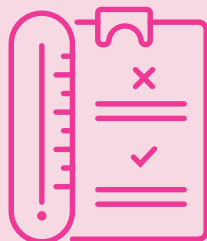


GUÍAS DE MANEJO DE LAS INFECCIONES GINECOLÓGICAS



GUÍAS DE MANEJO DE LAS INFECCIONES GINECOLÓGICAS

2021



MINISTERIO
DE SALUD



Autoridades

Dr. Luis Francisco Sucre.

Ministro de Salud

Dra. Ivette Berrío.

Viceministra de Salud

Dra. Nadja Porcell Iglesias.

Directora General de Salud

Dra. Melva Cruz.

Subdirectora General de Salud de la Población

Dra Caroline E. Niles S.

Jefa del Departamento de Salud y Atención Integral
a la Población

Dra. Geneva M. González T.

Jefa Nacional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Mgtra. Maritza Nieto de De Gracia.

Enfermera Coordinadora Programa de Salud Sexual y Reproductiva

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Dr. Enrique Lau C.

Director General

Dr. Alex González

Director Ejecutivo Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud

Dr. José Leonardo González.

Jefe del Programa Materno Infantil.

Equipo técnico

Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Geneva M González T.

Ginecobstetra/ Medicina Materno Fetal.

Lic. Maritza Nieto de De Gracia.

Enfermera Obstetra/ Magister en Administración de Recursos Humanos/ Magister en Gestión de Salud

Dra. Carmen Pérez González.

Médico Especialista en Salud Pública

Médicos colaboradores en la elaboración revisión y validación

Dra. Magali de Zevallos.

Dr. Jaime Sánchez.

Dr. Ernesto Álvarez.

Dr. Rogelio Vargas.

Dr. José Leonardo González.

Dr. Eliécer Santamaría.

Dra. Lissete Chang.

Equipos de Validación

Coordinadores de Salud Sexual y Reproductiva a nivel nacional

Jefes de Programas de Salud a la Población

Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología



**MINISTERIO
DE SALUD**

RESOLUCIÓN No. 303

De 3 de mayo de 2021

Que aprueba las Guías de Manejo de las Infecciones Ginecológicas

EL MINISTERIO DE SALUD

en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 109 de la Constitución Política de la República de Panamá, establece que es función del Estado velar por la salud de la población, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social y, el individuo, como parte de la comunidad, tiene el derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla.

Que la Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, que aprueba el Código Sanitario de la República de Panamá, establece que la Dirección General de Salud Pública, es la instancia técnico-administrativa que le corresponde las funciones nacionales de salud pública, de carácter normativo y regulador.

Que el Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, crea el Ministerio de Salud para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud que, por mandato constitucional, son responsabilidad del Estado y, como órgano de la función ejecutiva, tiene a su cargo la determinación y conducción de la política de salud del Gobierno en el país.

Que el Decreto 75 de 27 de febrero de 1969, establece el Estatus Orgánico del Ministerio de Salud y le corresponde como parte de sus funciones generales, mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnicos-administrativos y manuales de operación, que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional, bajo patrones de funcionamiento de eficiencia comprobada.

Que la Sección de Salud Sexual y Reproductiva es la unidad técnica de la Dirección General de Salud Pública, responsable de dictar las pautas y guías tendientes a la mejora de la salud integral de todas las mujeres residentes en el país.

Que en las Guías de Manejo de las Infecciones Ginecológicas se establecen los lineamientos para la atención de todas las mujeres en etapa reproductiva, que requieran asistencia en los servicios de salud, públicos y privados.

Que la presente Guía ha sido reestructurada y actualizada, basada en evidencia científica por un equipo técnico interdepartamental, interinstitucional e intersectorial, dirigida al médico tratante, que le permita no solo la atención, sino la articulación necesaria con otras disciplinas en la atención ginecológica para un mejor manejo y tratamiento del paciente.

RESUELVE:

Primero: Se aprueban las Guías de Manejo de las infecciones Ginecológicas, que se reproducen en el Anexo I y que forma parte integral de la presente Resolución.

Segundo: Señalar que las Guías de Manejo de las Infecciones Ginecológicas, aprobadas en el artículo primero de la presente Resolución, son de estricto cumplimiento en todas las instalaciones de salud, públicas y privadas, a nivel nacional.

Tercero: La presente Resolución empezará a regir a partir de su promulgación.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de la República de Panamá, Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969 y Decreto 75 de 27 de febrero de 1969.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

LUIS FRANCISCO SUCRE M.
Ministro de Salud

Contenido

Índice de Tablas	9
Introducción	10
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
Alcance de la guía	11
Justificación técnica	12
Base legal	13
Constitución de la República de Panamá	13
Capítulo 2, La Familia	13
<i>Artículo 56:</i>	13
Capítulo 6, Salud, Seguridad Social y Asistencia Social	13
<i>Artículo 109:</i>	13
<i>Artículo 110:</i>	13
Código Sanitario:	14
Ley 66 de 10 de noviembre de 1947	14
Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969	14
Decreto 75 de 27 de febrero de 1969	14
<i>Artículo 10</i>	14
<i>Artículo 19</i>	14
Decreto 1617 de octubre de 2014	14
<i>Artículo 19</i>	14
Ley 68 de noviembre de 2003	15
Decreto Ejecutivo 1458 de 6 de noviembre de 2012	15
Políticas y Lineamientos	15
Compromisos Internacionales asumidos por la República de Panamá	15
CIE 10 B273. CANDIDIASIS VULVO VAGINAL (CVV)	16
Definición	16
Clasificación	16
Epidemiología	17
Etiología	17
Diagnóstico	17
Examen físico	17
Laboratorio	17
Diagnóstico diferencial	18
Tratamiento	18
Terapia sistémica	18
Manejo de la pareja sexual	19

CIE 10 A590. TRICOMONIASIS	20
Definición	20
Clasificación	20
Epidemiología	20
Etiología	20
Examen físico	21
Diagnóstico	21
Laboratorio	21
Diagnóstico diferencial	22
Tratamiento	22
CIE 10 N760. VAGINOSIS BACTERIANA (VB)	23
Definición	23
Epidemiología (Martínez., 2013)	23
Etiología	23
Examen físico	24
Diagnóstico	24
Criterios de AMSEL (Gynecologist, 2020)	24
Laboratorio	24
Otras pruebas	24
Diagnóstico Diferencial	25
Tratamiento	25
Tratamiento de la Vaginosis bacteriana recurrente	25
Manejo de la pareja sexual	25
CIE-10 A560. CLAMIDIASIS	26
Definición	26
Epidemiología	26
Etiología	26
Diagnóstico Clínico	27
Laboratorio	27
Diagnóstico Diferencial	27
Tratamiento	27
Recomendaciones	28
Manejo de la pareja sexual	28
CIE 10 A49.3 INFECCIONES POR EL MYCOPLASMA GENITAL	29
Definición	29
Epidemiología	29
Etiología	29
Diagnóstico	30
Laboratorio	30
Diagnóstico diferencial	30
Tratamiento	30
Manejo de la pareja sexual	37
CIE 10 A 540 GONORREA	31
Definición	31
Epidemiología	31

Etiología	31
Diagnóstico	31
Laboratorio	32
Diagnóstico diferencial	32
Tratamiento	32
Régimen recomendado	32
Otras alternativas	33
Tratamiento de la gonorrea diseminada	33
Consejería	33
Manejo de la pareja sexual	33
CIE 10- A 51 SÍFILIS ADQUIRIDA	34
Definición	34
Clasificación	34
Epidemiología	34
Transmisión	35
Etiología	35
Diagnóstico	35
Sífilis latente tardía	35
Sífilis tardía sintomática	36
Diagnóstico diferencial	36
CIE 10- A 55X LINFOGRANULOMA VENEREO	38
Definición	38
Etiología	38
Diagnóstico	38
Laboratorio	39
Tratamiento	39
CIE 10- A57X CHANCRO BLANDO	40
Definición	40
Epidemiología	40
Etiología	40
Diagnóstico	40
Chancro Blando y Virus de Inmunodeficiencia Humana	41
Laboratorio	41
Tratamiento	42
CIE-10 B 851 PEDICULOSIS PUBIS	43
Definición	43
Epidemiología	43
Etiología	43
Diagnóstico	43
Diagnóstico diferencial	44
Tratamiento	44
Manejo de la pareja sexual	44

CIE-10 A 97.7 VIRUS DE PAPILOMA HUMANO/CONDILOMATOSIS VULVAR	45
Definición	45
Epidemiología	45
Etiología	45
Factores de riesgo	46
Diagnóstico	46
Diagnóstico diferencial	46
Tratamiento	46
Tratamiento administrado por el proveedor	46
CIE-10 A600 HERPES GENITAL	47
Definición	47
Etiología	47
Examen Físico	48
Factores de riesgo	48
Diagnóstico	48
Laboratorios	48
Tratamiento	49
CIE-10 B24 VIH / CIE-10 R75 VIH/SIDA	50
Definición	50
Epidemiología	50
Diagnóstico	51
Tratamiento	51
CIE-10 N70 ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA (EPI)	52
Definición	52
Epidemiología	52
Clasificación	52
Diagnóstico	52
Diagnostico diferencial	53
Exámenes de laboratorio y gabinete	53
Tratamiento	53
Medidas generales	53
Terapia parenteral	54
Régimen ambulatorio	54
Régimen de hospitalización	54
Seguimiento:	54
Otras medidas:	54
BIBLIOGRAFÍA	55

Índice de Tablas

Tabla 1 Interpretación de resultados de pruebas treponémicas y no treponémicas	36
Tabla 2 Tratamiento de Sífilis en la Mujer no embarazada	36
Tabla 3 Tratamiento de Sífilis en la Mujer embarazada	37

Introducción

El derecho a una vida sana y saludable de una mujer se encuentra relacionado con la atención de su condición de salud y el acceso a servicios sanitarios; esto es parte esencial de su completo bienestar.

Las morbilidades relacionadas al aparato reproductor femenino sobre todo, las infecciones vaginales, ocupan una de las primeras causas de atención en la cartera de servicios de ginecología; siendo quizá, la etiología de consulta más frecuente en la red primaria de salud y en algunas pacientes la causa de reconsulta en todos los niveles de atención.

En ocasiones, las complicaciones de estas infecciones pueden llevar a procesos sépticos tan severos que ponen en riesgo la vida de la mujer o en su defecto, secuelas irreversibles que afectarán su capacidad reproductiva.

En este sentido, y bajo los parámetros de *"garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades"* (Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.8) presentamos esta nueva guía elaborada y actualizada con base en evidencia científica con apoyo de diferentes actores, de ginecólogos y de los programas de la Dirección General de Salud.

Esperamos que esta nueva edición sea de ayuda rápida no sólo a nuestros colaboradores del equipo de salud, sino también a nuestros estudiantes de medicina, internos y residentes, como un aporte docente y actualizado en las infecciones ginecológicas.

Objetivo general

Objetivos específicos

1. Actualizar con base en evidencia científica temas relacionados a las infecciones ginecológicas más frecuentes en nuestro país, necesarios en el abordaje de pacientes en primer, segundo y tercer nivel.
2. Estandarizar procesos de atención y tratamientos en el manejo de pacientes.
3. Definir la atención según niveles ascendentes de complejidad a fin de garantizar el mayor nivel asistencial posible a la población de mujeres de mayor riesgo.
4. Permitir la articulación adecuada de los niveles de atención y de las diferentes disciplinas en la atención ginecológica.
5. Ofrecer el respaldo necesario al médico tratante en el diagnóstico y manejo de la paciente ginecológica.
6. Brindar una consulta rápida, eficaz y actualizada para la toma de decisiones en el manejo diario de las pacientes.

Alcance de la guía

Estas guías son de observancia obligatoria en todas las instalaciones de salud, para la prestación de servicios de los sectores público y privado de la República de Panamá dirigido a la población femenina en todas las etapas de su vida

Justificación técnica

Las infecciones ginecológicas son la causa más usual de consulta en la red primaria de atención, así como también en los cuartos de urgencias hospitalarios y la consulta en la medicina privada; frecuentemente se reportan recidivas en los tratamientos y de no efectuar las intervenciones adecuadas, el resultado final sería una infección pélvica que incrementa no solo las morbilidades ginecológicas, sino también la infertilidad, por lo que se hace necesaria la revisión de la literatura médica y la actualización en evidencia científica en este tema.

Datos proporcionados por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Panamá para el 2018, reportan 1468 casos de infecciones por el virus de papiloma humano siendo los grupos de 25-34 años (27.5%) y de 35-49 años (34.7 %) lo más afectados, acorde con los reportes mundiales.

Infecciones como gonorrea y sífilis latente se han reportado con más frecuencia en hombres que mujeres. Se reportaron en sífilis latente 9 casos en femeninas menores de 14 años y 10 casos de gonorrea en este mismo grupo de edad. En cuanto a las infecciones pélvicas inflamatorias, para el mismo año se reportaron 1737 casos, 27.5% en el grupo de 25-34 años y 34.7% del grupo entre 35-49 años, lo que va acorde con la literatura mundial (MINSa, 2018).

Recientemente, el Instituto Gorgas de Estudios de la Salud, publicó un estudio efectuado del 2015-2018 en adolescentes entre 14-19 años en escuelas públicas de Panamá Metro, San Miguelito, Colón, Panamá Oeste y Comarca Ngäbe Buglé de seroprevalencia de clamidia tracomatis, concluyendo que existe una mayor tasa de prevalencia en mujeres que en hombres, con riesgo mucho mayor en aquellas con más de 3 parejas sexuales o embarazos previos. (Gabster Amanda, 2019)

Base legal

Es deber del Estado proporcionar una salud integral y de calidad a los panameños y para lograrlo se debe mantener una actualización periódica del personal de salud, fortaleciendo al sistema, para cumplir con el objetivo final de este documento.

Es el Ministerio de Salud en representación del Estado, es el garante de velar por una adecuada salud en todas las etapas de la vida, y la prevención y tratamiento en las enfermedades ginecológicas forma parte de este mandato. Esta guía está dirigida no solo a las infecciones más comunes en la consulta ginecológica, sino que actualiza los lineamientos a seguir en las enfermedades transmisibles.

Constitución de la República de Panamá

Capítulo 2, La Familia

Artículo 56:

“El Estado protege el matrimonio, la maternidad y la familia. La Ley determinará lo relativo al estado civil. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores y garantizará el derecho de éstos a la alimentación, la salud, la educación y la seguridad y previsión sociales. Igualmente tendrán derecho a esta protección los ancianos y enfermos desvalidos.”

Capítulo 6, Salud, Seguridad Social y Asistencia Social

Artículo 109:

“Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.”

Artículo 110:

“En materia de salud, corresponde primordialmente al Estado el desarrollo de las siguientes actividades, integrando las funciones de prevención, curación y rehabilitación:

Numeral 4. Combatir las enfermedades transmisibles mediante el saneamiento ambiental, el desarrollo de la disponibilidad de agua potable y adoptar medidas de inmunización, profilaxis y tratamiento, proporcionadas colectiva o individualmente, a toda la población.”

Código Sanitario

Ley 66 de 10 de noviembre de 1947

Artículo 1.

“El Código Sanitario regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene públicas, la policía sanitaria y la medicina preventiva y curativa”

Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969

Artículo 3.

“La Dirección General de Salud, como órgano directivo, normativo, fiscalizador y asesor del nivel Ministerial, tiene la responsabilidad de dirigir, normalizar, coordinar y supervisar la ejecución de los planes de salud.”

Decreto 75 de 27 de febrero de 1969.

Artículo 10

“Son funciones generales del Ministerio de Salud, las que se indican:

Mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud y las relaciones inter e intrainstitucionales, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnico-administrativos y los manuales de operación que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional, bajo patrones de eficiencia comprobada”.

Artículo 19

“La Dirección General de Salud Pública es el organismo directivo, normativo y fiscalizador del Ministerio de Salud y en este carácter le corresponde dirigir, supervisar y evaluar el desarrollo de los programas que configuran el Plan Nacional de Salud”.

Decreto 1617 de octubre de 2014

Artículo 19

“Se declaran de notificación obligatoria en la República de Panamá, los rumores, sospechas, casos confirmados o defunciones al Departamento de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública, de los eventos de salud contenidos en el siguiente listado:

7. Chancro Blando.

35. Granuloma inguinal.

37. Herpes Genital.

38. Infección Gonocócica.

40. Infección por virus de Papiloma Humano.

50. Linfogranuloma venéreo.

58. *Otras afecciones de la vagina y de la vulva.*

91. *Todo agente nuevo o resistencia a las terapias utilizadas identificados a través de laboratorios públicos y privados.”*

Ley 68 de noviembre de 2003

“Que regula los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información y de decisión libre e informada”

Decreto Ejecutivo 1458 de 6 de noviembre de 2012

“Que reglamenta la Ley 68 del 20 de noviembre del 2003.”

Políticas y Lineamientos

Decreto Ejecutivo 119 de 9 de mayo de 2017, se aprueba la Política Nacional de Salud, sus Objetivos Estratégicos y Líneas de Acción para el periodo 2016 – 2025.

... Eje 2: Mejoramiento de la calidad y el acceso de la población a los servicios de salud, en donde su Política 3 descrita como :“ Lograr el acceso Universal a la salud y la cobertura Universal de salud con equidad, eficiencia, eficacia y calidad”, cuyo Objetivo Estratégico 3.1: “Implementar la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS)” se encuentra relacionada a la atención de las mujeres en todas sus etapas de vida:

... Línea de acción 3.1.1:

“Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades”.

... Objetivo Estratégico 3.2:

“Garantizar la atención integral de la población según curso de vida.”

... Línea de acción 3.3.6:

*“Implementación, seguimiento, vigilancia y control del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.”
Cuyas actividades son parte fundamental de este Ministerio.*

Compromisos Internacionales asumidos por la República de Panamá

Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo, 1994: recomienda a los gobiernos e instituciones internacionales fortalecer los esfuerzos para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

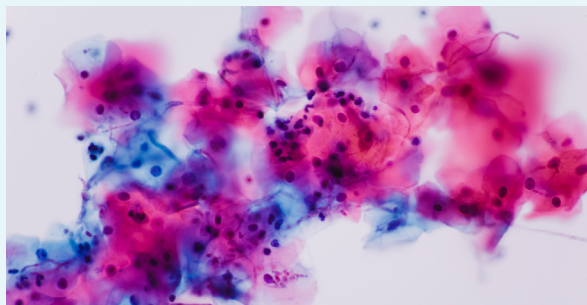
Declaración de Panamá, septiembre de 2013 “una promesa renovada para las Américas – Reducir las inequidades en Salud Reproductiva, Materna e Infantil.”

CIE 10 B273. CANDIDIASIS VULVO VAGINAL (CVV)

Definición:

Vulvovaginitis caracterizada por prurito vulvar, flujo vaginal espeso en forma de requesón maloliente, blanco amarillento, dispareunia, ulceraciones y fisuras debido al rascado.

Generalmente no se considera una enfermedad de transmisión sexual, debido a que existen una serie de factores que incrementan la colonización y producen vaginitis candidásica, tales como el embarazo, la candidásica, tales como



el embarazo, la diabetes mellitus, el uso de anticonceptivos orales, utilización de corticoides, terapia antimicrobiana, uso de DIU, aumento de la frecuencia del coito, y causas idiopáticas.

Clasificación:

Sobre la base de la presentación clínica, la microbiología, los factores inherentes al paciente y la respuesta a la terapia, la CVV puede ser clasificada como:

1. Candidiasis Vulvaginal No complicada:

- a. Esporádica o poco frecuente.
- b. Leve a moderada.
- c. Usualmente por *Cándida albicans*.
- d. En mujeres sin compromiso inmunológico.

2. Candidiasis Vulvaginal Complicada:

Puede ser:

- a. Recurrente.
- b. Severa.
- c. Causada por otra especie de *Cándida*.
- d. Presentarse en mujeres con Diabetes Mellitus, compromiso del sistema inmunológico (p.ej. Infección por VIH), bajo terapia inmunosupresora (p.ej. con corticoides).

Epidemiología:

1. Se estima que 75% de las mujeres tendrán un episodio de CVV; 40-45% tendrán 2 o más episodios.
2. Aproximadamente 10% al 20% de las mujeres tendrán una forma complicada de CVV que requerirá consideraciones diagnósticas y terapéuticas especiales.

Etiología:

1. El agente etiológico es la *Cándida albicans*, pero puede presentarse ante infección por otras especies de *Cándida*.

Diagnóstico:

Se basa en el completo análisis de:

1. Periodo de incubación: variable. El rango estimado es de 8-15 días (Gallardo, 2003)
2. Historia clínica.
3. Antecedentes patológicos.
4. Conducta y prácticas sexuales.
5. Género de su pareja sexual.
6. Menstruaciones.
7. Práctica de higiene vaginal (duchas vaginales).
8. Autotratamiento.

Examen físico:

1. Presencia de disuria, prurito vulvar externo, dolor, hinchazón.
2. Los signos incluyen edema vulvar, fisuras, excoriaciones, enrojecimiento y flujo vaginal espeso.

Laboratorio:

1. Solución salina 10%, KOH o tinción de Gram de secreción vaginal demuestra levaduras, hifas, o pseudohifas.
2. Cultivo: identifica la especie de levadura.
3. Si no se puede realizar cultivo se puede iniciar tratamiento empírico.
4. Vaginitis por *Cándida* se asocia con un pH vaginal normal (<4,5).
5. Frotis de Papanicolaou.

Diagnóstico diferencial:

1. Infecciones de transmisión sexual con secreción vaginal (el pH será > de 4.5).
2. Vaginosis bacteriana.
3. Tricomoniasis vaginal.
4. Cervicitis: puede causar secreción vaginal.

Tratamiento:

Los siguientes tratamientos pueden ser utilizados individualizando a cada paciente:

1. Clotrimazol 1% crema 5g intravaginal x 7 días.
2. Clotrimazol 2% crema 5g intravaginal x 3 días.
3. Clotrimazol comprimidos vaginales 200 mg al acostarse por 3 días.
4. Clotrimazol comprimidos vaginales 100 mg al acostarse por 7 días.
5. Miconazol 2% crema 5g intravaginal x 7 días.
6. Miconazol 4% crema 5g intravaginal x 3 días.
7. Miconazol 100mg supositorios vaginales x 7 días.
8. Miconazol 200mg supositorios vaginales x 3 días.
9. Miconazol 1,200mg supositorio vaginal x 1 día.
10. Tioconazol 6.5% ungüento 5g intravaginal #1 aplicación.

Tratamiento con prescripción médica:

1. Butoconazol 2% crema 5g intravaginal x 7 días
2. Terconazol 0.4% crema 5g intravaginal x 7 días
3. Terconazol 0.8% crema 5g intravaginal x 3 días
4. Terconazol 80mg supositorio vaginal dosis única.

Terapia sistémica:

Se debe considerar tratamiento a la pareja sexual en caso de infecciones recidivantes en la paciente.

1. Fluconazol 150 mg V.O. una toma.
2. Ketoconazol 2 tabletas bid V.O. por 5 días
3. Itraconazol 2 cápsulas de 100 mg con una de las comidas por 3 días.

En las pacientes con infecciones recurrentes debe documentarse la infección por medio de cultivos.

Las pacientes con infecciones frecuentes sin razón aparente deben ser examinadas para determinar condiciones predisponentes (especialmente la infección por el VIH) y deben ser referidas al especialista.

El tratamiento en pacientes embarazadas es el mismo que en las mujeres no embarazadas.

Manejo de la pareja sexual:

1. No se requiere dar tratamiento si no es complicada.
2. Una minoría de las parejas sexuales tiene balanitis caracterizada por áreas eritematosas en el glande con prurito e irritación.
3. Se beneficia de tratamiento con antifúngicos tópicos para aliviar los síntomas.

CIE 10 A590. TRICOMONIASIS

Definición:

La Tricomoniasis urogenital es la infección de la vagina o del aparato genital femenino caracterizada por secreción vaginal blanca, espumosa y prurito.



Clasificación:

1. Tricomoniasis sintomática que presenta síntomas agudos.
2. Tricomoniasis asintomática que puede ser crónica.

Epidemiología:

1. En nuestro medio es una de las enfermedades vaginales más frecuentes y en muchas ocasiones asociada a la Candidiasis vaginal. En el 2008, la Organización Mundial de la Salud calculó que se habían producido 276,4 millones de nuevos casos de infección por T. vaginalis a nivel mundial en adultos de 15 a 49 años (OMS, 2014).
2. Es casi siempre una infección de transmisión sexual.
3. El 70% de las mujeres infectadas son asintomáticas y el resto presentará algún síntoma (Atlanta., 2020).

Etiología:

1. El agente etiológico es la Tricomona, un protozoo patógeno flagelado, perteneciente al orden Trichomonadida que parasita el tracto urogenital tanto femenino como masculino, siendo el agente causal no viral más prevalente a nivel mundial. La infección por Tricomona vaginalis afecta a más del 11% de las mujeres de 40 años y más. Se han detectado otras asociaciones a una mayor posibilidad de adquirir VIH, incremento de partos prematuros y complicaciones en el embarazo, (OMS, 2014).

Examen físico:

1. Período de incubación: 5 – 28 días (García., 2005).
2. Mujeres: flujo vaginal que puede ser difuso, con mal olor, amarillo-verdoso con o sin irritación vulvar.

Diagnóstico:

1. Se debe realizar en mujeres que buscan atención por flujo vaginal.
2. Flujo vaginal “espumoso.”
3. pH vaginal mayor de 6.
4. Podría ser considerado para las personas que reciben atención en clínicas de alta prevalencia de ITS y centros penitenciarios y para las personas asintomáticas con alto riesgo de infección:
 - a. Múltiples parejas sexuales
 - b. Sexo pagado
 - c. Consumo ilícito de drogas
5. Antecedentes de ITS incluyendo el VIH.
6. Pareja no circuncidada tiene mayor riesgo.

Laboratorio:

1. Visualización bajo el microscopio de las tricomonas en una laminilla en la cual se coloca secreción vaginal y se le agrega solución salina normal 0.9%.
2. Se recomienda el uso de pruebas altamente sensibles y específicos para la detección de *T. vaginalis*.
3. El ensayo **Aptima** para *T. vaginalis*: es aprobado por la FDA para la detección de *T. vaginalis* a partir de muestras vaginal, endocervical, orina.
4. Este ensayo detecta ARN por amplificación mediada por transcripción con una sensibilidad clínica de 95,3% -100% y una especificidad del 95,2% -100%.
5. Entre las mujeres, el hisopado vaginal y la orina tienen hasta el 100% de concordancia.

Diagnóstico diferencial:

1. Infecciones de transmisión sexual con secreción vaginal:
2. Candidiasis vaginal.
3. Vaginosis bacteriana.
4. Cervicitis: puede causar secreción vaginal.

Tratamiento:

1. Metronidazol 500 mg V. O. bid por 14 días.
2. Metronidazol 1000 mg en una toma cada día por 7 días.
3. Metronidazol 2 g V.O. en una sola toma. (Menos efectivo y tiene más recidivas.). En pacientes con síntomas graves puede considerarse el tratamiento con 2 g de Metronidazol en una dosis después del primer trimestre.
4. No se debe tomar alcohol durante el tratamiento por el efecto antabus del medicamento.
5. Contraindicaciones: El Metronidazol está contraindicado en el primer trimestre del embarazo.

Manejo de la pareja sexual:

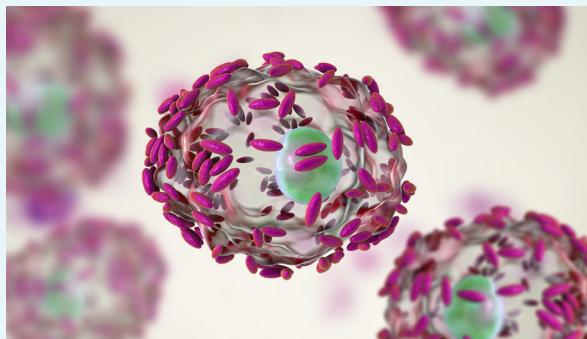
1. La pareja sexual debe tratarse con el régimen de dosis única o el de 7 días.

CIE 10 N760. VAGINOSIS BACTERIANA (VB)

Definición:

Síndrome clínico polimicrobiano causado por el reemplazo de la flora vaginal normal por sobrecrecimiento de bacterias. (atención)

Resulta en una Infección de transmisión sexual en un 80% de los casos, aunque es posible la infección de manera espontánea en donde la proliferación de *Gardenerella*



vaginalis ocurre por alteración del pH (más de 6) con o sin relaciones sexuales.

Epidemiología (Martínez, 2013):

Es la causa más frecuente de secreciones vaginales o mal olor.

Las infecciones asintomáticas son comunes.

Los factores de riesgo son:

1. Múltiples parejas sexuales masculinas o femeninas.
2. Nueva pareja sexual.
3. Duchas vaginales.
4. No uso de condón.
5. Ausencia de *Lactobacillus vaginalis*.

La Vaginosis bacteriana aumenta el riesgo de:

1. Otras ITS (HIV, *N. gonorrhoeae*, *C. tracomatis*, HSV).
2. Complicaciones después de cirugía ginecológica y embarazo.
3. Recurrencia de VB.

Etiología:

El agente etiológico predominante es la *Gardenerella vaginalis*. Otros agentes posibles:

1. *Prevotella* sp.
2. *Mobiluncus* sp.
3. *G. vaginalis*.
4. *Ureaplasma*.
5. *Mycoplasma*.
6. Numerosos anaerobios fastidiosos y no cultivables.

Examen físico:

1. Puede haber dispareunia.
2. No hay presencia de signos inflamatorios.
3. Se caracteriza por un flujo vaginal mal oliente (olor típico a pescado podrido). El olor se asocia a la presencia de anaerobios que producen poliaminas volátiles.

Diagnóstico:

Leucorrea mal oliente, purito. Es frecuente que la paciente refiera esta sintomatología después de la menstruación.

El diagnóstico se basa en la presencia de por lo menos 3 de los 4 Criterios de Amsel:

Criterios de AMSEL (Gynecologist, 2020):

1. Presencia de células indicativas en el frotis cervical en la tinción de Gram. Células CLUE (Células epiteliales vaginales tachonadas de cocobacilo)
2. Descarga homogénea, delgada, blanca que se desprende suavemente de las paredes de la vagina.
3. pH > 4.5 del fluido vaginal
4. Olor a "pescado podrido" antes o después de la aplicación de KOH al 10% a la secreción vaginal.

Laboratorio:

La detección de los criterios de AMSEL se ha correlacionado con resultados por tinción de Gram:

1. Tinción de gram del frotis cervical (Gold standard). Determina la concentración relativa de Lactobacilos (bacilos Gram + largos; Gram negativos, Bacilos Gram-variables; Cocos (*G. vaginalis*, *Prevotella*, *Porphyromonas* y *peptoestreptococos*) Bacilos Gram negativos curvos (*Mobiluncus*).

Otras pruebas:

1. Afirmary VP III (Becton Dickinson, Sparks, MD), una sonda de hibridación de ADN, prueba para altas concentraciones de *G. vaginalis*.
2. OSOM BV prueba azul (Sekisui Diagnostics, Framingham, MA), que detecta la actividad sialidasa del fluido vaginal.
Tienen aceptables características de rendimiento en comparación con la tinción de Gram.
3. Prueba de la tarjeta prolineaminopeptidasa para la detección de pH elevado y trimetilamina.
4. PCR se ha utilizado en entornos de investigación para la detección de una variedad de organismos asociados con la BV, pero la evaluación de su utilidad clínica está todavía en curso. La detección de organismos específicos podría ser predictivo de BV por PCR (598.599).

Adicional es necesaria la validación antes de que estas pruebas pueden ser recomendados para diagnosticar la BV.

5. No se recomienda el cultivo de *G. vaginalis* ya que no es específico.
6. El Papanicolaou no tiene utilidad clínica para el diagnóstico de BV, debido a su baja sensibilidad y especificidad.

Diagnóstico Diferencial:

1. Otras infecciones vaginales con secreciones.
2. Reacciones alérgicas, químicas, mecánicas.

Tratamiento:

1. El tratamiento es recomendado para pacientes sintomáticas. (Amaya J, 2016).
2. Los beneficios establecidos del tratamiento en mujeres no embarazadas son el alivio de los síntomas vaginales y de los signos de la infección. Además, tiene el beneficio potencial de reducir el riesgo de adquirir otras infecciones como *C. tracomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginales*, HIV y Herpes simplex tipo 2.
3. Metronidazol 500 mg V.O. BID x 7 días ó
4. Metronidazol gel 0.75%, un aplicador intravaginal lleno con 5g una vez al día x 5 días ó
5. Clindamicina crema al 2%, un aplicador con 5g intravaginal al acostarse x 5 días. La crema es a base de aceite y puede debilitar los condones y diafragmas de látex hasta 5 días después del tratamiento.
6. Debe suspender las relaciones sexuales durante el tratamiento.
7. El consumo de alcohol debe ser evitado hasta 24 horas después de terminado el tratamiento con nitroimidazoles.

Tratamiento de la Vaginosis bacteriana recurrente:

1. Mujeres con múltiples recurrencias después de finalizado el régimen recomendado, el gel metronidazol al 0.75% dos veces por semana por 4-6 meses, se demostrado que reduce las recidivas.
2. Metronidazol o tinidazol 500 mg BID por 7 días, seguido de ácido bórico intravaginal 600 mg/ día por 21 días y luego gel de metronidazol. 0,75% dos veces
3. El Metronidazol está contraindicado en el primer trimestre del embarazo. En pacientes con síntomas graves puede considerarse el tratamiento con 2 g de Metronidazol, en una dosis después del primer trimestre.

Manejo de la pareja sexual:

1. No se recomienda.

CIE-10 A560. CLAMIDIASIS

Definición:

Es una infección bacteriana que se transmite por contacto sexual con una persona infectada.

Frecuentemente la infección es asintomática. Puede afectar el aparato genital, los pulmones y el intestino. Las manifestaciones más comunes en la mujer son la uretritis,



endocervicitis, endometritis, EPI, Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. (perihepatitis).

Epidemiología:

Es una de las ITS más comunes con 50 millones de casos anuales a nivel mundial y 3 millones en los Estados Unidos.

Las infecciones por clamidia son las más frecuentes entre las enfermedades de transmisión sexual.

En el año 2008 se produjeron 106 millones de casos nuevos de clamidiasis urogenital en adultos en el mundo, or lo que se sitúa como la infección de transmisión sexual (ITS) bacteriana con mayor prevalencia junto con la gonorrea (OMS, 2014).

Existe una estrecha relación entre las infecciones por Clamidia y la infertilidad, así como con el embarazo ectópico.

La Infección por Clamidia es una Enfermedad de Notificación Obligatoria, consignada en el Decreto Ejecutivo N° 1617 de noviembre del 2014, a nivel nacional. Debe ser notificada en el Formulario individual de ENO. Esta notificación se realiza de manera mediata. Debe ser igualmente notificado de manera colectiva.

Etiología:

El agente etiológico es la *Chlamydia trachomatis*, una bacteria intracelular obligada que infecta sólo a los humanos, El periodo de incubación es de 7 a 14 días.

Diagnóstico Clínico:

1. Periodo de incubación: 2 – 12 semanas (Roca, 2007).
2. El 75% de las mujeres y el 50% de los hombres no presentan síntomas.
3. Entrevista exhaustiva y examen físico: Confirmar en el expediente los signos y síntomas encontrados según la definición, presencia o no de complicaciones y su localización.
4. En las mujeres se manifiesta con flujo vaginal anormal que puede tener un fuerte olor.
5. Disuria.
6. Dispareunia.
7. Se pueden presentar manifestaciones extragenitales: rectal, orofaríngea, ganglios linfáticos, ocular y neumonía neonatal.
8. Si la infección afecta el recto puede causar dolor rectal, secreción y/o sangrado.
9. Si la enfermedad avanza puede presentar dolor abdominal, náuseas, fiebre.

Laboratorio:

1. Prueba de amplificación del ácido nucleico en orina o en frotis vaginal.
2. Pruebas serológicas IgG, IgM.
3. Cultivos de células por Chlamydia tracomatis.
4. Detección de antígenos locales.
5. Tinción directa (Papanicolaou).

Diagnóstico Diferencial:

Otras uretritis no gonocócicas diferentes a Chlamydia como Micoplasma, Ureaplasma, Tricomonas y finalmente Candidiasis o Herpes genital.

Tratamiento:

En los lugares en los que las pruebas de chlamydia no son rutinarias o no se dispone de ellas, el tratamiento se prescribe basándose en el diagnóstico clínico.

1. Azitromicina 1 g V.O. por 5 días (500 mg V.O. por 5 días en infecciones uretrales).
2. Ofloxacina 400 mg V.O. por bid por 5 días.
3. Doxiciclina 100 mg V.O. bid por 5 días.
4. Tetraciclina 500 mg V.O. QID por 7 días.
5. Sulfisoxazol 1 g V.O. QID por 7 días.
6. Eritromicina base 500 mg V.O. QID por 7 días (Régimen de opción en el embarazo).
7. Debe efectuarse una prueba serológica de Sífilis a pacientes con Chlamydia, ofreciéndoles tratamiento confidencial y pruebas de infección por el VIH.

Recomendaciones:

1. Descartar ITS y VIH.
2. Adherencia al tratamiento.
3. Uso de condón.
4. Consejería.

Manejo de la pareja sexual:

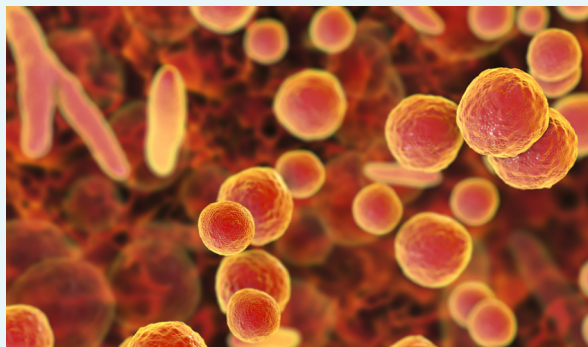
1. Tratamiento de la pareja sexual.
2. Abstinencia sexual hasta completar el tratamiento.

Control de laboratorio en 3 meses.

CIE 10 A49.3. INFECCIONES POR EL MYCOPLASMA GENITAL

Definición:

Infección cervical que puede resultar por transmisión sexual, en la mayoría de las veces asintomática, que debe descartarse en pacientes con factores de riesgo para infertilidad o compañero sexual con uretritis a repetición.



Epidemiología:

1. Descubierta en 1980 inicialmente, como causa de uretritis en el varón (20-25% de los casos).
2. Un alto porcentaje cursa asintomático en mujeres.
3. Se ha detectado presencia del Mycoplasma en 10-30% de las cervicitis siendo el hábitat más común, el endometrio de pacientes de E.P.I. (más frecuentemente que aquellas sin esta patología).
4. Se le ha detectado también en pacientes con factor tubárico de infertilidad, y aunque se cree que las consecuencias patológicas de la infección por M. genitalium se deba principalmente a la respuesta del huésped, se ha demostrado que causa un daño directo a las cilias en cultivo de células de Falopio humano.
5. En base a algunos reportes, se le ha asociado más a partos prematuros.

Etiología:

Mycoplasma genitalium, es una bacteria autorreplicante la más pequeña que se conoce. Evade el sistema inmune adaptativo, estableciendo una infección intracelular, pero también por las proteínas antigénicas y la variación de las proteínas de expresión superficial, pudiendo persistir meses o años en individuos asintomáticos y está relacionado a infecciones genitourinarias femeninas, causa de infertilidad y morbimortalidad neonatal. Se asocia adicionalmente a abortos sépticos e infecciones neonatales (Lopez-Ávila, 2014).

Diagnóstico:

1. La mayoría de los casos es asintomática.
2. Se ha observado que la infección por *C. trachomatis* afecta principalmente a los jóvenes, mientras que la infección por *M. genitalium* parece alcanzar un pico algo más tarde en los hombres y permanece con mayor prevalencia en los grupos de mayor edad de ambos sexos.
3. Síntomas más comunes reportados:
 - a. Disuria
 - b. Sangrado post coital
 - c. Sangrados intermenstruales
 - d. Cervicitis
 - e. Dolor pélvico

Laboratorio:

El hisopado vulvovaginal es más sensible que los endocervicales, mediante pruebas de amplificación de ácido nucleico.

Diagnóstico diferencial:

1. Debe descartarse una infección por Clamidia, por la similitud de los factores de riesgo, como lo serían pruebas indicadas en hombres con uretritis no gonocócica y/o mujeres con enfermedad inflamatoria pélvica.
2. No se recomiendan estudios de detección.

Tratamiento:

1. Azitromicina 1g dosis única.
2. Moxifloxacino 400mg por día de 7 -14 días.

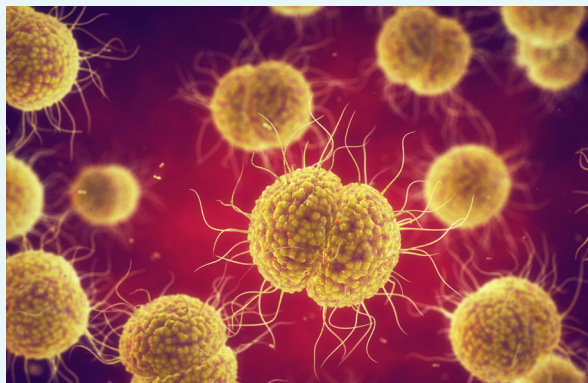
Manejo de la pareja sexual:

1. Tratamiento de la pareja sexual.
2. Abstinencia sexual hasta completar el tratamiento.

CIE 10 A 540. GONORREA

Definición:

La Gonorrea, también conocida como Blenorragia, blenorrea o uretritis gonocócica, es una infección clasificada como de transmisión sexual, que produce secreción de aspecto purulento que en la mayoría de los casos puede confundirse con una vaginitis mixta.



Epidemiología:

1. Infección de transmisión sexual cuyas manifestaciones más frecuentes y tempranas son las infecciones uretrales, endocervicales o rectales no complicadas.

Todos los casos de Gonorrea diagnosticados en instalaciones de Salud son de Notificación e Investigación Obligatoria

1. Formulario 1. Hoja de Notificación de Caso de Enfermedad de Notificación Obligatoria.
2. Formulario 2. Hoja de Investigación de Caso de Enfermedad de Notificación Obligatoria.

Etiología:

El agente etiológico es la *Neisseria gonorrhoea*. La infección por *Chlamydia* coexistente se ha documentado hasta en un 45% a 80% de los casos en algunas poblaciones.

Diagnóstico:

1. La persona afectada puede cursar asintomática o con disuria, flujo uretral, descarga cervical purulenta.
2. Tiene un periodo de incubación de 2 a 8 días.
3. Se puede sospechar cuando hay historia de pareja sexual con diagnóstico de epididimitis, la cual cursa con dolor escrotal unilateral, fiebre y dolor a la palpación del epidídimo. Otras complicaciones pueden ser la prostatitis y en ocasiones la estrechez uretral.

4. Un mínimo porcentaje de los casos no tratados o pacientes con deficiencia del complemento o embarazadas o puérperas desarrollan la forma diseminada de la gonorrea, la cual se presenta con fiebre, artritis, erupción cutánea, perihepatitis (Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis) y en casos severos meningitis o endocarditis.
5. En mujeres, además, puede complicarse con Enfermedad pélvica inflamatoria, cervicitis, salpingitis, Bartholinitis e infertilidad.

Laboratorio:

1. PCR – RT.
2. Cultivo de Thayer Martin y antibiogramas. Tomar antes de iniciar tratamiento con antibióticos. Transporte en medio adecuado para determinar diagnóstico y resistencias.
3. Frotis y tinción de secreciones genitales por Gram: presencia de diplococos Gram negativos intracelulares, no móviles, no esporulados.

Diagnóstico diferencial:

1. Infección de vías urinarias.
2. Candidiasis.
3. Clamidiasis.
4. Sífilis.
5. Tricomoniasis.
6. Vaginosiis.

Tratamiento:

1. Normalmente se trata a pacientes con gonorrea con antibióticos eficaces también contra la Clamidiasis.
2. El tratamiento simultáneo reduce la posibilidad de fracaso del tratamiento por resistencia a los antibióticos.
3. Elegir la monoterapia en base a los datos de resistencia local. Sin embargo, si no se cuentan con datos locales de la vigilancia de la resistencia antimicrobiana se recomienda la terapia dual (OPS, 2018).
4. Debe efectuarse una prueba serológica de Sífilis a pacientes con gonorrea, ofreciéndoles tratamiento confidencial y pruebas de infección por el VIH.

Régimen recomendado:

1. Ceftriaxona 250 mg i.m. dosis única + Doxiciclina 100 mg V.O. bid por 7 días o Tetraciclina 500 mg QID por 7 días.

2. Pacientes con alguna reacción o intolerancia a Ceftriaxonas:
 - a. Espectinomina 2 g I.M. una sola dosis.

Otras alternativas:

1. Ciprofloxacina 500 mg V.O. dosis única ó
2. Cefotaxime 1 g V.O.
3. Todos estos regímenes deben ir seguidos de Doxiciclina 100 mg V.O. BID por 7 días.

Tratamiento de la gonorrea diseminada:

1. Se recomienda la hospitalización para la terapia inicial, especialmente en pacientes que no cumplan el tratamiento, tengan un diagnóstico incierto, tengan efusiones sinoviales purulentas u otras complicaciones. Debe examinarse a los pacientes para detectar cualquier evidencia de endocarditis o meningitis. El tratamiento de la infecciónn gonocócica diseminada debe realizarse en consulta con un experto.
2. Régimen recomendado:
 - a. Ceftriaxona 1 g I.M. o I.V. cada 24 horas por 5 días ó
 - b. Ciprofloxacina 500 mg V.O. BID por 5 días ó
 - c. Cefotaxime 1 g I.V. cada 8 horas por un día y luego terapia oral.
3. Pacientes alérgicos a los Betalactámicos:
 - a. Espectinomina 2 g I.M. cada 12 horas por 7 a 10 días.
4. Cita de control 10 días después de culminado el tratamiento.
5. Evitar la reinfección. No tener relaciones sexuales con parejas anteriores que no hayan sido evaluadas clínicamente para descartar la infección.

Consejería:

1. ITS y VIH.
2. Adherencia al Tratamiento.
3. Uso de condón.

Manejo de la pareja sexual:

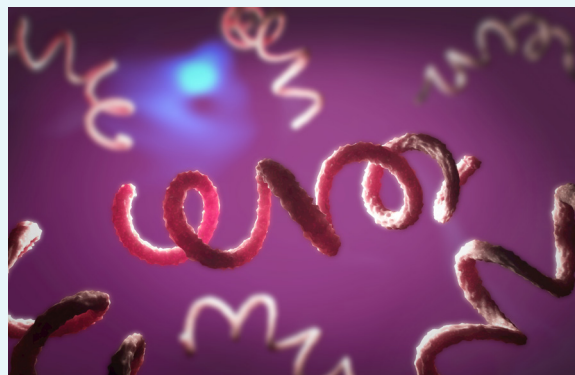
1. Debe examinarse a las personas expuestas a la gonorrea durante los pasados.
2. 30 – 60 días.
3. Efectuar cultivos.
4. Tratarlos en consecuencia.

CIE 10– A 51. SÍFILIS ADQUIRIDA

Definición:

Enfermedad transmisible en la mayoría de los casos por contacto sexual, existe transmisión materno infantil de esta enfermedad.

Se caracteriza, cuando su transmisión es sexual, por presentar inicialmente una lesión en piel y posteriormente una diseminación sistémica.



Clasificación:

Se clasifica de acuerdo con el tiempo de infección y según sus manifestaciones clínicas.

De acuerdo con el tiempo de infección:

1. Sífilis precoz.
2. Sífilis tardía.

De acuerdo con las manifestaciones clínicas:

1. Sífilis primaria.
2. Sífilis secundaria.
3. Sífilis temprana latente.
4. Sífilis terciaria.

Epidemiología:

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2012, se presentaron 157 millones de casos nuevos de ITS, y de estos, 6 millones fueron de Sífilis. (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Si no es diagnosticada y tratada a tiempo puede producir secuelas irreversibles a largo plazo.

Transmisión:

Presenta diversos mecanismos de transmisión:

1. Sexual.
2. Sanguínea.
3. Vertical (transmisión de madre a hijo).

Lesiones ulcerativas e inflamatorias (Sífilis primaria y secundaria), aumentan el riesgo de infección por el VIH; la asociación de Sífilis y VIH, aumenta la transmisibilidad de ambas patologías.

Es una enfermedad de Notificación e Investigación Obligatoria.

Etiología:

Infección causada por *Treponema pallidum*.

Diagnóstico:

Sífilis primaria:

Presencia de una úlcera indurada no dolorosa genital o extra genital, generalmente única o solitaria. Adenopatía regional no dolorosa. Período de incubación 3 – 4 semanas.

Sífilis secundaria:

Se manifiesta dentro de los tres meses post infección, con lesiones mucocutáneas localizadas en las palmas y plantas de los pies que pueden ser generalizadas.

Malestar general, similar a un estado gripal. Puede detectarse adenopatías múltiples no dolorosas.

Sífilis latente precoz:

Paciente asintomático con infección ocurrida en los últimos 12 meses previos al diagnóstico y cumple con las siguientes condiciones:

1. Presentó síntomas concordantes con sífilis primaria o secundaria durante los últimos 12 meses.
2. Tuvo contacto sexual en los últimos 12 meses con pareja con diagnóstico de Sífilis primaria o secundaria o latente.

Sífilis latente tardía:

Paciente asintomático con infección que ocurrió en un tiempo mayor a 12 meses previos al diagnóstico.

Sífilis tardía sintomática:

1. Presencia de gomas.
2. Neurosífilis.
3. Lesión cardiovascular.

Tabla 1 Interpretación de resultados de pruebas treponémicas y no treponémicas

VDRL	MHA-TP / TPHA / FTA-ABS	ELISA
Reactiva o No reactiva	Positiva o Negativa	Positiva o Negativa
Diluciones		
Para diagnóstico y seguimiento post Tratamiento	No se utilizan para seguimiento	
Debe ser confirmada por prueba treponémica	Confirman resultado de pruebas no treponémicas	Debe utilizarse en caso de discrepancia con pruebas treponémicas
Puede presentar memoria inmunológica por años	Permanecen positivas de por vida	

Fuente: Normativa Nacional para el Abordaje Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual en Panamá. (2018). Panamá.

Diagnóstico diferencial

1. Chancro blando.
2. Herpes.
3. Linfogranuloma venéreo.

Tabla 2 Tratamiento de Sífilis en la mujer no embarazada

ESTADIO	SÍFILIS PRIMARIA	
	SÍFILIS SECUNDARIA	
	SÍFILIS LATENTE TEMPRANA	
TRATAMIENTO	ALTERNATIVA	SEGUIMIENTO DE LA RESPUESTA AL TX
	POR ALERGIA A LA	
	PENICILINA	
PENICILINA BENZATÍNICA 2.4 MILLONES DE UNIDADES I.M. DOSIS ÚNICA (administrar 1.2 Millones en cada glúteo) *El tratamiento debe iniciarse al tener el resultado	ERITROMICINA 500 MG V.O. C/6 HORAS POR 15 DÍAS	EVALUACIÓN CADA 1 – 3 MESES
		ADECUADA:
		Disminución de los títulos de anticuerpos, 4 veces los valores iniciales en los siguientes 6 meses del tratamiento.
		No reactividad < 1 año del tratamiento.
		Aumento de títulos 4 veces valores iniciales: reinfección o recaída o Neurosífilis. (repetir tratamiento).

ESTADIO	SÍFILIS LATENTE TARDÍA	
	SÍFILIS LATENTE DE DURACIÓN DESCONOCIDA	
TRATAMIENTO: PENICILINA BENZATÍNICA 2.4 MILLONES DE UNIDADES I.M. CADA SEMANA POR 3 SEMANAS (administrar 1.2 Millones en cada glúteo cada semana) *El tratamiento debe iniciarse al tener el resultado	ALTERNATIVA POR ALERGIA A LA PENICILINA ERITROMICINA 500 MG V.O. C/6 HORAS POR 30 DÍAS.	SEGUIMIENTO DE LA RESPUESTA AL TX
		EVALUACIÓN CADA 1 – 3 MESES
		ADECUADA:
		Disminución de los títulos de anticuerpos, 4 veces los valores iniciales, en los siguientes 6 meses del tratamiento.
		No reactividad < 1 año del tratamiento.
		Títulos bajos persisten: Tratamiento como Sífilis terciaria o latente.
Aumento de títulos 4 veces valores iniciales: reinfección o recaída o Neurosífilis. (repetir tratamiento).		
ESTADIO	SÍFILIS TARDÍA SINTOMÁTICA	
	Gomas, Neurosífilis, cardiovascular	
TRATAMIENTO	Alternativa por alergia a la penicilina	SEGUIMIENTO DE LA RESPUESTA AL TX
PENICILINA G. 3 – 4 Millones UD I.V. c/4h por 10 – 14 días.	DOXICICLINA 100 mg v.o. bid por 28 días.	Atender en Hospital de Iller Nive VDRL 6 y 12 meses LCR 6 y 12 meses.

Fuente: Normativa Nacional para el Abordaje Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual en Panamá. (2018). Panamá.

Tabla 3 Tratamiento de Sífilis en la mujer embarazada

TRATAMIENTO	ALTERNATIVA POR ALERGIA A LA PENICILINA	SEGUIMIENTO DE LA RESPUESTA AL TX
Penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades I.M. Cada semana por 3 semanas* (administrar 1.2 Millones en cada glúteo cada semana). Tratamiento Preferiblemente 30 días o más antes del parto. *El tratamiento debe iniciarse al tener el resultado.	Referir a la clínica de Infectología para desensibilización y posterior tratamiento con Penicilina. Si no puede desensibilizarse: Eritromicina 500 mg c/6 horas por 15 días y Doxiciclina 200 mg c/día post parto. * Tratamiento es ineficaz para tratar al feto. Se administrará Penicilina al RN según esquema.	Evaluación cada 1 – 3 meses
		Adecuada:
		Disminución de los títulos de anticuerpos, 4 veces los valores iniciales, en los siguientes 6 meses del tratamiento.
		No reactividad < 1 año del tratamiento
		Títulos bajos persisten: tratamiento como Sífilis terciaria o latente. Aumento de títulos 4 veces valores iniciales: reinfección o recaída o Neurosífilis. (Repetir tratamiento).
ESTADIO	PUÉRPERA LACTANTE	
Penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades I.M. dosis única.	Eritromicina 500 mg V.O. C/8 horas por 15 días	Seguimiento igual.

Fuente: Normativa Nacional para el Abordaje Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual en Panamá. (2018). Panamá.

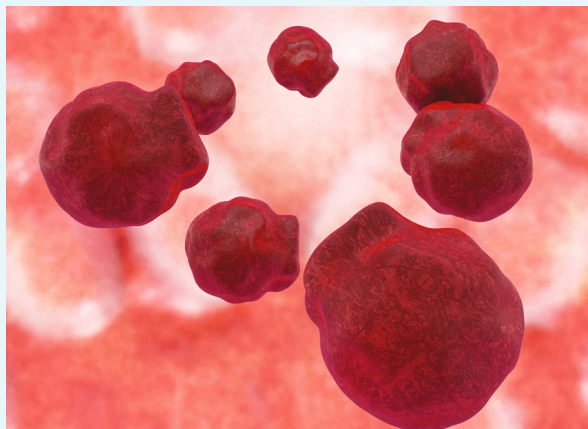
La aplicación de 3 dosis ha sido establecida en Panamá; sin embargo, para fines de auditoría de expedientes, se considera adecuada la primera dosis de 2.4 Millones de unidades I.M.

CIE 10-A 55X. LINFOGRANULOMA VENEREO

Definición:

El Linfogranuloma Venéreo (LGV) es una enfermedad de transmisión sexual, pero también existen casos de contagio por contacto personal, a través de fómites o tras la exposición al germen en el laboratorio.

Puede ser una infección crónica, producida por los serotipos L1 a L3 de *C. trachomatis*.



Epidemiología:

El Linfogranuloma Venéreo tiene distribución mundial, pero es más prevalente en los países tropicales y subtropicales; por ejemplo, es endémico en zonas del este y el oeste de África, en la India y Asia sudoriental, así como en América del Sur y el Caribe (OMS, 2014).

Etiología:

El LGV o enfermedad de Nicolas-Favre es producida por los serotipos L1, L2 y L3 de *Chlamydia trachomatis* y es patógena sólo para el hombre.

Hace más de 50 años se identificó como el agente causante del tracoma, y posteriormente se comprobó también su papel en diversas Infecciones de transmisión sexual y algunas infecciones perinatales.

Diagnóstico:

Se han definido 3 estados de infección.

1. El periodo de incubación del primero es de 2–12 días y se caracteriza por úlceras genitales o una reacción inflamatoria en el sitio de inoculación.
2. La infección secundaria aparece de 2–6 semanas más tarde y se relaciona con la extensión local directa hacia los ganglios linfáticos regionales, produciendo adenopatías inguinales y un síndrome anorrectal consistente en supuración, proctalgia, estreñimiento, fiebre o tenesmo.

3. Cuando el tratamiento no ha sido establecido o ha sido insuficiente, progresa a una situación de inflamación crónica con las complicaciones asociadas (estenosis, fístulas, etc.) que caracterizan al estadio tardío.

Laboratorio:

1. La amplificación mediante técnicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), se ha convertido en la prueba diagnóstica principal.
2. El empleo de PCR a tiempo real es capaz de identificar los serotipos L de *C. trachomatis*, mediante la detección de la deleción en el gen polymorphic membrane protein (*pmp*). El serotipo L2b se caracteriza por una mutación del gen *omp1* que puede ser detectado, mediante un análisis más reciente de PCR a tiempo real.

Tratamiento:

1. Tratamiento de elección es la Doxiciclina (100mg/12h) durante tres semanas.
2. Existen otras alternativas como la Eritromicina (de elección en embarazadas) azitromicina (también usada en las embarazadas).
3. Tetraciclinas (Minociclina, Terramicina, Aureomicina).
4. En el caso de sospecha clínica o en espera del diagnóstico de confirmación, se puede emplear como tratamiento empírico Doxiciclina asociada a Ceftriaxona durante 7 días; si se confirmara el diagnóstico, se debe prolongar el tratamiento hasta 21 días.

CIE 10– A57X. CHANCRO BLANDO

Definición:

El chancroide, chancro blando o enfermedad de Ducrey es una infección de transmisión exclusivamente sexual, ulcerosa, genital.



Epidemiología:

1. Agente causal de 23 a 56% de las úlceras en la zona genital.
2. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estiman 6 a 7 millones de casos anuales.
3. Se puede presentar una transmisión de un paciente infectado a otro, en una sola exposición sexual, y su frecuencia es baja (0.35%).
4. Es un agente patógeno que sólo infecta a los humanos, predomina en pacientes heterosexuales, con una razón de hombre: mujer de 3:1 en zonas endémicas y de 25:1 en brotes, en ciudades en desarrollo.
5. La prevalencia de la enfermedad ha disminuido extraordinariamente desde la década de 1990, en parte debido al mejor acceso a los antimicrobianos, la introducción del manejo sintomático, la mejor atención de salud de los profesionales del sexo y el cambio del comportamiento sexual en la era de la infección por el VIH. (OMS, 2014).

Etiología:

Causada por una bacteria Gram negativa, anaerobia, facultativa, estreptobacilo, llamada *Haemophilus ducreyi*. Los traumatismos o micro abrasiones en la piel o en la mucosa son la vía de entrada de esta bacteria. El inóculo necesario para que ocurra infección es de 10,000.

Diagnóstico:

Clínica:

1. Historia clínica completa.
2. Periodo de incubación de 3 a 7 días, siendo asintomático.

3. Lesión inicial tipo pápula con halo eritematosos, edema.
4. Al tercer día se forma una pústula indolora seguida de una úlcera blanda, cuyos bordes son indeterminados. La base está formada por tejido de granulación friable, altamente vascular (con fácil sangrado). Esto produce dolor moderado a severo y persiste por meses si no son tratadas.
5. Hay linfadenopatía generalmente unilateral, dolorosa que progresa como bubón fluctuante con ruptura espontánea y fistulización cutánea (menos frecuente en mujeres).
6. Puede presentar leucorrea dispareunia y disuria.

El diagnóstico de cancroide se efectúa si se cumplen los siguientes criterios:

1. Una o más úlceras dolorosas.
2. Evidencia de infección por *Sífilis* con la detección por microscopia de campo oscuro o por serología; estos estudios deben realizarse al menos siete días después de la aparición de las úlceras.
3. La manifestación clínica, la apariencia de las úlceras genitales y la linfadenopatía que sean típicas de chancroide.
4. Prueba negativa para el virus de herpes simple, realizada en el exudado de las úlceras en la zona genital.

Chancro Blando y Virus de Inmunodeficiencia Humana

Las interacciones y complicaciones entre las infecciones de transmisión sexual y el VIH originaron interés en todo el mundo. Las úlceras chancroides alteran la integridad de la mucosa y dan origen a un portal de entrada para el virus del VIH.

Haemophilus ducrey incrementa la presencia y activación de células susceptibles al VIH en el aparato genital; también se observó aumento en la expresión del receptor CCR-5 en los macrófagos, que da como resultado mayor susceptibilidad a la invasión por VIH. Las células T específicas estimulan los antígenos, originando aumento de la replicación viral.

Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos del chancroide también pueden esparcir la infección por el VIH.

Laboratorio:

Reacción en cadena de la polimerasa. Método de elección

Tratamiento:

1. Primera línea: Ceftriaxona, dosis única intramuscular de 250 mg. La respuesta generalmente es buena; otra alternativa es Azitromicina, dosis única de 1 g, que es igual de eficiente.
2. Segunda línea: Ciprofloxacino, 500 mg cada 12 horas durante tres días o Eritromicina, 500 mg cada 6 a 8 horas durante siete días.
3. Resveratrol, que es una fitoalexina presente en las plantas con efecto antibacteriano; el estudio concluyó que puede administrarse potencialmente vía tópica para prevenir el chancroide.
4. Drenaje de los bubones, evitando diseminación del material purulento más antibioticoterapia.
5. La pareja debe recibir tratamiento.

CIE-10 B 851. PEDICULOSIS PUBIS

Definición:

La Pediculosis pubis es una infección de transmisión sexual de la vulva por un ectoparásito. En el lenguaje común es conocido como Ladillas. También puede abarcar las zonas pilosas de la cara, incluyendo las pestañas en caso de invasión intensa, axilas y superficies corporales.



Epidemiología:

1. La distribución de la enfermedad es mundial.
2. Se observa en grupos donde la higiene personal es deficiente.
3. Además del contacto íntimo, se trasmite a través de prendas de vestir o ropa de camas infectadas.

Etiología:

El agente infeccioso es el *Pthirus pubis*, (Ladilla), un insecto anopluro (piojo chupador) de los seres humanos, de entre 1 – 3 mm de longitud casi redondo, achatado y de color amarillento, que incluye las formas adultas, las ninfas y las liendres. Los huevecillos del piojo se depositan en la base del vello, maduran en aproximadamente 7 a 9 días y el piojo se adhiere a la piel para sobrevivir. El ciclo vital promedio de la ladilla es de 15 días.

Diagnóstico:

Prurito vulvar y anogenital intenso que aumenta en la noche.

En infestaciones severas, se pueden observar insectos minúsculos de color pardo claro y sus huevecillos (liendres), adheridos al extremo distal de las vainas vellosas. También se describen escoriaciones cutáneas y/o cambios de la coloración de la piel, (manchas oscuras azulosas donde se aloja el ectoparásito.)

Diagnóstico diferencial:

Reacciones alérgicas, químicas, mecánicas.

Tratamiento:

Consiste en eliminar el ectoparásito de la piel y evitar reinfecciones.

1. Permetrina al 1% cremas o enjuagues con butóxido de peperonilo. Se utiliza en forma de champú aplicándolo en todo el cuerpo.
2. Hexacloruro de gamma benceno al 1%. Aplicar por 12 a 24 horas; lavar posteriormente y repetir el tratamiento al 4° día. No se debe utilizar en el embarazo o en mujeres que dan lactancia.
3. Liendra, Peine de púas, muy finas y juntas que permite peinar el vello, eliminando las liendres.
4. Antihistamínicos orales en base a sintomatología o reacción dérmica.
5. Esterilizar la ropa y sábanas usadas durante los dos días anteriores (lavarla con agua caliente y plancharla o lavado en seco en la tintorería).

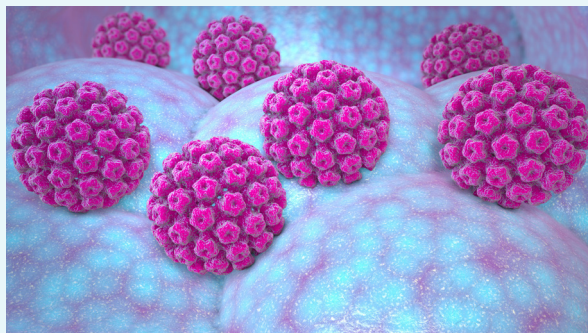
Manejo de la pareja sexual

Dar tratamiento a los contactos sexuales de los últimos 2 a 3 meses, aunque no tengan síntomas.

CIE-10 A 97.7. VIRUS DE PAPILOMA HUMANO/ CONDILOMATOSIS VULVAR

Definición:

Infección producida por un subtipo del grupo de Virus de Papiloma Humano que (6 a 11) produce lesiones irregulares, xerofíticas o planas en la vulva, región perianal e introito vaginal, de lento crecimiento.



Epidemiología:

La infección por el Virus Papiloma Humano (VPH) representa en estos tiempos una de las principales ITS, y es reconocida como la más frecuente en el mundo, su prevalencia puede alcanzar hasta un 60% en las personas sexualmente activas. Los datos epidemiológicos confirman que la mayor incidencia en grupos jóvenes corresponde al pico de edad de adquisición de nuevas parejas sexuales.

Wellings y Cols, reportaron una incidencia de 149 por 100.000 habitantes en mujeres con edades comprendidas entre 14 a 65 años, comparados con 99 por 100.000 habitantes para la población general femenina.

Etiología:

Infección mucocutánea producida por un serotipo de grupo de Virus de Papiloma Humano (VPH). Pertenecen a la familia Papovavirus, la cual contiene dos géneros de virus oncogénicos a DNA: Papilomavirus y Poliomavirus. (MINSa, 2018).

Existe una gran cantidad de diferentes genotipos del VPH, hasta la fecha se han identificado más de 180. Los genotipos identificados como 6 y 11 y que poseen un bajo riesgo oncogénico, son los responsables de las verrugas anogenitales, tanto en mujeres como en hombres. Otros genotipos están relacionados con la aparición de verrugas en otros sitios anatómicos, tales como la planta y palma de pies y manos, dorso de las manos, cara y mucosas.

Los VPH oncógenos son la causa necesaria de la mayor parte de carcinomas cervicouterinos y de cierta proporción de otras neoplasias malignas genito-anales, incluidos algunos tumores malignos bucofaríngeos.

La infección por el VPH oncógeno persistente es un prerrequisito a la aparición de las lesiones precursoras y el desarrollo posterior de neoplasias malignas.

Factores de riesgo:

1. Múltiples parejas sexuales.
2. Promiscuidad.
3. Inicio temprano de relaciones sexuales.

Diagnóstico:

El diagnóstico de las verrugas es usualmente por examen visual; sin embargo, la paciente puede referir prurito.

La biopsia estará indicada si las lesiones son atípicas (pigmentación, fijación a tejido, lesiones ulcerativas).

La biopsia estará indicada en ciertas circunstancias, particularmente en pacientes inmunocomprometidos:

1. Diagnósticos inciertos.
2. Lesiones que no responden a la terapia estándar.
3. Las lesiones empeoran durante la terapia.

Diagnóstico diferencial:

1. Molusco contagioso.
2. Chancro blando.

Tratamiento:

1. El objetivo del tratamiento es remover la verruga y mejorar los síntomas, si están presentes. Existen varias intervenciones que dependen del tamaño, preferencia de la paciente y costo de tratamiento.
2. Regímenes recomendados:
 - a. Imiquimod 3.75 % ó 5% crema.: auto aplicación bid ó tid a la semana. En caso de recurrencia, pueden ser nuevamente tratadas por una semana más.
 - b. Podofilox 0.5% solución o gel.

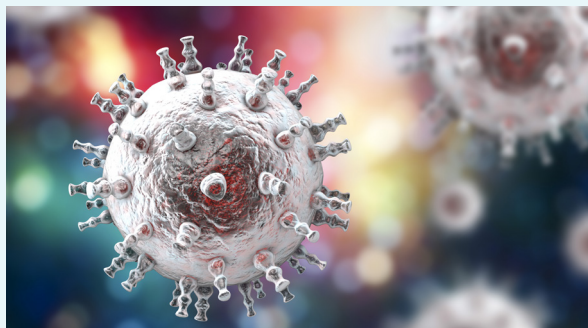
Tratamiento administrado por el proveedor:

1. Crioterapia.
2. Escisión quirúrgica, laser o electrocirugía.
3. Aplicación de solución ácido tricloroacético 80/90%.

CIE-10 A600. HERPES GENITAL

Definición:

Es una infección de transmisión sexual, causada por el virus del herpes simple (VHS), que afecta la piel o las membranas mucosas de los genitales. El virus se trasmite de una persona a otra durante el contacto sexual.



Epidemiología:

La forma genital del herpes es globalmente reconocida como una de las principales enfermedades de transmisión sexual. En la actualidad, esta enfermedad constituye un importante problema de salud pública, que tiene considerables repercusiones físicas, emocionales, sociales y económicas. Además, la infección se asocia con un *aumento significativo en el riesgo de transmisión y contagio del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*.

La investigación en esta enfermedad se centra en el desarrollo de estrategias de prevención y terapéuticas que ofrezcan nuevas y mejores opciones de tratamiento.

La implementación de esquemas más cortos, con dosis más bajas e intervalos de administración más amplios, tienen un impacto en el tiempo de duración y adherencia al tratamiento, la severidad de las lesiones y el periodo libre de enfermedad.

Los avances en la terapia han mejorado el pronóstico y calidad de vida de los individuos infectados por el virus, especialmente al grupo de pacientes que experimentan recurrencias.

Cerca de 70% a 90% de las personas con infección genital sintomática por el VHS-2 y entre 20% y 50% de las personas con infección genital por VHS-1 presentarán una recidiva en el primer año (OMS, 2014).

Etiología:

El herpes genital es producido en 70 al 95% de los casos por el VHS 2, y en 5 a 30% por el tipo 1. A pesar de ser una Infección de Transmisión Sexual frecuente, la mayoría de los pacientes que padecen herpes genital desconocen su diagnóstico.

El virus del herpes simple (VHS) pertenece a la subfamilia alfavirus. Es un virus DNA neurotrópico, DNA bicatenario constituido por un núcleo, cápside, tegumento y envoltura. El serotipo VHS 1, usualmente se asocia a infección oro labial y VHS 2 a infección genital. Comparten características estructurales, pero se diferencian por los antígenos de la envoltura y por el genoma (Delgado Katherin, 2014).

Examen Físico:

1. Las manifestaciones cutáneas consisten en lesiones vesiculares que evolucionan hacia ulceraciones planas, que forman costra y curan de manera espontánea en 2 a 3 semanas sin dejar cicatriz.
2. Después de la recuperación de la infección inicial, el virus permanece latente en el ganglio sensorial durante la vida del huésped.
3. Los episodios sintomáticos recurrentes tienden a ser más leves que el episodio primario y suelen curarse en 10 días, pero también pueden ser graves.

Factores de riesgo:

1. Inicio temprano de relaciones sexuales.
2. Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
3. Múltiples compañeros sexuales.
4. Pareja con diagnóstico de infección.
5. Supresión del sistema inmune.

Diagnóstico:

1. El diagnóstico a veces se dificulta porque el paciente refiere dolor en área vulvar/perianal sin evidencia de lesiones.
2. El dolor es de tipo ardoroso en la mayoría de los casos y asociado al ciclo menstrual.
3. Lesiones vesiculares.
4. Ganglios inguinales uni o bilaterales, que pueden resultar dolorosos.
5. Vesículas con áreas de desfacelación.

Existe una tasa de recurrencia en el herpes genital tipo 2, y son menos frecuentes en el herpes tipo 1, Descartar en base a la historia clínica VIH.

Laboratorios:

1. La prueba de reacción en cadena de polimerasa: detecta ADN viral.
2. Pruebas serológicas (ELISA) detectan anticuerpos contra VHS 1 y el VHS 2.

Tratamiento:

1. Aciclovir 400 mg oral tres veces al día por 7–10 días.
ó
2. Aciclovir 200 mg oral cinco veces al día por 7–10 días.
ó
3. Valaciclovir 1 g oral dos veces al día por 7–10 días.
ó
4. Famciclovir 250 mg oral tres veces al día por 7–10 días.

El tratamiento puede extenderse 10 semanas más si hay fallas en la respuesta.

En los casos de herpes tipo 2, la aplicación de terapia supresora reduce la frecuencia de 70%-80% o puede aplicarse episódicamente para acortar y disminuir los síntomas y las lesiones.

El CDC recomienda en esta terapia:

1. Aciclovir 400 mg oral tres veces al día por 5 días.
2. Aciclovir 800 mg oral dos al día por 5 días.
3. Aciclovir 800 mg oral tres veces al día por 2 días.
4. Valaciclovir 500 mg oral dos al día por 3 días.
5. Valaciclovir 1 g oral una al día por 5 días.
6. Famciclovir 125 mg oral dos al día por 5 días.
7. Famciclovir 1 gramo oral dos al día por 1 día.
8. Famciclovir 500 mg una dosis, seguido por 250 mg dos veces al día por 2 días.

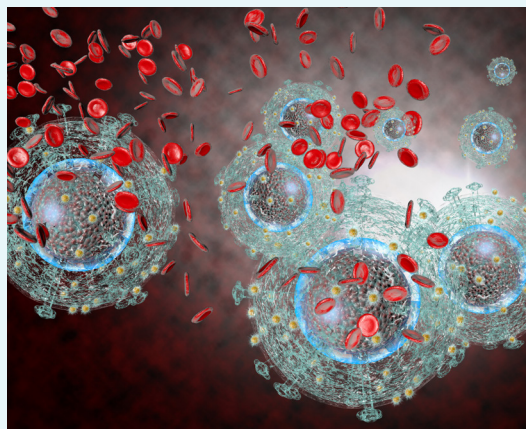
CIE-10 B24 VIH / CIE-10 R75 . VIH/SIDA

Se establecen algunas consideraciones acerca de la enfermedad; sin embargo, el abordaje deberá ser de la norma para el manejo terapéutico de las personas con Virus de Inmunodeficiencia Humana en la República de Panamá.

Definición:

VIH significa Virus de Inmunodeficiencia Humana, causante de la infección del mismo nombre. Las siglas "VIH" pueden referirse al virus y a la infección que causa.

SIDA: significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. El SIDA es la fase más avanzada de la infección por el VIH.



Epidemiología:

La propagación del virus de una persona a otra se llama transmisión del VIH. El virus se propaga solamente, a través de ciertos líquidos corporales de una persona seropositiva. Esos líquidos incluyen:

1. Sangre.
2. Semen.
3. Líquido pre seminal.
4. Secreciones vaginales.
5. Secreciones rectales.
6. Leche materna.

El VIH se propaga principalmente por:

1. Tener sexo anal o vaginal con alguien que tiene el VIH, sin usar un condón o tomar medicamentos para prevenir o para tratar el VIH.
2. Compartir el equipo (medios) para inyección de drogas, como agujas, con una persona que tiene el VIH.

3. La propagación del VIH de una mujer seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia materna, se llama transmisión materno infantil del VIH.

Nota: No se puede contraer el VIH al darle la mano o abrazar a una persona seropositiva. Tampoco se puede contraer, a través de objetos como platos, la taza del baño o las agarraderas de las puertas que haya usado o tocado una persona seropositiva. El VIH no se propaga, a través del aire ni del agua, ni por medio de mosquitos, garrapatas u otros insectos que se alimentan de sangre.

Diagnóstico:

Síntomas:

1. Dentro de 2 a 4 semanas después de la infección por el VIH, algunas personas pueden tener síntomas parecidos a los de la gripe, como fiebre, escalofríos o erupción cutánea. Los síntomas pueden durar de unos días a varias semanas. Durante esta etapa inicial de esa infección, el virus se multiplica rápidamente.
2. Después de esta etapa inicial de infección por el VIH, el virus sigue multiplicándose en concentraciones muy bajas. Por lo general, otros síntomas graves de la infección, como síntomas de infecciones oportunistas, no aparecen por varios años. (Las infecciones oportunistas son infecciones y tipos de cáncer relacionados con estas últimas, que se presentan con más frecuencia o son más graves en las personas con inmunodeficiencia, que en las personas con un sistema inmunitario sano).
3. Sin tratamiento con medicamentos para combatirla, la infección por el VIH evoluciona a SIDA, en un período de 10 años o más, aun cuando en algunas personas puede avanzar más rápido.
4. Los síntomas como fiebre, debilidad y adelgazamiento pueden ser una señal de que el VIH de una persona ha avanzado a SIDA. Sin embargo, un diagnóstico de SIDA se basa en lo siguiente:
 - a. Una disminución del recuento de linfocitos CD4 por debajo de 200/mm³. Un recuento de linfocitos CD4 mide la cantidad de linfocitos CD4 en una muestra de sangre.
 - b. La presencia de ciertas infecciones oportunistas.
 - c. Aunque un diagnóstico de SIDA indica un daño grave en el sistema inmunitario, los medicamentos contra el VIH aún pueden ayudar a las personas en esta etapa de la infección por el VIH.

Tratamiento:

1. Consultar la Norma para el manejo terapéutico de las personas con VIH en la República de Panamá, infecciones por VIH Panamá.

CIE-10 N70. ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA (EPI)

Definición:

La enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) es una inflamación inducida por una infección polimicrobiana que afecta el tracto genital femenino superior, incluido el endometrio, las trompas de Falopio, los ovarios y el peritoneo, que afecta principalmente a mujeres jóvenes sexualmente activas.



Epidemiología:

1. Afecta principalmente a mujeres con vida sexual activa.
2. Otros factores de riesgo que influyen en esta patología son:
 - a. Edad joven.
 - b. Múltiples parejas sexuales.
 - c. Antecedes de ITS o EPI.
 - d. Uso inconsistente de condón.
 - e. El uso de duchas vaginales contribuye a cambios en la flora vaginal, daño epitelial y disrupción de la barrera cervical.

Etiología:

Las infecciones más frecuentes son producidas por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea*, estreptococos y anaerobios.

Clasificación:

1. EPI aguda: cuadro florido, reciente, generalmente limitado a la trompas y ovarios, con o sin pelviperitonitis.
2. EPI crónica: se caracteriza por ser una enfermedad pélvica recurrente.

Diagnóstico:

Síntomas:

1. Dolor en hipogastrio.
2. Dispareunia.

3. Sangrado anormal.
4. Secreción vaginal o cervical anormal.

Signos:

1. Sensibilidad abdominal.
2. Sensibilidad anexial en el examen bimanual vaginal.
3. Sensibilidad al movimiento cervical en el examen bimanual vaginal.
4. Fiebre > 38 C.

Diagnostico diferencial:

El diagnostico diferencial del dolor abdominal inferior en una mujer joven incluye:

1. Embarazo ectópico.
2. Apendicitis aguda, diverticulitis.
3. Síndrome de intestino irritable.
4. Degeneración de mioma.
5. Complicaciones como quiste ovárico, llámese ruptura o torsión.
6. Dolor funcional.

Exámenes de laboratorio y gabinete:

1. Descartar embarazo.
2. Muestras de cérvix, uretra, recto y fondo de saco vaginal para gonorrea y clamidia.
3. VES y PCR apoyan el diagnostico, pero no es específico y pueden ser normales en EPI leve y moderada.
4. Leucocitosis puede estar presente; sin embargo, puede ser normal en casos leves.
5. Ultrasonografía es útil para confirmar absceso pélvico. La tomografía y la resonancia magnética pueden ayudar a descartar otras causas de peritonitis. Sin embargo, la ecografía de rutina no es recomendada para todas las mujeres con sospecha de EPI.
6. Laparoscopia puede apoyar fuertemente el diagnostico de EPI, pero no se justifica rutinariamente.

Tratamiento:

Se requiere tratamiento antibiótico de amplio espectro para cubrir *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* y la infección anaeróbica.

Medidas generales:

1. Descanso para aquellas personas con enfermedad grave.
2. Si existe la posibilidad de embarazo, se debe realizar prueba.
3. Se debe proporcionar analgesia apropiada.

Terapia parenteral:

1. Duda diagnóstica.
2. Falla en terapia oral.
3. Cuadro clínico severo.
4. Presencia de absceso tubo ovárico.
5. Incapacidad de tolerar régimen oral.
6. Embarazo.
7. Fiebre elevada.

Régimen ambulatorio:

1. Ceftriaxona 500 mg I.M dosis única + Doxiciclina 100 mg V.O, dos veces al día + Metronidazol 500 mg V.O., dos veces al día durante 14 días.
2. Levofloxacina 400 mg V.O., dos veces al día + Metronidazol 500 mg V.O., dos veces al día durante 14 días + Azitromicina 1 g V.O. dosis única.

Régimen de hospitalización:

1. Ceftriaxona 1g I.V. / I.M. una vez al día + Doxiciclina 100 mg I.V. o V.O. (si tolera) dos veces al día + Metronidazol 500 mg I.V. o V.O., dos veces al día por 14 días.
2. Clindamicina 900mg I.V., tres veces al día + Gentamicina I.M/I.V. 3-6 mg/kg una vez al día, con monitorización de función renal. Seguida por cualquiera de éstos:
 - a. Clindamicina 450 mg V.O., cuatro veces al día para completar 14 días o
 - b. Doxiciclina 100 mg V.O., dos veces al día + Metronidazol 500 mg V.O., dos veces al día para completar 14 días.

Seguimiento:

Se recomienda control a las 72 horas, a aquéllas con presentación clínica moderada o severa y deben mostrar una mejoría sustancial en los síntomas clínicos. La falta de mejoría sugiere la necesidad de más investigación, terapia parenteral y/o intervención quirúrgica.

Otras medidas:

1. Retirar el DIU.
2. Drenaje quirúrgico de absceso tubo ovárico.
3. Tratamiento de la pareja.
 - a. Ceftriaxona 200 mg I.M monodosis + Doxiciclina 100 mg., dos veces al día por 7 días o Azitromicina 1g V.O., monodosis.

Bibliografía

- Amaya J, V. C. (1 de octubre de 2016). Tratamientos con antibioticos para las parejas sexuales de las pacientes con vaginosis bacteriana. Obtenido de https://www.cochrane.org/es/CD011701/STI_tratamiento-con-antibioticos-para-las-parejas-sexuales-de-las-pacientes-con-vaginosis-bacteriana
- Anónimo. (s.f.). *INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL*.
- Atlanta., C. d. (2020). *cdc.gov*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/std/spanish/tricomoniasis/trich-fact-sheet-sp-press-aug-2012.pdf>
- Delgado Katherin, L. C. (2014). Manejo de Herpes Genital en pacientes inmunocompetentes. *Revista Medica Sanitas*, 202-211. Obtenido de https://www.unisanitas.edu.co/Revista/53/MANEJO_DE_HERPESES_GENITAL_EN_PACIENTES_INMUNOCOMPETENTES.pdf
- Gabster Amanda, P. M. (2019). Prevalencia y determinantes de Chlamydia tracomathis genital entre adolescentes escolarizados con experiencia sexual en regiones indígenas urbanas y rurales de Panamá. *British Medical Journal*, 11-12. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/336393955_High_Prevalence_of_Sexually_Transmitted_Infections_and_High-Risk_Sexual_Behaviors_Among_Indigenous_Adolescents_of_the_Comarca_Ngabe-Bugle_Panama
- Gallardo, C. (febrero de 2003). Vulvovaginitis. *ELSEVIER*, 60-61. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-vulvovaginitis-13044472>
- García., M. C. (marzo de 2005). Vaginitis por Trichomonas. *ELSEVIER*, 49-51. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-vaginitis-por-trichomonas-13072712>
- Gynecologist, T. A. (january de 2020). *Acog.org*. Obtenido de <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/01/vaginitis-in-nonpregnant-patients>
- Infecciones de Transmisión Sexual, en Mujeres en edad reproductiva en Primer Nivel de atención. (s.f.). En *INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL* . MEXICO.
- Lopez-Ávila, K. (2014). Infertilidad Humana causada por Mycoplasma ssp. *Biomed*, 74-90. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2014/bio142e.pdf>
- Martínez., M. M. (2013). Actualizacion sobre vaginosis bacteriana. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/260839344_Actualizacion_sobre_vaginosis_bacteriana

MINSA. (2018). *Normativa Nacional para el Abordaje Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual en Panamá*. Panamá. Obtenido de <https://capacityca.intrahealth.org/wp-content/uploads/2018/08/Normas-de-Atenci%C3%B3n-Integral-de-PV-Panam%C3%A1.pdf>

MINSA. (2018). *REPORTES ESTADÍSTICOS DE INFECCIONES*. MINISTERIO DE SALUD, EPIDEMIOLOGÍA, PANAMA.

OMS. (2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14868:sti-trichomoniasis&Itemid=3670&lang=es

OPS. (2018). *Alerta epidemiológica. Neisseria gonorrhoeae con resistencia a las cefalosporinas de espectro extendido*.

Organización Mundial de la Salud, O. (2019). *Guía de la OMS sobre Detección y tratamiento de la Sífilis en la embarazada*.

Prevention, C. f. (2015). *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015*.

Roca, B. (2007). Infecciones por Clamidias. *Anales de Medicina Interna Scielo*, 292-299. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000600009



MINISTERIO
DE SALUD

