



**NORMAS DE MANEJO Y
TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES
DE TRANSMISION SEXUAL
2000**

**REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
COMISION NACIONAL DEL SIDA
AREA ETS**

**NORMAS DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
2 0 0 0**

Norma Técnica N° 46 Ministerio de Salud
Aprobada por Decreto Exento N° 20 del 14 de Enero del 2.000
República de Chile

2

Edición: 3.000 ejemplares - enero de 2000
Diagramación: Marcial Vergara M.
Impresión: Impresos Lahosa (que sólo actúa como impresor)
Impreso en Santiago de Chile



NORMAS DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL 2 0 0 0

**REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
COMISION NACIONAL DEL SIDA
AREA ETS**

3

COMITE NORMAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Coordinador

Dr. Aníbal Hurtado
Ministerio de Salud
CONASIDA - Area ETS

Colaboradores

Dr. Felix Fich
Servicio de Salud Metropolitano Central

Dra. Ester Santander
Servicio de Salud Metropolitano Norte

Dr. Aurelio Salvo
Sociedad Chilena de Dermatología y Venereología

Dra. Ana Chavez
Servicio de Salud Metropolitano Sur

Dr. Juan Ballesteros
Sociedad Chilena de Infectología

Dra. Ingrid Heitmann
Instituto de Salud Pública

Sra. Liliana Urra
Instituto de Salud Pública

Epidemiología de las ETS

Enf. Leonor Astroza
Ministerio de Salud
CONASIDA – Area ETS

<i>INDICE</i>	<i>Páginas</i>
COMITE NORMAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	5
PRESENTACION	9
INTRODUCCION	11
LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	13
EPIDEMIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	21
CENTRO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (CETS)	31
Definición	33
Actividades que desarrolla CETS	34
Recursos humanos	37
Recursos físicos	39
Laboratorio	41
Arsenal farmacológico	42
MANEJO CLINICO Y TERAPEUTICO	45
Sífilis	47
Diagnóstico de la Sífilis	48
Etapas clínicas de la Sífilis	51
Tratamiento de la Sífilis de acuerdo a etapa clínica	56
Seguimiento serológico de la Sífilis	57
Reacción de Jarisch-Herxheimer	57
Sífilis en embarazo	59
Sífilis congénita	61
Manejo clínico de la Sífilis congénita	63
Tratamiento de la Sífilis congénita	65
Sífilis en pacientes VIH-SIDA	67
Gonorrea	68
Uretritis no gonocócica	71
Tricomoniasis	73
Vaginosis bacteriana	74
Candidiasis genital	75
Condiloma acuminado	77
Herpes genital	79
BIBLIOGRAFIA	83

PRESENTACION

El Ministerio de Salud decidió modificar las respuestas que había desarrollado históricamente en relación con las Enfermedades de Transmisión Sexual, en búsqueda de obtener resultados para este frecuente y significativo problema de salud de las personas en nuestro país.

Es así que traspasamos esta línea de trabajo a la Comisión Nacional del SIDA, la que creó el Área de ETS al interior de su organización y formuló, de forma participativa con los Servicios de Salud, un plan estratégico de trabajo para responder a las demandas que implican estas enfermedades.

El desarrollo de políticas frente a las ETS, en el contexto del trabajo desarrollado en VIH/SIDA a partir de 1990, nos permite abordar ambos temas de manera complementaria y desde una perspectiva amplia que considere los diversos aspectos que intervienen en su presentación; sociales, culturales, preventivos y de atención de salud.

La Norma de Atención Clínica de ETS que entregamos en el presente documento representa uno de los primeros resultados de estas políticas ministeriales; la metodología participativa utilizada en su formulación y la búsqueda de una atención de salud digna y técnicamente apropiada son indicativas de ello.

Dicha Norma es el producto del esfuerzo realizado por los equipos técnicos de este Ministerio y de diferentes profesionales que se desempeñan en los Servicios de Salud, Sociedades Científicas e Institutos de Salud Pública.

Agradecemos a quienes trabajaron en este cometido, les felicitamos por el producto obtenido y les invitamos a seguir trabajando en el proceso de acompañamiento de su instalación y el cumplimiento de la Norma.

Ponemos a disposición de los establecimientos de salud estas Normas con la confianza que ellas responden a los avances técnicos en el área y a las capacidades de los equipos de salud del país.

Dr. Alvaro Erazo Latorre
Subsecretario de Salud

INTRODUCCION

La existencia de una normativa para la realización de cualquier actividad ha sido siempre un instrumento para organizar y orientar las actividades que se realizan en los diversos programas en el sector salud.

Esta practica tradicionalmente ha sido aplicada desde los niveles centrales de programación pero también es un instrumento solicitado por los niveles operativos de atención, y se transforma en un factor que permite homogeneizar las conductas en los diferentes centros con el fin que las acciones realizadas tengan un objetivo común y además se tenga un parámetro para evaluación y asignación de recursos.

En la ejecución de las actividades relacionadas con las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) existía el documento “Normas para el Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual” del año 1980 del Ministerio de Salud, el que no había sido actualizado oficialmente.

La presente “Norma de Manejo y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual”, surge como una necesidad de actualización de la normativa vigente y como una adecuación de las orientaciones para el enfrentamiento de las ETS en el contexto médico, social y cultural actual caracterizado por la aparición de diversas patologías emergentes que han tenido un gran impacto social en los últimos años, especialmente el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Para la elaboración de esta normativa se convocó a especialistas de diferentes áreas e instituciones relacionadas con el tema de las Enfermedades de Transmisión Sexual conformándose un comité de normas que trabajó regularmente durante los años 1998 - 1999, con la participación de profesionales del **Ministerio de Salud** (Conasida, Programa del Niño, Programa de la Mujer, Instituto de Salud Pública), **Servicios de Salud** (Servicio de Salud Metropolitano Norte y Servicio de Salud Metropolitano Central) y **Sociedades Científicas** (Sociedad Chilena de Dermatología y Venereología, Sociedad Chilena de Infectología)

La presente actualización incluye ocho patologías que se consideran como las ETS más importantes de acuerdo a la realidad chilena (sífilis, gonorrea, UNG, vaginosis bacteriana, tricomoniasis, candidiasis genital, herpes genital, condiloma acuminado)

Esta norma fue realizada desde la perspectiva del trabajo en un **Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual**, considerado como un nivel de especialidad capacitado técnicamente para resolver estas patologías a través de un enfrentamiento etiológico de las mismas. La estrategia de Manejo Sindrómico de las ETS es una modalidad que debe definir cada Servicio de Salud de acuerdo a la evaluación local que se haga en cuanto a la capacidad con que cuente el Nivel de Atención Primaria (APS) para realizar estas actividades.

**LAS ENFERMEDADES
DE TRANSMISION SEXUAL**

LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) constituyen un grupo heterogéneo de patologías transmisibles cuyo único elemento en común es el compartir la vía sexual como mecanismo de transmisión. Las manifestaciones clínicas comprometen, en la mayoría de los casos, el área genital y las mucosas pero en muchos caso tienen manifestaciones sistémicas. El impacto en salud pública esta dado por las complicaciones y secuelas que pueden presentar, principalmente en mujeres y recién nacidos y su relación con el aumento de la transmisibilidad del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), desde y hacia las personas infectadas con una ETS.

Las ETS se pueden clasificar tomando en consideración diferentes aspectos:

- A. Patología específica (Tabla I).
- B. Agentes etiológicos (Tabla II).
- C. Síndromes básicos: *ulcera genital, flujo uretral, flujo vaginal, verru gas*. Cada uno de estos puede ser producido por diferentes agentes (Tabla III).
- D. Importancia de la vía sexual como mecanismo de transmisión (Tabla IV).

En Chile algunas las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son de declaración obligatoria mediante el

sistema de vigilancia universal pasiva (Decreto 11. Ministerio de Salud), que incluye las siguientes patologías: Sífilis, Gonorrea, Herpes genital, Linfogranuloma venéreo. En total representan un 21.5% del total de las notificaciones de enfermedades infecciosas de declaración obligatoria. (Ministerio de Salud. RMC 14, 1987)

Las ETS se presentan en todos los grupos de edad con mayor frecuencia en personas de 15 a 50 años, en mayor proporción en mujeres, esto último producto de estar las mujeres integradas en diversos programas donde se realiza pesquisa como control de embarazo y control ginecológico. Aunque las tasas de infección son similares en hombres y mujeres, las mujeres y los lactantes soportan el mayor peso de las complicaciones y secuelas graves como infertilidad, embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria, sífilis congénita, conjuntivitis gonocócica neonatal. Todas estas patologías son prevenibles y curables, por lo que los esfuerzos sanitarios deben ser permanentes en estas áreas. La estenosis uretral y la infertilidad son secuelas frecuentes de uretritis en los hombres. Los cánceres genitales y anales, especialmente los del cuello uterino, están asociados con infecciones genitales por el virus del papiloma humano. En cuanto a otras enfermedades de transmisión sexual la notificación es mínima, aún cuando el Linfogranuloma venéreo, la Uretritis no gonocócica y el Herpes genital son de notificación

Las ETS son un problema de salud pública, y como tal su enfrentamiento debe realizarse con la aplicación de programas y acciones en los aspectos curativos, preventivos, y organizacionales lo que permite una intervención coordinada y coherente, cuyo principal objetivo es la disminución de la incidencia de las ETS y prevención de las complicaciones.

La tasa de transmisión de una ETS esta determinada por tres factores:

1. Tasa promedio de exposición de las personas susceptibles a las personas infectadas.
2. Probabilidad promedio de que una persona susceptible adquiera la infección al tener contacto con una persona infectada (eficiencia media de transmisión).
3. El tiempo promedio que un enfermo permanece infectante.

Estos factores pueden expresarse mediante un modelo matemático con una formula desarrollada por Anderson y May.

$$R_o = c \times b \times D$$

- R_o = Tasa reproductiva de la infección.
- c = Tasa efectiva media de cambio de pareja sexual.
- b = Eficiencia media de transmisión por cada exposición sexual.
- D = Duración media del período de contagiosidad después de adquirida una nueva infección.

Considerando estos factores, el control de las ETS se puede realizar mediante intervenciones en los diferentes niveles mediante las siguientes acciones:

- Educación y consejería destinada a presentar la alternativa de disminuir el número de parejas sexuales como una forma de disminuir el riesgo. Disminuir factor c (tasa efectiva media de recambio de pareja sexual)
- Uso de preservativo como una alternativa para disminuir b (eficiencia de transmisión de la infección)
- Tratamiento oportuno de cada episodio de ETS permite disminuir factor D (duración media del período de contagiosidad)

Tabla N° 1 ETS POR PATOLOGIA ESPECIFICA

1. Sífilis
2. Gonorrea
3. Uretritis no gonocócica
4. Herpes genital
5. Condiloma acuminado
6. Tricomoniasis
7. Vaginosis bacteriana
8. Candidiasis genital
9. Molusco contagioso
10. Hepatitis B
11. Hepatitis C (?)
12. Paraparesia espástica (VLTH 1)
13. Sida (VIH)
14. Lifogranuloma venéreo
15. Pediculosis pubis
16. Sarna
17. Enteroparasitosis (por contacto fecal-oral)

Tabla N° 2
CLASIFICACION POR AGENTES ETIOLOGICOS

BACTERIAS	VIRUS	
Neisseria gonorrhoeae	Virus del herpes simple tipo 1 y 2	
Chlamidia trachomatis	Virus del herpes humano tipo 5 (citomegalovirus)	
Treponema pallidum	Virus de la hepatitis B	
Haemophilus ducreyi	Virus de la hepatitis C (?)	
Mycoplasma hominis	Virus del papiloma humano	
Ureaplasma urealyticum	Virus del molusco contagioso	
Calymmatobacterium granulomatis	Virus de la inmunodeficiencia humana	
Shigella spp		
Campylobacter spp		
Streptococcus Grupo B		
PROTOZOOS	HONGOS	ECTOPARASITOS
Trichomonas vaginalis	Candida albicans	Pthirus pubis
Entamoeba histolytica		Sarcoptes scabiei
Giardia lamblia		

Tabla N° 3
SINDROMES DE ETS COMUNES
Y SUS AGENTES ETIOLÓGICOS

SINDROME CLINICO	PRINCIPAL AGENTE CAUSANTE
Uretritis	Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Trichomonas vaginalis, Virus herpes simple.
Epididimitis	Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis
Cervicitis mucopurulenta	Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis
Vulvovaginitis	Cándida albicans, Trichomonas vaginalis
Vaginosis bacteriana (VB)	Bacterias asociadas a la VB
Enfermedad pélvica inflamatoria aguda	Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, bacterias asociadas a la VB
Lesiones ulcerativas genitales	Treponema pallidum, VHS-1, VHS-2, Chlamydia trachomatis (LGV), Hemophilus ducreyi
Verrugas anales y genitales	Virus papiloma humano (VPH)
Hepatitis viral	Virus hepatitis B (VHB)
Sarna	Sarcoptes scabiei
Pediculosis pubis	Pediculus pubis
Cáncer de células escamosas del cervix, ano, vulva, vagina, pene.	Virus papiloma humano (VPH) (tipos 16, 18, 31, 45)
Carcinoma hepatocelular	Virus hepatitis B (VHB)
Paraparesia espástica tropical	VLTH-I

Tabla N° 4
ETS SEGUN IMPORTANCIA DE LA VIA SEXUAL COMO MECANISMO DE TRANSMISIÓN Y AGENTE ETIOLOGICO

RELACION SEXUAL COMO MECANISMO DE TRANSMISION PREDOMINANTE		
BACTERIAS	VIRUS	OTROS*
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH 1 y VIH2)	<i>Trichomonas vaginalis</i>
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Virus linfotrópico T humano tipo 1 (VLTH I)	<i>Phthirus pubis</i>
<i>Treponema pallidum</i>	Herpesvirus simple tipo 2 (HVS 2)	
<i>Calymmnobacterium granulomatis</i>	Virus del papiloma humano (VPH) Virus de la Hepatitis B	
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Citomagalovirus Virus del molusco contagioso	

TRANSMISION SEXUAL DESCRITA FRECUENTEMENTE, NO BIEN DEFINIDA O NO PREDOMINANTE		
BACTERIAS	VIRUS	OTROS*
<i>Mycoplasma hominis</i>	Virus linfotrópico T humano tipo II (VLTH II)	<i>Candida albicans</i>
<i>Gadnerella vaginalis</i> y otras bacterias vaginales	Virus de la Hepatitis C	<i>Sarcoptes scabiei</i>
Grupo de <i>Streptococcus B</i>	Herpesvirus simple tipo 8 (HVS 8) (sarcoma de Kaposi asociado) Virus Epstein-Barr (VEB)	

CONTACTO SEXUAL CON EXPOSICION ORO-FECAL COMO MECANISMO DE TRANSMISION		
BACTERIAS	VIRUS	OTROS*
<i>Shigella spp.</i>	Virus de la Hepatitis	<i>Giardia lamblia</i>
<i>Campylobacter spp.</i>	<i>Entamoeba histplytica</i>	

* Incluye protozoos, ectoparásitos y hongos.

**EPIDEMIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES
DE TRANSMISION SEXUAL**

EPIDEMIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

La notificación de casos de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) comenzó regularmente en 1963, la primera enfermedad notificada fue Sífilis y el instrumento por el cual se realizó y continúa realizándose hasta el momento es el RMC 14. En este instrumento que ha sufrido algunas modificaciones a través del tiempo sólo se incluyen algunas variables mas bien de tipo demográfico. En 1981 se inicia la notificación de Gonorrea, siendo en la actualidad las dos únicas ETS que se incluyen en los Anuarios de Enfermedades de Notificación

Obligatoria elaborados por el Ministerio de Salud. En base a esta información se realiza un análisis de la curva de tendencia de estas ETS.

La información sobre Sífilis congénita y otras ETS como Herpes genital, Condiloma acuminado, Chancro blando, Linfogranuloma venéreo y Uretritis no gonocócica no se incluye en los Anuarios mencionados, por lo que, la información se extrajo directamente de las bases de datos del Departamento de Informática de este Ministerio.

SIFILIS EN TODAS SUS FORMAS

La información de los 36 años de notificación de Sífilis con la cual se han construido las tasas que componen el gráfico N° 1 muestran importantes variaciones a través del tiempo que se pueden apreciar claramente al mirar la curva de tendencia en la que se observan períodos con tasas sin diferencias importantes y que muestran cierta estabilidad en el número de casos notificados, esta situación se aprecia en el período 1963 - 1969 con un promedio de 3.700 casos anuales, para descender bruscamente a 1.464 casos en 1971 y una tasa de 15,4 por 100.000 habitantes, posterior a este año las tasas comienzan

a elevarse hasta lograr su máximo en 1978, en que se notificaron 10.248 casos lo que determinó una tasa de 94,4 por 100.000 habitantes, ascenso que se mantiene hasta 1983. A partir de 1984 no se observan variaciones como las descritas anteriormente y más bien las tasas tienden a mantenerse estables con valores mínimos de 24,8 por 100.000 habitantes para 1996 y 1997 y un máximo de 43,1 por 100.000 habitantes en 1984.

Las variaciones que presenta esta curva probablemente no representan la realidad en cuanto a la presencia de la

enfermedad sino más bien modificaciones en el cumplimiento y adecuaciones en el sistema de notificación y registro de casos.

Se notifican casos en todas las edades, las tasas más altas se observan entre los 15 a 54 años y según sexo el número de

casos notificados en mujeres es levemente superior al de los hombres. Esto último puede verse influenciado por la existencia de actividades de detección de esta patología que se realizan en el marco del Programa de Salud de la Mujer y Control de Salud Sexual.

Gráfico N° 1 TENDENCIA SIFILIS TODAS SUS FORMAS CHILE 1963 – 1998

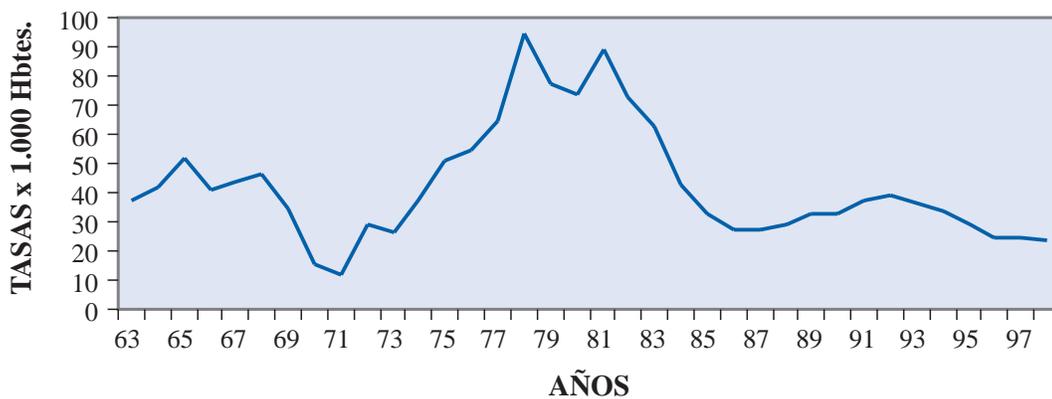


Tabla N°1
CASOS Y TASAS DE SIFILIS - CHILE 1963 – 1998

Años	N° de Casos	Tasa*	Años	N° de Casos	Tasa*
1963	3046	37.0	1981	10039	88.9
1964	3502	41.4	1982	8328	72.5
1965	4479	51.8	1983	7352	62.9
1966	3603	40.6	1984	5125	43.1
1967	3990	43.8	1985	3958	32.8
1968	4300	46.0	1986	3354	27.2
1969	3279	34.3	1987	3466	27.6
1970	1464	15.4	1988	3710	29.1
1971	3217	33.2	1989	4193	32.4
1972	2982	29.5	1990	4282	32.5
1973	2691	26.0	1991	5017	37.7
1974	3922	37.2	1992	5238	38.7
1975	5252	51.2	1993	4958	36.0
1976	5722	54.7	1994	4705	33.6
1977	6858	64.4	1995	4128	29.0
1978	10248	94.4	1996	3574	24.8
1979	8393	76.9	1997	3633	24.8
1980	8199	73.8	1998	3507	23.7

*Tasas x 100.000 Habitantes

SIFILIS CONGENITA

Las notificaciones de casos de Sífilis congénita presentan un aumento progresivo entre los años 1987-1995, con una tendencia a la disminución, aunque irregular en los años 1996-1998 (gráfico N°1). Los números totales pueden no representar la realidad

debido, principalmente, a la dificultad para establecer este diagnóstico en forma definitiva. Cabe destacar la concordancia entre las tendencias de sífilis en la embarazada y la sífilis congénita entre los años 1990-1998 (gráfico N°2).

Gráfico N° 2
TENDENCIA SIFILIS CONGÉNITA - CHILE 1987- 1998

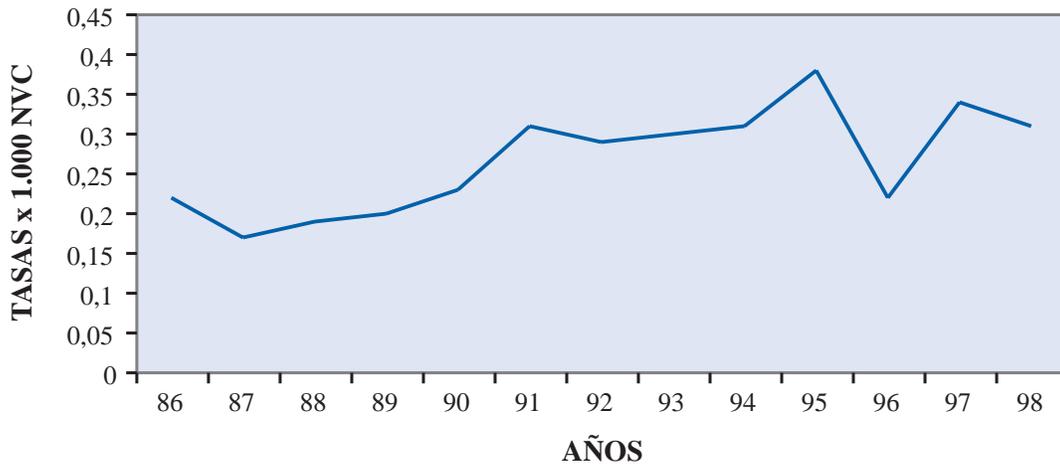


Gráfico N° 3
CASOS DE SIFILIS EN EMBARAZADA
Y SIFILIS CONGÉNITA - CHILE 1981 - 1998

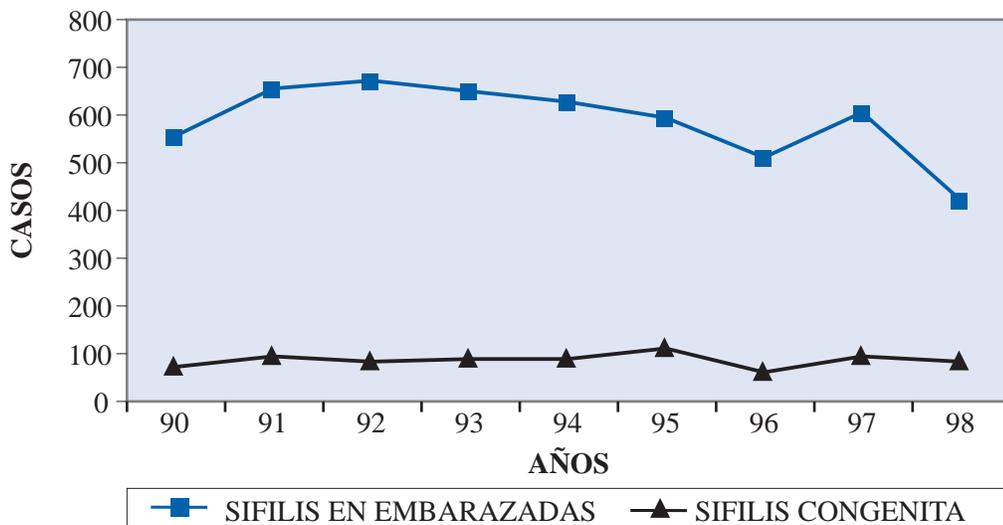


Tabla N°2
EVOLUCIÓN DE TOTAL DE PARTOS,
CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS EN EMBARAZADAS
Y SÍFILIS CONGÉNITA EN CHILE 1990 - 1997

AÑO	TOTAL DE PARTOS	SIFILIS EN EMBARAZADAS	SIFILIS CONGÉNITA	TASA POR 1000 NVC
1990	323912	558	73	0.23
1991	317793	655	93	0.31
1992	309341	675	86	0.29
1993	303905	650	89	0.30
1994	301955	628	90	0.31
1995	289273	592	109	0.38
1996	292739	509	63	0.22
1997	301872	604	95	0.34
1998	300258*	420	85	0.31

Fuente: RMC 14 Ministerio de Salud. * Cifra estimada

GONORREA

La vigilancia epidemiológica de esta enfermedad se inició en 1981, la notificación de casos se hace en el mismo instrumento usado para Sífilis. A partir de 1989 esta enfermedad muestra un descenso sostenido de las tasas, el que se mantiene en 1998 último año en que se dispone de información, con una tasa de 15,3 por 100.000 habitantes y 2.264 casos en total.

En cuanto a edades, se observa una situación similar a Sífilis en que las

edades con tasas más elevadas se sitúan entre los 15 a 54 años. En relación a sexo las tasas de incidencia en hombres han triplicado la de mujeres en los últimos 5 años, en 1998 la razón hombre mujer es de 2,8:1, esto puede explicarse por las diferencias que se observan en el cuadro clínico de esta patología, en que en el caso de los hombres presenta síntomas que lo llevan a consultar a diferencia de las mujeres en que, en la mayoría de los casos es asintomática.

Grafico N° 4
TENDENCIA GONORREA - CHILE 1981 – 1998

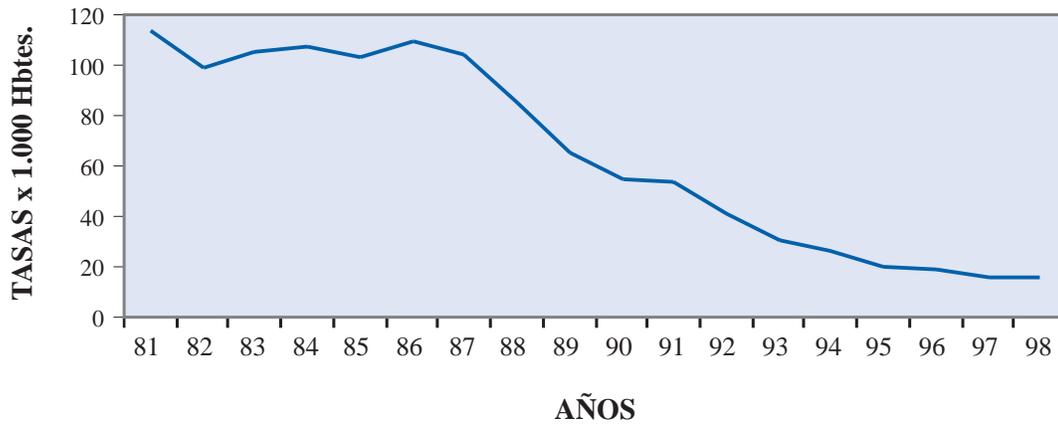


Tabla N° 3
CASOS Y TASAS DE GONORREA - CHILE 1981 – 1998

Años	N° Casos	Tasas	Años	N° Casos	Tasas
1981	12836	113.7	1990	7277	55.2
1982	11413	99.4	1991	7176	53.9
1983	12289	105.2	1992	5554	41.0
1984	12758	107.4	1993	4205	30.5
1985	12400	102.7	1994	3664	26.2
1986	13525	109.7	1995	2886	20.3
1987	13066	104.2	1996	2688	18.6
1988	10809	84.8	1997	2318	15.8
1989	8411	64.9	1998	2264	15.3

Tasas x 100.000 Habitantes

OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

En cuanto a otras enfermedades de transmisión sexual la notificación es mínima, aún cuando el Linfogramuloma venéreo, la Uretritis no gonocócica y el Herpes genital son de notificación obligatoria, la subnotificación de ellas puede

de estar relacionada con la inexistencia de una definición de casos apropiada y de insuficientes medios de apoyo al diagnóstico. Estos datos sólo son útiles para ilustrar la falta de notificación de estas patologías

Tabla N° 4
CASOS Y TASAS DE OTRAS ENFERMEDADES
DE TRANSMISION SEXUAL - CHILE 1994 – 1998

Patología	1994		1995		1996		1997		1998	
	Casos	Tasa								
Herpes genital	0	0	0	0	0	0	349	2.4	268	1.8
Condiloma acuminado	67	0.5	27	0.2	48	0.3	271	1.9	334	2.2
Chancro blando	3	0.02	4	0.03	9	0.06	6	0.04	5	0.03
Linfogramuloma venéreo	11	0.08	3	0.02	7	0.04	10	0.06	11	0.07
Uretritis no gonocócica	826	5.9	604	4.2	775	5.4	982	6.7	758	5.1

Tasas x 100.000 Habitantes

**CENTRO DE ENFERMEDADES
DE TRANSMISION SEXUAL**

DEFINICION

Es un centro especializado de nivel secundario, que puede operar en forma independiente o adosado a un Servicio Clínico, de preferencia Servicio de Dermatología.

Centro de referencia y consulta espontánea especializado en el manejo y control de Enfermedades de Transmisión Sexual, desarrolla sus actividades en el marco del Sistema Nacional de Servicios de Salud, pudiendo existir uno o más CETS en un Servicio de Salud.

En su calidad de centro especializado se constituye en el referente de los temas relacionados con el manejo y control de las ETS en el sector de salud público y privado del área geográfica correspondiente, por lo que debe mantener contacto permanente con las diferentes instancias relacionadas con las ETS en sus aspectos clínico, preventivo y social.

El desarrollo de sus actividades se regirá por las orientaciones generales que, para tal efecto, determine el Ministerio de Salud, de acuerdo a la legislación vigente, pudiendo ser diseñadas e implementadas estrategias propias de cada Servicio de Salud.

Los recursos con que cuenta el CETS corresponden a recursos propios o compartidos con la Unidad o Servicio Clínico en la cual desarrolla sus actividades, esto comprende los recursos físicos, humanos y de apoyo administrativo. Sólo se puede hacer excepción del arsenal farmacológico, para lo cual deben existir fármacos seleccionados para uso e indicación exclusiva de pacientes del CETS.

Por la naturaleza de sus acciones el CETS interviene en la salud sexual y reproductiva, la que debe ser considerada en el marco conceptual definido en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y ratificado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), que las define como *“la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de una infección ni de un embarazo no deseado, de poder regular la fecundidad sin riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos, de tener un embarazo y partos seguros, de tener y criar hijos saludables”*

ACTIVIDADES QUE DESARROLLA EL CETS

1. Consulta de morbilidad por Enfermedades de Transmisión Sexual.

Actividad realizada por médico destinada a diagnóstico y tratamiento de patologías de acuerdo a Normas Clínicas de Manejo de ETS. Consiste principalmente en la atención de pacientes que consultan espontáneamente en el CETS o son derivado por otros centros de atención como: Atención Primaria, otras especialidades, Urgencia, etc.

2. Control de salud sexual en trabajadoras y trabajadores sexuales

Actividad realizada por matrona, enfermera o enfermera-matrona.

Control de salud periódico en personas que ejercen el comercio sexual, dirigido hacia aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva y la mantención de condiciones saludables, con especial énfasis en la detección y tratamiento precoz de ETS.

Esta actividad se realiza solamente a personas que tengan mayoría de edad (18 años cumplidos).

Parte fundamental de esta actividad es la Consejería con información, orientación y apoyo que faciliten la gestión del riesgo de infección por ETS y VIH, además de fomentar el

autocuidado y la adherencia a los controles.

Registro

Se debe mantener registro actualizado de la historia y controles en ficha clínica y carné de control.

a) Ficha Clínica de Control de Salud Sexual

Se utiliza la “Ficha de Control de Salud Sexual”, donde se registra los antecedentes de ingreso, el resumen de los controles mensuales con resultado de los exámenes de laboratorio y derivaciones en caso que corresponda.

b) Carné de control

Es el documento que entrega el Servicio de Salud a la persona que se realiza el Control de Salud Sexual en el Centro de ETS. Acredita la asistencia a los controles de salud sexual y el cumplimiento de las citaciones correspondientes.

Este documento debe incluir:

- Nombre completo
- N° de cédula de identidad
- N° de registro interno (Servicio de Salud)
- Fecha de controles realizados
- Fecha del próximo control

En el caso de detectar alguna ETS se debe derivar a consulta de morbilidad para su manejo y tratamiento y fijar la

fecha del próximo control. En el siguiente control se verifica el cumplimiento de las indicaciones y, en el caso que corresponda, la resolución del cuadro.

La utilización de este documento debe realizarse de tal forma que promueva la adherencia a los controles y la coordinación entre los Servicios de Salud.

También es el instrumento para acreditar la asistencia a los controles de salud sexual ante eventuales requerimientos de la autoridad policial. (Artículo 12° Decreto 362 de 1983. Ministerio de Salud)

Las siguientes ETS requieren especial atención en cuanto a reforzar la consejería y medidas de prevención:

1. Sífilis primaria
2. Sífilis secundaria
3. Sífilis latente precoz
4. Gonorrea
5. Uretritis o cervicitis no gonocócica
6. Herpes genital (brote clínico)
7. Condiloma acuminado
8. Infección por VIH

Frecuencia: Mensual

Actividades principales:

1. Examen físico general
2. Examen de piel y mucosas
3. Examen ginecológico
4. Educación y consejería
5. Exámenes de laboratorio

Examen	Frecuencia
VDRL	2 meses
Flujo directo	2 meses
VIH	6 meses
Ag. Sup. HB	6 meses
Papanicolau	1 año

Todo paciente con alteración en examen físico y/o laboratorio que sospeche ETS debe ser derivada a consulta de morbilidad.

3. Centralizar y analizar información referente a exámenes de laboratorio en ETS y casos de ETS notificados al Servicio de Salud correspondiente.

4. Notificación de casos de ETS diagnosticados en el centro.

5. Realizar actividades de educación y consejería individual o grupal a pacientes atendidos o en control en el centro.

El contacto con personas, en la mayoría de los casos expresado como la atención de pacientes, es una de las principales actividades del CETS, por esta razón cada contacto es una oportunidad para ampliar la intervención sobre la patología específica hacia aspectos relacionados con la detección de otras patologías y las medidas de prevención

de las mismas. Esto se realiza en el marco de un proceso de orientación y apoyo personalizado que facilite la percepción de riesgo, la toma de decisiones frente a medidas preventivas y la adherencia a controles y tratamiento (Consejería).

La consejería y orientación es parte indispensable del manejo general de todo paciente con una ETS, las que deben realizarse desde el primer contacto, orientadas a enfatizar las condiciones y conductas que aumentan el riesgo de ETS, así como las actitudes y medidas de prevención necesarias.

El proceso de Consejería para ETS debe considerar:

- Facilitación de la percepción de riesgo de ETS hacia sí mismo.
- Facilitación de la percepción de riesgo de ETS hacia otros (transmisión secundaria).
- Entrega de información sobre medidas preventivas.
- Apoyo en el desarrollo de habilidades para la implementación de medidas preventivas.
- Apoyo en el aprendizaje del uso correcto del preservativo como barrera mecánica de prevención (demostración y devolución del procedimiento).
- Eventual derivación a redes de apoyo locales.

6. Realizar y apoyar actividades de promoción en salud sexual en la comunidad.

7. Capacitación del personal de salud en temas relacionados con las ETS y las actividades de prevención y control.

Esta capacitación esta especialmente dirigida a:

- Equipos de Salud de la Atención Primaria.
- Otros servicios de atención hospitalaria, especialmente Maternidad.
- Neonatología, Urología y Servicios de Urgencia.
- Instituciones de Salud del sector privado.

8. Citación de contactos de caso índice diagnosticado en el centro y casos detectados a través de exámenes de control (control de salud, banco de sangre, etc.)

9. Realizar investigación clínica, epidemiológica y sociológica en temas relacionados con ETS.

10. Docencia de pre y post grado de acuerdo a convenios con instituciones que, para tal efecto, convenga el Servicio de Salud.

RECURSOS HUMANOS

El Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual es una actividad que se realiza dentro de una Unidad asistencial o Servicio Clínico, por lo que el personal que realiza las actividades comparte funciones con la Unidad o Servicio en la cual se desempeña, como es el caso de médicos tratantes, auxiliar paramédico, administrativos, etc.

El personal que comparte funciones con otras Unidades asistenciales será determinado por cada CETS, de acuerdo a los recursos con que cuente y las condiciones locales.

Se recomienda destinar personal en forma prioritaria o exclusiva para CETS en las siguientes funciones:

1. Médico Encargado de Centro de ETS
2. Matrona o Enfermera
3. Auxiliar paramédico

1.- Encargado de Centro de ETS

Médico cirujano con experiencia en Salud Pública y manejo de Programas de Salud. De preferencia especialista en Dermatología y Venéreas, a falta de este especialista puede ser médico Gineco-Obstetra o Internista Infectólogo. Depende del Jefe de Servicio Clínico u otra Unidad donde funcione el CETS.

Funciones

- Es el responsable técnico de las actividades que realice el Centro de ETS, organizando y coordinando los recursos del Servicio Clínico u otra Unidad donde funcione el CETS para el cumplimiento de sus objetivos.
- Mantener coordinación permanente con la Unidad de Epidemiología del Servicio de Salud.
- Programación de las actividades del CETS.
- Atención directa.
 - Consulta de morbilidad
 - Actividades de consejería

2.- Matrona, Enfermera o Enfermera-Matrona del CETS

Profesional con experiencia en Salud Pública, manejo de programas de salud y conocimiento de ETS. Depende del Médico Encargado del CETS.

Funciones

- Realizar actividades de administración y coordinación del Programa de ETS.
- Coordinación con Servicio de Salud, otros Servicios Clínicos, Atención Primaria.
- Participar en la Programación de las actividades del CETS

- Atención directa
 - Controles de salud
 - Actividades de consejería
- Centralizar sistema de notificación de casos de ETS
- Citación de contactos
- Coordinación de Interconsultas y demanda de atención.

3.- Auxiliar Paramédico

Auxiliar Paramédico con preparación en ETS. Depende de la Matrona o Enfermera del CETS.

Funciones

- Apoyo en las actividades asistenciales y administrativas del CETS.
- Recepción de pacientes
- Mantención y organización de registros clínicos, epidemiológicos y de notificación.

RECURSOS FISICOS

El Centro de ETS debe contar con una planta física, mobiliario y equipamiento adecuado para el desempeño de sus funciones. Las actividades del CETS se pueden desarrollar en un recinto exclusivo para estos fines o compartir áreas y recursos físicos con el Servicio Clínico del cual dependa, debiendo privilegiarse algunas funciones y recursos para utilización exclusiva del CETS.

Se requiere destinación de planta física y recursos para uso exclusivo o preferente en la realización de algunas de las actividades del CETS como son la oficina de recepción de pacientes, sistema de registro, fichero y arsenal farmacológico.

Planta Física Básica

1. Sala de recepción de pacientes.

Adecuada para entrevista privada, registro y admisión a las actividades del CETS. Debe tener fácil acceso a los registros y comunicación con el equipo de profesionales del CETS.

Dimensiones:

Mínima de 6 mt²

Equipamiento:

- Escritorio 70 x 120 cm
- 4 sillas con respaldo

- 1 kardex con 4 cajones 45 x 70 x 130 cm.
- 1 estante con llave 90 x 35 x 146 cm
- 1 papelerero

2. Box de atención médica

Adecuado para realizar examen físico y ginecológico, con condiciones de buena iluminación y privacidad. Características y equipamiento similares a box de atención ginecológica de Consultorio General Urbano (C.G.U.)

Dimensiones:

Mínima de 12 mt²

Equipamiento:

- Mesa ginecológica con bandeja y escafo 60 x 190 x 90 cm
- 1 Piso giratorio
- 1 Lámpara tipo Burton
- 1 Escritorio clínico 2 cajones
- 2 Sillas
- 1 Biombo 3 cuerpos
- 1 Vitrina 150 x 60 x 40 cm con llave
- 1 Balde pedal
- 1 Perchero
- 1 Estante con 2 niveles contiguo a lavamanos
- 1 Papelerero
- 1 Recipiente con tapa acero inoxidable

3. Box de atención para Matrona o Enfermera

Adecuado para realizar examen físico y

ginecológico, con condiciones de buena iluminación y privacidad. Características y equipamiento similares a box de atención ginecológica de Consultorio General Urbano (C.G.U.)

Dimensiones:

Mínima 12 mt².

Equipamiento:

- Mesa ginecológica con bandeja y escabel 60 x 190 x 90 cm
- 1 Piso giratorio
- 1 Lámpara tipo Burton
- 1 Escritorio clínico 2 cajones
- 2 Sillas
- 1 Biombo 3 cuerpos
- 1 Vitrina 150 x 60 x 40 cm con llave
- 1 Balde pedal
- 1 Perchero
- 1 Estante con 2 niveles contiguo a lavamanos
- 1 Papelero
- 1 Recipiente con tapa acero inoxidable
- 1 Pesa adulto
- 1 Esfingomanómetro
- 1 Fonendoscopio

Instrumental (modificar de acuerdo a demanda local)

- 40 espéculos vaginales medianos
- 5 espéculos vaginales grandes
- 2 espéculos vaginal pequeño
- 2 espéculos virginal
- 2 anoscopios

4. Sala de educación

Adecuada para realizar sesiones educativas grupales dedicadas a los consultantes del CETTS, grupos de riesgo, otros funcionarios del Servicio de Salud, etc.

Dimensiones:

Mínimo 25 mt², de acuerdo a disponibilidad

Equipamiento:

- Pizarra blanca
- Mesa
- Equipos de apoyo audiovisual
 - Proyectora diapositivas
 - Retroproyectora
 - Televisor 20"
 - Videograbador
 - Sillas (mínimo 10)
 - Dildo y condones

5. Insumos Básicos

- Materiales de aseo y escritorio
- Materiales de toma de muestra y examen.
 - porta, cubreobjeto
 - tómulas de algodón
 - guantes de examen
- Impresos
 - a) Ficha clínica de enfermedades de transmisión sexual
 - b) Ficha de control de salud sexual
 - c) Carne de control de salud sexual

LABORATORIO

El CETS debe disponer de los exámenes de laboratorios necesarios para el estudio, diagnóstico y seguimiento de los casos de ETS. Esto puede realizarse con la toma y procesamiento de los exámenes en el CETS o bien en otro recinto, siempre que permita contar con los resultados en forma oportuna para la toma de decisiones en estas enfermedades.

Todo paciente con sospecha o confirmación de una ETS debe considerarse como un caso con mayor probabilidad de haber contraído cualquier otra ETS, independientemente de la que origina su consulta. **Se debe proponer la realización de VDRL o RPR y VIH a todo consultante ETS.**

Los exámenes básicos de laboratorio que requiere el CETS son:

1. Serología para Sífilis

- ▶ *Pruebas no treponémicas:*
 - VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)**
 - RPR (Rapid Plasma Reagin)**
- ▶ *Pruebas treponémicas:*
 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption)**
 - MHA-TP (Microhemagglutination assay for Antibody to Treponema Pallidum)**

2. Serología para VIH

3. Bacteriología

- ▶ Tinción de Gram
- ▶ Cultivo para *Neisseria gonorrhoeae*
- ▶ Cultivo corriente

4. Estudio de Flujo Directo.

5. Microscopía directa para Treponema.

- ▶ Microscopía de campo oscuro
- ▶ Inmunofluorescencia para Treponema (AFD)

Se debe asignar la función de **Coordinador de Laboratorio** a un funcionario que se desempeñe en el centro, el que es responsable de asegurar la disponibilidad de los recursos de apoyo de laboratorio: toma de muestras y procesamiento (o envío a laboratorio de referencia cuando corresponda), así como la recepción y distribución de los resultados de los exámenes solicitados.

El tiempo máximo de respuesta de los exámenes, desde el momento en que son solicitados en el CETS, hasta que se cuenta con el resultado es de 7 días. Se puede hacer excepción los Test treponémicos (FTA-Abs y MHA-TP), en los que el tiempo puede ser de **15 días** como máximo.

ARSENAL FARMACOLOGICO

El CETS debe contar con un arsenal farmacológico propio para el manejo de patologías específicas, el que debe ser conocido por el Jefe de Farmacia del Hospital respectivo, debiendo llevar un registro especial de los stock de estos fármacos.

Arsenal Farmacológico Básico

Fármaco	Presentación
Penicilina benzatina 2.400.000 unidades	Frasco ampolla
Ciprofloxacino 500 mgr.	Comprimidos
Doxiciclina 200 mgr.	Tabletas
Eritromicina 500 mgr.	Tabletas
Tetraciclina 500 mgr.	Cápsulas
Ceftriaxona 1 gr.	Frasco ampolla
Metronidazol 250 mgr.	Tabletas
Metronidazol 500 mgr.	Ovulos vaginales
Azitromicina 500 mgr.	Tabletas
Aciclovir 200 mgr.	Tabletas
Aciclovir 800 mgr.	Tabletas
Fluconazol 150 mgr.	Cápsulas
Bifonazol 1%	Crema
Clotrimazol 500 mgr.	Ovulos vaginales
Clotrimazol 100 mgr.	Ovulos vaginales
Espectinomomicina 2 gr.	Ampolla
Tintura de Podofilino al 30%	Solución
Acido Tricloroacético al 90%	Solución
Agua destilada 5 cc.	Ampollas

Mantenimiento de stock

Los stock de cada uno de estos fármacos deben ser definidos localmente siendo definido también “stock crítico”, que es la cantidad mínima de cada fármaco que se debe tener en existencia. Estas

cantidades se determinan localmente de acuerdo al volumen y perfil de consulta que atiende el CETS.

En cualquier situación se debe asegurar el despacho inmediato de los fármacos indicados.

MANEJO CLINICO TERAPEUTICO

SIFILIS

La Sífilis es una enfermedad sistémica causada por *Treponema pallidum*, bacilo Gram negativo largo, delgado y enrollado en forma helicoidal, espiral o sacacorchos. La infección natural es exclusiva del hombre.

La Sífilis ha sido dividida en manifestaciones precoces y tardías, cuyo límite se sitúa convencionalmente en **1 año**. Esta división tiene importancia epidemiológica por la posibilidad de transmisión de la enfermedad. Las lesiones cutáneo mucosas de las formas precoces son contagiosas y las manifestaciones de las formas tardías, no lo son. Siempre deben realizarse esfuerzos en precisar la etapa clínica para determinar tratamiento correcto, pronóstico y seguimiento correspondiente.

La evolución natural de la enfermedad tiene un curso variable en diferentes pacientes, un tercio de los infectados evolucionan espontáneamente hacia la recuperación total sin tratamiento, un tercio permanece en etapas latente de la

enfermedad que se evidencia solamente con test serológicos reactivos y en el tercio restante la enfermedad evoluciona hacia la etapa destructiva (Sífilis terciaria).

Clasificación general de los estados de la Sífilis

- **Sífilis Precoz**
 - Sífilis primaria
 - Sífilis secundaria
 - Sífilis latente precoz
- **Sífilis tardía**
 - Sífilis latente tardía
 - Sífilis terciaria
- **Neurosífilis**
- **Sífilis congénita**
 - Sífilis congénita precoz
 - Sífilis congénita latente
 - Sífilis congénita tardía

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LOS EXAMENES SEROLOGICOS PARA SIFILIS

Sensibilidad (%) según etapa clínica

Examen	Primaria	Secundaria	Latente precoz	Latente tardía
VDRL	80 (74-87)	100	80 (71-100)	71 (37-94)
RPR	86 (81-100)	100	80 (53-100)	73 (36-96)
FTA-Abs	98 (93-100)	100	100	96
MHA-TP	82 (69-90)	100	100	94

* en paréntesis resultados variables reportados

Especificidad (%)

Examen	%
VDRL	98
RPR	98
FTA-Abs	99
MHA-TP	99

2. Microscopía directa

► **Microscopía de campo oscuro:**

Consiste en la observación con microscopio de campo oscuro de exudado de la lesión primaria o de los condilomas planos, en búsqueda de espiroquetas móviles características.

El examen tiene una baja sensibilidad (20%) y depende en gran medida de la destreza del examinador, tiene poco valor.

Es un método que ofrece un diagnóstico instantáneo de la sífilis en las etapas primaria y secundaria. Sin embargo, para obtener resultados confiables se requieren condiciones técnicas apropiadas y un personal entrenado.

Cuando la muestra es extraída de una lesión en mucosa bucal pueden presentarse falsos positivos por la presencia de Treponemas saprófitos, excepto en recién nacidos.

► **Inmunofluorescencia:**

Examen de anticuerpo fluorescente directo (AFD) es una opción más práctica que la microscopía de campo oscuro, las muestras clínicas se fijan con metanol o acetona, se colorea con suero antitreponema marcado con fluoresceína y se examina en microscopio de inmunofluorescencia. El examen de laboratorio no requiere ser realizado de inmediato. El AFD elimina la confusión con otros organismos espirales.

ETAPAS CLINICAS DE LA SIFILIS

1. SIFILIS PRIMARIA

Estado de la infección por *Treponema pallidum* caracterizado por la aparición de uno o más chancros (ulcera indurada no dolorosa). El período de incubación es de 4 semanas (rango entre 9 y 90 días). La primera manifestación clínica aparece en el punto de inoculación (entrada) del *Treponema*, es una pequeña mácula que posteriormente se transforma en una pápula que se ulcera.

Chancro primario

Es una erosión o úlcera única, indolora, borde bien definido, base indurada, con secreción serosa en su superficie. La lesión primaria se asocia con adenopatía regional no dolorosa, única o múltiple. Sin tratamiento, el chancro se resuelve espontáneamente en 3 a 8 semanas.

La ubicación más frecuente del chancro primario en el hombre es el surco balanoprepucial, el glande y el cuerpo del pene. En la mujer, puede encontrarse en la vulva, ano, paredes vaginales o cuello uterino. Las localizaciones extragenitales se observan en labios y mucosa oral. El chancro primario puede evolucionar con serología no reactiva.

Laboratorio

- Test serológico no treponémico (V.D.R.L / R P R) reactivo

- Test serológico treponémico (FTA Abs / MHA-TP) reactivo
- Demostración de *Treponema pallidum* en una muestra clínica mediante microscopía directa.

Caso confirmado

- Caso clínico con confirmación de laboratorio y/o antecedente de contacto con caso confirmado.

2. SIFILIS SECUNDARIA

Estado de la infección por *Treponema pallidum*, que corresponde a la diseminación hematógena del agente y se manifiesta dentro de los 6 primeros meses después de la infección, habitualmente 6 a 8 semanas. En un 30% de los pacientes, la lesión primaria puede estar aún presente cuando aparecen las manifestaciones secundarias. El comienzo del período secundario se acompaña a menudo de síntomas generales similar a estado gripal como fiebre, cefalea y decaimiento, acompañado de un rash cutáneo o linfadenopatías generalizadas.

Las lesiones cutáneas más frecuentes de la sífilis secundaria pueden ser máculas, pápulas o lesiones pápulo escamosas, no pruriginosas, distribuidas simétricamente principalmente en tronco y extremidades. Es frecuente la localización palmo-plantar.

Lesiones en mucosas (Condilomas planos) localizadas en áreas húmedas y calientes como la región vulvar y perianal, se presentan como pápulas o nódulos húmedos, con olor característico y gran cantidad de treponemas en su superficie.

El compromiso del cuero cabelludo provoca caída del cabello con alopecia en parches. La linfadenopatía de la sífilis secundaria se caracteriza por ganglios pequeños, no dolorosos, generalizados.

Laboratorio

La serología es siempre reactiva

- Test serológicos no treponémicos (V.D.R.L / R.P.R) reactivos
- Test serológicos treponémicos (FTA Abs / MHA-TP) reactivos
- Demostración de *Treponema pallidum* en una muestra clínica mediante microscopía directa.

Caso confirmado

- Clínica compatible con sífilis secundaria y V.D.R.L reactivo con títulos mayores de 1/4
- Solo excepcionalmente se requiere demostración de *Treponema pallidum* en muestra de lesión

3.- SIFILIS LATENTE PRECOZ

Etapa con ausencia de signos clínicos

(sífilis latente), cuando la infección ha ocurrido en los 12 meses previos al diagnóstico.

Si el paciente sífilítico permanece sin tratamiento, todas las manifestaciones visibles de la enfermedad desaparecen gradualmente y el paciente pasará al estado de Sífilis Latente Precoz.

El diagnóstico se basa en los siguientes criterios:

- Serología no treponémica reactiva a títulos habitualmente altos
- Serología treponémica reactiva
- Ausencia de síntomas y signos de compromiso del SNC

No siempre es posible determinar el tiempo transcurrido desde la infección, por lo que se consideran como criterios de diagnóstico las siguientes situaciones:

- a) Síntomas concordantes con sífilis primaria o secundaria no tratada durante los últimos 12 meses.
- b) Contacto sexual en los últimos 12 meses con pareja que tuvo sífilis primaria o secundaria o probable sífilis latente precoz.

Laboratorio

- Test serológicos no treponémicos (VDRL / RPR) reactivos
- Test serológicos treponémicos (FTA-Abs / MHA-TP) reactivos

- Seroconversión o variación del test no treponémico (VDRL) en más de 2 diluciones durante los últimos 12 meses.

Caso confirmado

Caso clínico más confirmación de laboratorio

4. SIFILIS LATENTE TARDIA

Etapa con ausencia de signos clínicos (sífilis latente), cuando la infección inicial ha ocurrido en un tiempo mayor a 12 meses previos al diagnóstico. Esta etapa puede prolongarse por décadas (hasta 30 años) antes de presentarse manifestaciones de Sífilis terciaria. En esta etapa la enfermedad no es transmisible.

El diagnóstico se basa en los siguientes criterios:

- Serología no treponémica reactiva a títulos bajos (menos 1:4)
- Serología treponémica reactiva
- Ausencia de signos y síntomas de compromiso de sistema nervioso central (SNC), se recomienda confirmar con examen de Líquido céfalo-raquídeo (L.C.R) para descartar neurosífilis

Laboratorio

- Test serológicos no treponémicos (VDRL / RPR) reactivos

- Test serológicos treponémicos (FTA-Abs / MHA-TP) reactivos

Caso confirmado

Caso clínico más confirmación de laboratorio

5. SIFILIS TERCIARIA

La Sífilis terciaria es la etapa destructiva de la enfermedad, por lo general se desarrolla muchos años después de la infección primaria en pacientes no tratados o tratados inadecuadamente.

La Sífilis terciaria es diagnosticada con criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio (serología y radiografía de huesos largos para detectar gomas óseas).

En esta etapa la enfermedad no es transmisible y, los test serológicos treponémicos y no treponémicos están reactivos.

En las lesiones de Sífilis terciaria la presencia de Treponemas es rara y las lesiones destructivas son producto de una reacción de hipersensibilidad hacia los organismos infectantes.

Manifestaciones de la Sífilis Terciaria

- Sífilis cardiovascular
- Gomas cutáneos, mucoso y óseos

- **Sífilis Cardiovascular**

Compromiso de grandes vasos y válvulas cardiacas, se manifiesta por una aortitis que puede complicarse con estenosis coronaria, aneurisma e insuficiencia válvula aórtica.

- **Gomas Sifilíticas**

Lesiones granulomatosas son características de la Sífilis tardía y se presentan en la piel, en las mucosas y los huesos.

- **Gomas mucosas**

Comprometen la boca, paladar, faringe, laringe y tabique nasal, se ulceran quedando las lesiones con aspecto de sacabocado, puede haber destrucción de las estructuras óseas subyacentes.

- **Gomas óseas**

Lesiones difusas del periostio que comprometen con mayor frecuencia los huesos largos (borde anterior de la tibia). La radiología muestra un engrosamiento del periostio. La cicatrización con neoformación de hueso lleva a la formación de callos óseos irregulares y sensibles que, en ocasiones, pueden palpase. Las lesiones osteolíticas puede producir perforación del paladar duro o del tabique nasal, las lesiones en el cráneo se describen radiológicamente como “comido por gusanos”.

6. NEUROSIFILIS

Se puede manifestar en cualquiera de las etapas clínicas de la enfermedad y consiste en el compromiso del Sistema Nervioso Central (SNC) por *Treponema pallidum*. Se presenta clínicamente por: Sífilis Meningovascular, Tabes Dorsal, Parálisis General.

La neurosífilis puede ser asintomática, sin manifestaciones clínicas, pero con alteraciones en el Líquido Cefalorraquídeo. Es importante examinar el Líquido Céfaloraquídeo de todos los pacientes con sospecha de Sífilis Tardía, para descartar Neurosífilis.

- **Formas precoces** (menos de 1 año de evolución de la enfermedad)

- Sífilis meningovascular
- Meningitis sifilítica

- **Formas tardías**

(más de 1 año de evolución de la enfermedad)

- Tabes dorsal
- Parálisis general progresiva (PGP)

- **Sífilis Meningovascular:**

El compromiso de las arterias cerebrales semeja enfermedad cerebrovascular como accidente vascular encefálico o crisis isquémica transitoria (TIA).

- **Meningitis sifilítica:**

Se manifiesta como una meningitis leve, con cefalea, irritabilidad, paresia de nervios craneanos y alteraciones pupilares.

- **Tabes Dorsal:**

Alteración de la propiocepción y disminución de los reflejos tendinosos por compromiso de las raíces posteriores de la médula espinal. Se manifiesta con dolores agudos en extremidades inferiores denominados “terebrantes”, se caracteriza también por la presencia de “marcha tabética”.

- **Parálisis General**

Es un sutil cambio de la personalidad, con pérdida de memoria, irritabilidad y falta de concentración. Posteriormente puede presentarse

delirio de grandeza y síntomas maníacos, hasta llegar a la demencia. El examen físico puede revelar temblor de la lengua, labios y manos y desorientación. Pueden también aparecer reflejos alterados y otras formas de parálisis tales como incontinencia de orina y heces.

Laboratorio

Estudio de Líquido Cefalorraquídeo con:

- recuento celular
- determinación de globulinas
- proteínas totales
- VDRL

Alteraciones en LCR:

- 5 o más leucocitos por mm³
- aumento de globulinas
- aumento de las proteínas totales (más de 40 mgr. por 100 ml.)
- VDRL reactivo

TRATAMIENTO DE LA SIFILIS DE ACUERDO A ETAPA CLINICA

Sífilis primaria, Sífilis secundaria, Sífilis latente precoz

Medicamento	Dosis	Via	Frecuencia	Duración
Penicilina Benzatina	2.4 millones de unidades	Intramuscular	2 veces	2 semanas consecutivas
PACIENTES ALERGICOS A PENICILINA (EXCEPTO EMBARAZADAS)				
Tetraciclina	500 mgr.	Oral	cada 6 horas	15 días
Doxiciclina	100 mgr.	Oral	cada 12 horas	15 días

Sífilis latente tardía

Medicamento	Dosis	Via	Frecuencia	Duración
Penicilina Benzatina	2.4 millones de unidades	Intramuscular	1 vez a la semana	3 semanas consecutivas
PACIENTES ALERGICOS A PENICILINA (EXCEPTO EMBARAZADAS)				
Tetraciclina	500 mgr.	Oral	cada 6 horas	30 días consecutivos
Doxiciclina	100 mgr.	Oral	cada 12 horas	30 días consecutivos

Sífilis cardiovascular

Medicamento	Dosis	Via	Frecuencia	Duración
Penicilina Benzatina	2.4 millones de unidades	Intramuscular	1 vez a la semana	3 semanas consecutivas
PACIENTES ALERGICOS A PENICILINA (EXCEPTO EMBARAZADAS)				
Tetraciclina	500 mgr.	Oral	cada 6 horas	30 días consecutivos
Doxiciclina	100 mgr.	Oral	cada 12 horas	30 días consecutivos

Neurosífilis

Medicamento	Dosis	Via	Frecuencia	Duración
Penicilina Sódica	3 a 4 millones	Endovenoso	cada 4 horas	14 días consecutivos
PACIENTES ALERGICOS A PENICILINA (EXCEPTO EMBARAZADAS)				
Tetraciclina	500 mgr.	Oral	cada 6 horas	30 días consecutivos
Doxiciclina	100 mgr.	Oral	cada 12 horas	30 días consecutivos

SEGUIMIENTO SEROLÓGICO DE LA SIFILIS

Todo paciente tratado por Sífilis en cualquier etapa debe realizarse seguimiento serológico con examen de serología no treponémica cuantitativa (V.D.R.L) en los meses 1° - 3° - 6° y 12° post tratamiento.

Fracaso de tratamiento y/o recontagio se define según etapa como:

- Sífilis precoz:
 - Mantención o aumento de títulos.
- Sífilis tardía:
 - Aumento de títulos evidencia siempre reinfección

EVALUACION DE RESPUESTA A TRATAMIENTO

Paciente adecuadamente tratado se define como:

- Sífilis precoz:
 - Disminución de títulos en serología en dos o más diluciones.
- Sífilis tardía:
 - Por imposibilidad de evidenciar disminución de títulos se avalúa respuesta al tratamiento según evolución clínica.

REACCION DE JARISCH-HERXHEIMER

Reacción febril aguda que se presenta en algunos pacientes dentro de las horas posteriores al tratamiento de la Sífilis con penicilina. Se manifiesta en el 50% de los casos de Sífilis primaria, 90% en Sífilis secundaria, 25% en Sífilis latente precoz y poco frecuente en Sífilis latente tardía.

El mecanismo de producción no está bien definido, podría deberse a la

producción de endotoxinas, por la destrucción de gran cantidad de espiroquetas.

Se presenta 4 a 12 horas después de la primera dosis de Penicilina y manteniéndose por pocas horas y no se repite con tratamientos posteriores.

Los pacientes presentan decaimiento, fiebre leve a moderada con calofríos y rubor debido a vasodilatación periférica, las lesiones mucosas y cutáneas pueden exacerbarse y, a veces, un rash de Sífilis Secundaria puede hacerse presente por primera vez. Puede ocurrir esta reacción

posteriormente a un tratamiento antibiótico por otra causa, en pacientes portadores de una Sífilis no detectada.

Es conveniente advertir a los pacientes sobre la probabilidad de que presente esta reacción y que en ese caso deben reposar algunas horas.

Esta reacción no debe confundirse con una reacción adversa a la Penicilina.

La reacción de Herxheimer puede producir distress fetal y amenaza de parto prematuro.

SIFILIS EN EMBARAZO

El control de embarazo debe incluir consejería permanente para prevenir ETS y examen serológico de pesquisa para Sífilis mediante la realización de pruebas no treponémicas (R.P.R o V.D.R.L) en la embarazada, destinados a la detección precoz de sífilis para su tratamiento oportuno y seguimiento del caso con el fin de evitar el desarrollo y manifestación de una sífilis congénita en el recién nacido.

En el embarazo se deben realizar estudio de serología para sífilis (VDRL o RPR) de acuerdo al siguiente esquema:

Primer examen

En primer control de embarazo. Se debe asegurar la toma de muestra en esta instancia y evitar una citación diferida, por una eventual pérdida de continuidad de controles.

Segundo examen

A las 28 semanas de gestación. En caso de que el primer control de embarazo se realice después de las 24 semanas de gestación, se realizará el segundo examen serológico, al menos; con 8 semanas de diferencia, o al ingreso a maternidad si no hubiese sido realizado antes.

Tercer examen

Este examen serológico se realiza entre las 32 y 34 semanas en pacientes

seleccionadas previamente de acuerdo a evaluación de perfil de riesgo de embarazada y su pareja, según los siguientes criterios:

- Antecedentes de ETS previos
- Antecedentes de consumo y abuso de drogas y/o alcohol
- Más de una pareja en último año

Cuarto examen (en recién nacido)

Se realiza en el momento del parto obteniendo muestra de sangre del recién nacido desde cordón umbilical (serología de cordón).

Toda embarazada que tiene tomado sólo un examen serológico durante el control del embarazo, debe realizarse el segundo examen serológico al momento de ingresar a la Maternidad.

TRATAMIENTO DE LA SIFILIS DURANTE EL EMBARAZO

Toda embarazada con serología reactiva a cualquier título, debe recibir un tratamiento inicial en el lugar donde se realiza el control del embarazo con Penicilina benzatina en dosis de 2.400.000 unidades por vía intramuscular por una vez y ser derivada al Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual correspondiente para estudio de confirmación, etapa y completar tratamiento en caso necesario. Los contactos deben ser estudiados junto

con la embarazada para definir tratamiento en caso que corresponda.

Debe realizarse seguimiento serológico con V.D.R.L mensual hasta el parto para detectar una posible re-infección después del tratamiento.

Embarazadas no alérgicas a penicilina

Las mujeres embarazadas no alérgicas

a la Penicilina deben ser tratadas durante el embarazo, con los esquemas recomendados para los demás pacientes de acuerdo a la etapa de la enfermedad en que sean diagnosticados.

Embarazadas alérgicas a penicilina

En embarazadas alérgicas a Penicilina el tratamiento es Eritromicina de acuerdo a la etapa de la enfermedad en que sean diagnosticadas.

Sífilis primaria, Sífilis secundaria, Sífilis latente precoz

Medicamento	Dosis	Via	Frecuencia	Duración
Eritromicina estearato	500 mg.	Oral	cada 6 horas	15 días consecutivos

Sífilis latente tardía

Medicamento	Dosis	Via	Frecuencia	Duración
Eritromicina estearato	500 mg.	Oral	cada 6 horas	30 días consecutivos

Todo tratamiento de Sífilis en embarazada que se realice con medicamento diferente a Penicilina se considera, para efectos de prevención de Sífilis congénita, como “tratamiento inadecuado”

La Eritromicina no es efectiva para prevenir la Sífilis en el feto por tener un paso transplacentario pobre e irregular.

SIFILIS CONGENITA

Sífilis congénita es toda infección producida por el *Treponema pallidum* y que es adquirida por el feto por vía transplacentaria durante el período de gestación desde una madre con Sífilis no tratada o inadecuadamente tratada. Es una enfermedad multisistémica, y muchas veces el diagnóstico preciso es difícil por el paso de anticuerpos IgG maternos (treponémicos y no treponémicos) al feto, modificando los resultados serológicos en el recién nacido.

Los criterios generales para el diagnóstico de la sífilis congénita son los siguientes:

- Antecedentes de sífilis en la madre durante el embarazo
- Tipo de tratamiento, cumplimiento y seguimiento serológico a la madre durante el embarazo
- Criterios clínicos, laboratorio y radiológicos en el recién nacido
- Serología de la madre y el recién nacido

La severidad se relaciona con el momento en que la madre adquirió la infección y, por lo tanto con los estadios de infección materna que cursan durante el embarazo, la carga de *Treponemas* que infectan al feto y la oportunidad de la respuesta inmunológica de la madre.

a. Antes de la concepción o muy precozmente durante el embarazo:

La respuesta inmunológica humoral de la madre, disminuye la carga total de *Treponemas* que alcanzan al feto y, por lo tanto el daño fetal. Se presentan infecciones más leves o no se produce infección fetal.

b. Después del cuarto mes de embarazo:

El feto está expuesto a una espiroquetemia más alta. La respuesta inmunológica humoral de la madre, por iniciarse más tardíamente, no será suficiente para disminuir el daño fetal y puede derivar en muerte fetal intrauterina alrededor de la semana 20 de gestación o en enfermedad grave del recién nacido.

ETAPAS DE LA SIFILIS CONGENITA

1. Sífilis congénita precoz

La Sífilis Congénita Precoz se manifiesta hasta los dos primeros años de vida, se puede presentar como:

- Abortos
- Mortinatos
- Recién Nacidos con lesiones ampollares al nacer
- Lesiones cutáneas y mucosas a partir de las 2 a 10 semanas y hasta los 2 años de vida.

- a) Lesiones cutáneas:
Son similares a las de Sífilis Secundaria del adulto, agregándose las lesiones ampollares.
- b) Lesiones mucosas:
Producen descarga nasal abundante, los parches mucosos de la garganta producen faringitis y laringitis.
- c) Lesiones óseas:
Detectadas por radiografía. Caracterizada por osteocondritis y epifisitis, periostitis de las falanges proximales (dactilitis).
- d) Linfadenopatía generalizada y meningitis.
- e) Alteración de las curvas de crecimiento con retardo del crecimiento
Puede ser primer signo de una Sífilis Congénita Precoz.
- f) Anemia e Ictericia
- g) Hepato-esplenomegalia

2. Sífilis congénita tardía

Se manifiesta después de los dos años de vida. De la misma forma que en el adulto la Sífilis no tratada evoluciona a una etapa de latencia. Las manifestaciones de la Sífilis Congénita Tardía son similares a las de la enfermedad adquirida, incluyendo la formación de gomas y el desarrollo de neurosífilis, sin embargo, la Sífilis Cardiovascular es rara. Algunos casos pueden presentar secuelas como: Dientes de Hutchinson, molares de mora, perforación del paladar duro, nariz en silla de montar, tibias en “sable”,

opacidades corneales, atrofia óptica, sordera del octavo par, hidrartrosis (articulación de Clutton).

Laboratorio de apoyo en sífilis congénita

a) Test serológicos:

El hallazgo de test serológicos positivos al nacimiento puede deberse al traspaso pasivo de anticuerpos maternos y no deben ser considerados diagnóstico. Sin embargo, si no hay signos clínicos de la enfermedad, se debe realizar seguimiento serológico mensual al niño por un período de 6 meses, o hasta evidenciar disminución o negativización de los títulos.

Los hallazgos serológicos detectados en los casos de Sífilis Congénita Tardía, son esencialmente los mismos que los encontrados en los casos de Sífilis Tardía del adulto.

b) Microscopía directa:

Confirma la presencia de espiroquetas en lesiones cutáneas y mucosas.

En mucosa oral la presencia de espiroquetas es diagnóstica sólo en menores de 6 meses, posteriormente se desarrollan espiroquetas saprófitas en la mucosa oral.

c) Radiografía de huesos largos

d) Examen de líquido cefalorraquídeo (LCR)

Aunque no existan evidencias clínicas ni de laboratorio de la presencia de infección en los Recién Nacidos hijos de madres con Sífilis no tratada, deben presumirse infectados y ser tratados.

MANEJO CLINICO DE LA SIFILIS CONGENITA

QUIEN DEBE ESTUDIARSE:

Debe realizarse estudio completo a todos los recién nacidos cuyas madres seropositivas presentan las siguientes características:

- Madres con sífilis no tratada: El hallazgo de un VDRL reactivo en el Recién Nacido obliga a efectuar VDRL a la madre. Esta puede ser la instancia para efectuar el diagnóstico de Sífilis a la madre.
- Madres que hayan sido tratadas menos de un mes antes del parto
- Madres que hayan sido tratadas con otro antibiótico que no sea penicilina
- Madres con tratamiento incompleto antes del parto
- Madres que no hayan presentado el descenso esperado en los títulos de anticuerpos después de haber sido tratadas
- Madres tratadas pero cuyo seguimiento serológico durante el embarazo haya sido insuficiente para

comprobar la actividad de la enfermedad.

Ningún Recién Nacido con VDRL positivo debe ser dado de alta sin conocer el estado serológico de la madre.

EVALUACION DEL RECIEN NACIDO

La evaluación clínica y de laboratorio de los recién nacidos de las madres antes descritas incluye:

- Examen físico completo para determinar la existencia de manifestaciones clínicas de Sífilis congénita precoz.
- VDRL en sangre y LCR
- Análisis de LCR (estudio citoquímico)
- Radiografía de huesos largos
- Hemograma y Recuento de plaquetas
- Exámenes de función hepática y renal de acuerdo a la clínica.

DECISIONES TERAPEUTICAS

Debe tratarse a todos los recién nacidos que presenten:

- Cualquier evidencia de enfermedad activa (examen físico, radiografías, etc.)
- VDRL reactivo en LCR
- Hallazgos anormales en el LCR (recuento de leucocitos mayor de 5 por mm³ o más de 50 mg de proteínas por dl, independiente del resultado de la serología del LCR)
- Títulos de anticuerpos (VDRL) en sangre mayor en dos diluciones o más de los maternos.

A pesar de que la evaluación sea normal, debe ser tratado todo Recién Nacido cuya madre:

1. Tiene una Sífilis que no fue tratada durante el embarazo
2. Tiene evidencia de recaída o reinfección
3. Sífilis tratada con Eritromicina u otro antibiótico que no sea Penicilina
4. Sífilis tratada menos de un mes antes del parto
5. No tiene historia bien documentada de tratamiento

6. Fue tratada por sífilis durante el embarazo pero los títulos de anticuerpos no han bajado lo esperado (al menos 2 diluciones).
7. Fue tratada apropiadamente durante el embarazo pero tiene seguimiento serológico insuficiente para asegurar adecuada respuesta.

Para los casos mencionados en los puntos 5, 6 y 7 realizar control serológico de la madre y el niño al mes, antes de decidir el tratamiento. Si esto no es posible: TRATAR AL NIÑO

En el período inmediatamente después del nacimiento, es difícil la interpretación del estudio del LCR, los valores normales varían según la edad de gestación y son más elevados en los niños prematuros.

Frente a un Recién Nacido seropositivo con sospecha de una Sífilis Congénita, debe ser tratado si los resultados de las pruebas no pueden descartar la infección.

TRATAMIENTO DE LA SIFILIS CONGENITA

La Penicilina es el tratamiento de elección, la Penicilina benzatina no produce niveles de droga detectables en líquido cefalorraquídeo por lo que no es adecuada en Sífilis congénita por el

compromiso del SNC. El tratamiento de elección debe ser siempre Penicilina sódica en las siguientes dosis: (de acuerdo a la edad del recién nacido al momento del diagnóstico)

Edad	Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
0 - 7 días	Penicilina sódica	100.000 unidades por kilo de peso.	Endovenosa	Cada 12 horas	10 a 14 días
8 - 28 días	Penicilina sódica	150.000 unidades por kilo de peso.	Endovenosa	Cada 8 horas	10 a 14 días
> de 28 días	Penicilina sódica	200.000 - 300.000 unidades por kilo de peso.	Endovenosa	Cada 4 o 6 horas	10 a 14 días

SEGUIMIENTO DE CASOS DE SIFILIS CONGENITA

- Efectuar seguimiento serológico a todos los niños seropositivos para Sífilis al mes, 2, 3, 6 y 12 meses de edad.
- Si no existe infección, los títulos de anticuerpos que adquiere el RN en forma pasiva a través de la placenta, deben haber disminuido a los 3 meses de edad y desaparecido a los 6 meses sin tratamiento.
- Si los títulos son estables o han aumentado, debe volverse a examinar e indicar el tratamiento correspondiente.
- Los niños con LCR alterado en la

evaluación inicial deben ser controlados con LCR a los 6 meses para certificar que el examen citoquímico se ha normalizado y el VDRL no está reactivo. Si persiste alguna alteración **repetir el tratamiento**

La presencia de anticuerpos treponémicos positivos después de un año en el seguimiento de un niño con sospecha de sífilis congénita confirma, en forma retrospectiva, el diagnóstico de SIFILIS CONGENITA

TRATAMIENTO DE NIÑOS DE MAYOR EDAD

Todo niño con diagnóstico o sospecha de Sífilis después del período neonatal, se debe considerar la posibilidad de una **Sífilis adquirida**.

El tratamiento se debe realizar con Penicilina benzatina según el peso del niño. En caso de sospecha o confirmación de compromiso neurológico se debe tratar con esquema de Sífilis congénita.

NIÑOS CON SIFILIS ADQUIRIDA Y EXAMEN NEUROLOGICO NORMAL				
Medicamento	Dosis	Via	Frecuencia	Duración
Penicilina benzatina *	50.000 unidades por kilo de peso	Intramuscular	1 vez por semana	2 semanas consecutivas
NIÑOS CON SIFILIS (CONGENITA O ADQUIRIDA) Y NEUROSIFILIS (SOSPECHA O CONFIRMADA)				
Penicilina sódica	200.000 a 300.000 unidades por kilo de peso al día	Endovenosa	Cada 4 o 6 horas	10 a 14 días

*si el peso corporal lo permite, tratar con las dosis indicadas para el adulto

SIFILIS EN PACIENTES VIH-SIDA

Todo paciente con diagnóstico de Sífilis cuyo mecanismo de transmisión sea la vía sexual debe proponersele la realización de pruebas para detección de infección por VIH.

Las manifestaciones neurológicas en pacientes infectados con el VIH pueden deberse a una Neurosífilis no diagnosticada.

Todo paciente con VIH-SIDA y Sífilis en cualquier etapa debe realizarse estudio de Líquido Ceforraquideo (L.C.R) para descartar neurosífilis.

TRATAMIENTO DE LA SIFILIS EN PACIENTES VIH

Esquemas terapéuticos son iguales a pacientes no VIH-SIDA en las diferentes etapas de la Sífilis.

SEGUIMIENTO

Efectuar seguimiento clínico a todos los pacientes con Sífilis, portadores de VIH. Realizar pruebas serológicas cuantitativas (VDRL) 3, 6, 9 y 24 meses post tratamiento, para determinar respuesta terapéutica.

GONORREA

La Gonorrea es una enfermedad causada por la *Neisseria gonorrhoeae*, diplococo Gram negativo, que infecta diferentes tipos de mucosa, de preferencia la uretra en el hombre (uretritis) y cuello uterino en la mujer (cervicitis). Otras ubicaciones son: rectal y conjuntival y faríngea.

La infección produce supuración aguda de la mucosa que puede llevar a invasión tisular, inflamación crónica y fibrosis, en estos casos se desarrollan complicaciones locales manifestándose de acuerdo al sexo del paciente.

En hombres

- Epididimitis
- Estrechez uretral
- Prostatitis aguda

En mujeres

Enfermedad inflamatoria pelviana que puede dejar como secuela infertilidad.

Las complicaciones sistémicas son poco frecuentes y la infección gonocócica diseminada puede ocurrir en ambos sexos. La más frecuente es la artritis gonocócica (rodillas, tobillos y muñecas) que puede estar asociada con una erupción cutánea hemorrágica o necrótica y fiebre, es más frecuente en mujeres.

Manifestaciones clínicas

La principal manifestación clínica es la secreción uretral purulenta o mucopurulenta en el hombre y cervical en la mujer. Tiene un periodo de incubación de 3 a 5 días (rango de 1 a 20 días). Existen portadores asintomáticos de *Neisseria gonorrhoeae*, especialmente en mujeres. El periodo de transmisibilidad puede durar meses o años, especialmente en los casos asintomáticos. El tratamiento adecuado interrumpe la transmisibilidad en solo horas.

En hombres

Descarga uretral purulenta abundante, con disuria y aumento de la frecuencia miccional (**uretritis gonocócica**). La infección puede ser autolimitada o pasar a estado de portador asintomático, con la presencia de gonococos limitada a la uretra anterior.

En mujeres

La infección es asintomática en la mayoría de los casos. Las pacientes pueden presentar disuria y descarga vaginal que al examen se ve proveniente del cuello uterino (**cervicitis gonocócica**). Hasta en un 20% de los casos puede haber invasión uterina en los primeros meses post infección, con síntomas de endometritis, salpingitis o peritonitis pélvica.

Otras manifestaciones:

● **Proctitis**, es generalmente asintomática en ambos sexos, pero puede aparecer descarga rectal, ardor rectal o irritación perianal persistente.

● **Faringitis gonocócica**, se puede presentar con odinofagia y al examen se encuentra exudado mucopurulento escaso.

● **Conjuntivitis gonocócica:**

En el recién nacido (oftalmia neonatorum), y en adultos se presenta edema de los párpados, quemosis y secreción purulenta abundante. El período de incubación es corto (1 a 4 días) y sin tratamiento conduce a una ceguera secundaria por ulceración corneal.

● **La oftalmia gonocócica neonatal** es la complicación más importante de la gonorrea en el embarazo. Sin la realización de medidas profilácticas tiene una transmisibilidad de 30% al 50% hacia los recién nacidos de madres con gonorrea en el momento del parto (parto vaginal). Se presenta de uno a trece días después del parto, casi siempre es bilateral caracterizado por edema e hiperemia purulento de conjuntiva y párpados. Sin tratamiento evoluciona a edema, opacidad y ulcera corneal hacia la segunda o tercera semana con un

riesgo alto de ceguera. El tratamiento oportuno produce una mejoría en las primeras 24 horas.

La prevención de oftalmía gonocócica se realiza con la aplicación local de ungüento de cloranfenicol por una vez en el saco conjuntival en todo recién nacido.

Laboratorio

En hombres

La presencia de diplococos Gram-negativos intracelulares en secreción uretral o conjuntival es evidencia suficiente de infección gonocócica.

El hallazgo de diplococos Gram-negativos extracelulares hace sospechar la presencia de infección gonocócica. Estos casos requieren confirmación con cultivo en medio selectivo (Ej. Thayer Martin)

En mujeres

Diagnóstico requiere cultivo de secreción endocervical en medio selectivo.

La tinción de Gram no tiene sensibilidad para el diagnóstico.

El estudio de secreción rectal en hombres y mujeres requiere siempre confirmación con cultivo en medio selectivo.

TRATAMIENTO

Consideraciones generales

La sensibilidad de las cepas de gonococos a diferentes antibióticos es materia de permanente revisión, por lo

que todo esquema de tratamiento propuesto requiere ser reactualizado de acuerdo a la información nacional e internacional disponible.

Tratamiento gonorrea genital y rectal no complicada (alternativas)

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Ciprofloxacino	500 mgr.	Oral	Dosis única	-----
Azitromicina	1 gramo	Oral	Dosis única	-----
Espectinomicina	2 gramos	Intramuscular	Dosis única	-----
Ceftriaxona	250 mgr.	Intramuscular	Dosis única	-----

Tratamiento gonorrea genital y rectal en embarazadas (alternativas)

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Espectinomicina	2 gramos	Intramuscular	Dosis única	-----
Ceftriaxona	250 mgr.	Intramuscular	Dosis única	-----
Azitromicina	1 gramo	Oral	Dosis única	-----

URETRITIS NO GONOCOCICA

La Uretritis no gonocócica (UNG) es un síndrome clínico causado por diversos agentes patógenos, siendo la principal etiología la *Chlamydia trachomatis*, el segundo agente en frecuencia es el *Ureaplasma urealyticum* (10 a 20% de los casos de UNG), otros agentes se presentan con mucho menor frecuencia. Aunque en muchos casos puede existir etiología múltiple se recomienda solo hacer estudio específico dirigido a detectar *Chlamydia trachomatis*. En muchos casos no es posible demostrar presencia de microorganismos a pesar de realizar estudio específico, los que se ha visto que igualmente responden al tratamiento antibiótico.

Agentes etiológicos de UNG:

- *Chlamydia trachomatis* (más frecuente)
- *Ureaplasma urealyticum* (segunda frecuencia)
- *Mycoplasma genitalium* (raro)
- *Trichomonas vaginalis* (raro)
- *Virus herpes simplex* (raro)

Manifestaciones clínicas

Los hallazgos clínicos son similares a la gonorrea aguda: descarga uretral en hombres y/o cervical en la mujer, pero de menor intensidad, la secreción es más escasa, mucosa y de aspecto claro, en algunos casos puede ser asintomática,

especialmente en mujeres. El período de incubación es de 1 a 3 semanas.

Puede existir asociación de UNG y Gonorrea hasta en un 40% de los casos, lo que se debe tener presente cuando se realiza tratamiento en cualquiera de estas patologías

Complicaciones de la UNG causada por *Chlamydia trachomatis*:

En hombres

- Epididimitis
- Estrechez uretral
- Síndrome de Reiter (uretritis, conjuntivitis y artritis)

En mujeres

- Cervicitis
- Salpingitis

La *Chlamydia trachomatis* puede producir conjuntivitis tanto en adultos como en recién nacidos.

Laboratorio

- - Tinción de Gram
Polimorfonucleares con ausencia de diplococos Gram negativos intracelulares.
- - Cultivo de secreción
Negativo para *Neisseria gonorrhoeae*
- - Estudios para diagnóstico etiológico, se recomienda sólo para Chlamydias
 - Inmunofluorescencia para Chlamydias

**Tratamiento uretritis, endocervicitis, proctitis por Chlamydia trachomatis
(alternativas)**

Medicamento	Dosis	Via	Frecuencia	Duración
Azitromicina	1 gramo	Oral	Dosis única	-----
Doxiciclina	100 mgr.	Oral	Cada 12 horas	Por 7 días
MUJERES EMBARAZADAS O EN PERIODO DE LACTANCIA				
Azitromicina	1 gramo	Oral	Dosis única	-----
Eritromicina	500 mgr.	Oral	cada 6 horas	Por 7 días

TRICOMONIASIS

Infección causada por *Trichomonas vaginalis*, protozoo flagelado con forma de pera, con 3 a 5 flagelos anteriores y una membrana ondulante lateral. Mide 10 x 7 micrones (puede variar de 5 a 30 micrones de longitud y 2 a 14 micrones de ancho). Existen *Trichomonas* no patógenas las que no se distinguen fácilmente de la *Trichomonas vaginalis*, estas corresponden a *Trichomonas hominis* (intestino) y *Trichomonas tenax* (boca), ambas comensales.

Las alteraciones locales de la mucosa vaginal como pH e integridad de la flora bacteriana comensal son factores que determinan la patogenicidad. La *Trichomonas vaginalis* no sobreviven en el pH normal de la vagina (3.8-4.4).

Manifestaciones clínicas

En mujeres

Produce vaginitis y en menor grado cistitis, algunos casos pueden ser asintomáticos.

La vaginitis causada por *Trichomonas vaginalis* puede ser leve, con descarga en cantidad variable (escasa, o muy severa), blanca o amarillo verdosa, de mal olor con presencia de burbujas de aire e inflamación y excoriación de la vulva.

En hombres

La mayoría de los hombres infectados son asintomáticos. Las manifestaciones más frecuentes son uretritis y balanitis. La uretritis es leve y a menudo transitoria, con secreción uretral escasa, con aspecto de una película húmeda en el meato urinario, especialmente en la mañana y períodos intermitentes de irritación uretral. Sólo excepcionalmente la secreción puede ser abundante y de aspecto purulento.

Laboratorio

Examen microscópico directo de secreción vaginal o uretral, con la observación del protozoo causal.

Tratamiento tricomoniasis (alternativas)

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Metronidazol	2 gramos	Oral	Dosis única	-----
Metronidazol	500 mgr.	Oral	Cada 12 horas	Por 7 días

*Metronidazol está contraindicado en el primer trimestre de embarazo.

VAGINOSIS BACTERIANA

Síndrome clínico caracterizado por flujo vaginal determinado por alteración de las condiciones fisiológicas del equilibrio microbiológico de la vagina, asociado a alteración de la flora normal con disminución de los lactobacilos acidófilos. No está bien definido el rol patológico de la *Gardnerella vaginalis* en este cuadro, en muchos casos es posible obtener *Gardnerella* en cultivos de flujo vaginal, en asociación con ciertas bacterias anaerobias (*Bacteroides* spp, *Mobiluncus* spp y Cocos anaerobios Gram positivos) y, ocasionalmente, *Mycoplasma hominis*.

Es la causa más frecuente de flujo vaginal. Ha sido conocida también como “Vaginosis asociada a *Gardnerella*” o “Vaginitis Inespecífica”.

Manifestaciones clínicas

Secreción vaginal adherente, homogénea, grisácea de olor característico “a pescado”, generalmente no se asocia con prurito, disuria o dispareunia.

La secreción puede ser escasa o abundante.

Laboratorio

Examen directo de flujo vaginal (examen directo al fresco), macroscópico y microscópico que cumpla con, al menos tres de las siguientes características:

- Flujo adherente, blanco, grisáceo y homogéneo.
- pH mayor de 4.5
- Test de amina positivo. Consiste en la adición de una gota de hidróxido de potasio al 10% sobre una muestra de secreción vaginal en un portaobjeto, con liberación de un olor característico a pescado.
- Presencia de Clue Cell (células clave). Las “Clue cells” son células epiteliales vaginales cubiertas por bacilos cortos, adheridos a ellas visualizándose los bordes oscuros.

Tratamiento vaginosis bacteriana (alternativas)

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Metronidazol	500 mgr.	Oral	Dosis única	-----
Metronidazol	2 gramos	Oral	Cada 12 horas	Por 7 días

Metronidazol está contraindicado en el primer trimestre del embarazo.

CANDIDIASIS GENITAL

Infección genital causada por *Cándida albicans* y, ocasionalmente por otras *Cándidas* sp. *Cándida albicans* es una levadura oval que produce un pseudomicelio en los tejidos y exudados. En los frotis se observa como una levadura en gemación, Gram positiva, de 2 a 3 x 4 a 6 micrones, células alargadas en gemación, Gram negativas, en cadenas (pseudohifas), o hifas verdaderas.

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

Mujeres

Se estima que un 75% de las mujeres tiene, al menos, un episodio de vulvovaginitis candidiásica (VVC) y un 40-45% presentan dos o más episodios, menos de un 5% de las mujeres presentan vulvovaginitis recurrente (VVCR), definida como cuatro o más episodios por año.

En la mayoría de los casos la VVC no es adquirida por contacto sexual. Las mujeres adquieren la infección desde el intestino, donde *Cándida albicans* es un comensal habitual.

Los recién nacidos hijos de madres infectadas, pueden desarrollar candidiasis oral o genital.

Clínicamente se presenta como flujo vaginal blanco grumoso, sin mal olor,

acompañado de disuria, prurito, eritema y edema vulvar.

Hombres

Se presenta como balanitis candidiásica (BC) y menos frecuentemente, uretritis. Las infecciones genitales en hombres son generalmente adquiridas sexualmente, aunque sólo un pequeño porcentaje de parejas de mujeres con VVC presentan balanitis.

La mayor parte de los hombres presenta una infección asintomática, aunque se puede manifestar como eritema balanoprepucial, secreción blanca grumosa y prurito, desde una intensidad leve hasta intensa irritación y edema del glande.

La Candidiasis genital se encuentra asociada a condiciones como:

- Embarazo
- Diabetes mellitus
- Uso de antibióticos de amplio espectro
- Uso de corticoides y drogas inmunosupresoras
- Anemia perniciosa
- SIDA

Laboratorio

- Examen microscópico directo de flujo
- Observación de abundantes levaduras y pseudohifas
- Cultivo de secreción

Tratamiento candidiasis genital (alternativas)

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Fluconazol	150 mgr.	Oral	Dosis única	-----
Clotrimazol	500 mgr.	Intravaginal	Dosis única	-----
Clotrimazol	200 mgr.	Intravaginal	Diaria	Por 3 días

CONDILOMAS ACUMINADOS (Verrugas genitales)

Infección causada por ciertos tipos de Virus papiloma humano (VPH), estos virus tienen un marcado tropismo por células epiteliales, más de 20 tipos de VPH pueden infectar la región genital. La mayor parte de las verrugas genitales y anales son causadas por los tipos 6 y 11. Los tipos 16, 18, 31, 33 y 35, están fuertemente asociados a diversos grados de displasia de epitelios ano-genital como carcinoma in situ de células escamosas, enfermedad de Bowen genital y tumores genitales como cáncer cervicouterino, cáncer vulvar y cáncer de pene.

Manifestaciones clínicas:

La mayoría de las infecciones por VPH son asintomáticas, subclínicas o no detectables.

Comienzan como pápulas rosadas o rojas del tamaño de la cabeza de un alfiler, que crecen con proliferaciones filiformes en su superficie que le dan un aspecto de coliflor.

La ubicación depende del sitio de inoculación, con un período de incubación que varía de 1 a 6 meses, se desarrollan en superficies húmedas como debajo del prepucio, meato urinario y uretra en hombres y en la

vulva, paredes vaginales y cuello uterino en mujeres.

A todas las mujeres con verrugas ano genitales debe efectuársele examen de Papanicolaou anual y biopsia en todos los casos de verrugas persistentes, atípicas o pigmentadas.

La tasa de transmisión perinatal es aparentemente baja, por lo que no está indicada la operación cesárea electiva como prevención, excepto en caso de obstrucción del canal del parto por condiloma gigante.

La presencia de Condilomas acuminados en niños, debe hacer sospechar abuso sexual y deben efectuarse exámenes para detección de otras ETS. Sin embargo, la presencia de VPH en las manos de el o los adultos que tienen a su cuidado al niño, puede ser el origen del contagio de la enfermedad por el contacto habitual con el niño, sin constituir, necesariamente, “abuso sexual”.

El diagnóstico se basa en la clínica, por el aspecto típico de las lesiones, si existe duda diagnóstica puede realizarse biopsia de la lesión.

TRATAMIENTO

Verrugas genitales externas, vaginales, perianales y anales

I.-Tratamientos químicos:

1. Podofilino al 10% - 30% en solución alcohólica:

- Aplicación local por profesional médico, matrona o enfermera.
- Repetir el tratamiento semanalmente hasta la desaparición de las lesiones.
- Los condilomas genitales externos y perianales deben lavarse profusamente con agua corriente 1 a 2 horas después de la aplicación.
- El Podofilino aplicado a las lesiones de la mucosa vaginal o anal debe dejarse secar antes de retirar el espéculo o el anoscopio.
- Grandes cantidades de Podofilino presentan peligro de absorción y toxicidad.

- Su uso durante el embarazo y la lactancia está contraindicado.

2.- Podofilotoxina al 0.5%

- Aplicación local por el paciente dos veces por día por 4 días.
- La Podofilotoxina es uno de los componentes activos de la resina de

Podofilina. Su eficacia es similar al Podofilino, pero causa menos toxicidad local.

3. Acido Tricloroacético al 80% - 90%:

- Aplicación local por médico sobre las lesiones.
- Repetir su aplicación a intervalos semanales, hasta la desaparición de las lesiones.
- Es tratamiento de elección durante el embarazo.

II.-Tratamientos físicos:

1. Crioterapia (nitrógeno líquido)
2. Electrocirugía
3. Extirpación quirúrgica
4. Láser

III.-Seguimiento:

La recurrencia de las lesiones aparecen dentro de los primeros 3 meses post tratamiento, todo paciente tratado y con resolución clínica de las lesiones debe instruirse para la observación (autoexamen) y citar para control de alta definitiva en 3 meses.

Las mujeres con condilomatosis genital tratada deben realizarse un control periódico de Papanicolau con la misma frecuencia recomendada para las mujeres no infectadas.

HERPES GENITAL

Es una infección viral recurrente causada por el virus Herpes simple (Herpesvirus hominis), del cual han sido identificados 2 serotipos:

- El VHS 1 se encuentra más frecuentemente en Herpes labial.
- El VHS 2 se encuentra más frecuentemente en Herpes genital.

La infección por virus herpes se caracteriza por presentar un episodio agudo inicial (primoinfección) seguidos por períodos de latencia y posteriores reactivaciones (recurrencias) con frecuencia e intensidad variable.

Primoinfección:

Por contactos sexuales oro-genitales, algunas infecciones genitales son causadas por VHS 1.

El Herpes genital se transmite por contacto genital u oro-genital y su período de incubación varía de 2 a 20 días, (promedio 7 días) la excreción viral desde las vesículas persiste por tres semanas.

El virus penetra a través de microabrasiones de la piel o mucosas, se inicia con un pródromo característico de prurito y ardor, asociados a una placa eritematosa localizada, posteriormente aparecen vesículas de 1 a 3 mm. de diámetro, se presenta con fiebre,

decaimiento y linfadenopatía regional. La ruptura de estas vesículas provoca la formación de úlceras superficiales dolorosas. Las lesiones, generalmente múltiples, se ubican en el glande, prepucio o cuerpo del pene en el hombre y en la vulva o cuello uterino de la mujer. Las lesiones se resuelven en 10 a 14 días.

Recurrencias:

Sobre el 80% de los pacientes presenta recurrencias las que tienen una presentación clínica más atenuada y con un período de excreción viral corto (menos de 10 días). Algunas recurrencias pueden ser asintomáticas pero con eliminación de partículas virales que pueden transmitir la enfermedad.

La recurrencia puede desencadenarse por stress físico y emocional, fiebre, relaciones sexuales y ciclo menstrual.

Los episodios recurrentes pueden prolongarse por sobreinfección bacteriana de las lesiones y por inmunodepresión (por ejemplo: infección concomitante por VIH).

Herpes genital recidivante:

Más de 6 episodios de herpes genital por año, en estos casos está indicada “terapia de supresión”, aunque esta no previene las recurrencias una vez suspendida.

Herpes neonatal

En un 50% de los casos la madre no registra antecedentes de Herpes genital. La cesárea electiva no previene por completo la infección neonatal en mujeres con antecedentes de la enfermedad. El mayor riesgo de infección neonatal se asocia con primoinfección en las últimas semanas de embarazo. La infección neonatal por virus herpes se caracteriza por lesiones mucocutáneas y enfermedad visceral cuya complicación más grave es la encefalitis.

DIAGNÓSTICO:

1. Clínico
2. Laboratorio
 - PCR (reacción en cadena de polimerasa) en muestra de lesión herpética activa
 - Serología
Los anticuerpos se evidencian en suero 4 a 7 días después de la infección y alcanzan un máximo en 2 a 4 semanas y persisten durante toda la vida, por lo que resultan útiles solo cuando se tiene antecedente evidenciado de seronegatividad o se registra aumento de títulos en dos muestras con 15 días de diferencia.
 - Test de Tzank
Es un examen de citodiagnóstico donde visualizan células gigantes multinucleadas, típicas, en secreción de vesículas y úlceras de lesiones herpéticas.

Tratamiento herpes genital

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Acyclovir	200 mgr.	Oral	5 veces al día	Por 7 días

El tratamiento debe ser indicado precozmente para reducir la formación de nuevas úlceras, la duración del dolor, el tiempo de cicatrización y la excreción viral, pero **No** previene las recurrencias de la enfermedad.

Tratamiento herpes genital recidivante (terapia de supresión)

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Acyclovir	400 mgr.	Oral	Cada 12 horas	Por 6 meses.

En caso de recurrencias durante la terapia de supresión*

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Acyclovir	200 mgr.	Oral	5 veces al día	Por 5 días.

*Al completar este esquema volver nuevamente dosis de terapia de supresión

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1998 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. MMWR 1998;47(Nº RR-1): Diferentes páginas.
2. Dallabetta G., Laga M., Lamptey P., editores. El Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual. AIDSCAP/Family Health International. Arlington 1997
3. Manual de Preparación y Priorización de Proyectos de Inversión en Sector Salud. Ministerio de Salud-Odeplan. Santiago 1986.
4. Villalobos Toro D. Administración de programas de control de enfermedades de transmisión sexual. Gráfica Epsilon. Santiago de Chile 1982
5. Anderson RM, May RM. Epidemiologic parameters of HIV transmission. Nature 1998; 333:514-519
6. Morton R.S. The trapanomatosis. En: Rook A., Wilkinsons D.S., Sbling F.J.G., Champion R.H., Burton J.L., editores. Textbook of Dermatology. 4ª edición. Blackwell Scientific Publications. Oxford 1986:839:885
7. Aizowa H., Hasegawa A., Arai M., Bilateral coronary ostial stenosis and aortic regurgitation due to syphilitic aortitis. Internal Medicine 1998 Jan; 37(1):56-9
8. Mayond P., Mosha F., Todd J., Balira R., Mgara J. et al. Improved treatment services significantly reduce the prevalence of sexually transmitted diseases in rural Tanzania: result of a randomized controlled trial. AIDS 1997 Dec; 11(15): 1873-80.
9. Ralgers A., Murphy S. Diagnosis of neurosyphilis appraisal of a clinical caseload. Geniderm Med. 1997 Dec;73(6):528-32.
10. Young H. Syphilis: new diagnosis directions. Int. JSTD AIDS Nov-Dec. 1992;3(6):391-413.
11. Peters M., Gottocholk D., Boit r., Pöhle R., Reef. Meningovascular coronary syphilis in immuno immunodeficiency, virus infections a differential diagnosis of focal lesions a clinicalpathological study. J. Infec. jul. 1993;27(1);57-62
12. Clintron R., Pachuar AR. Spirochetal diseases of the nervous system. Cour. Opin. Neurology Jan 1994. Jan.1994;7(3):217-12

13. Neiman E.A. Neurosyphilis yesterday and today. J R coll Physicians Lord. Oct.1991;25(4):321-4
14. Larkin J.A., Lit L., Haley J.A. Recognizing and treating syphilis in pregnancy. Medscape Womens Health 1998 Jan.;3(1)-5
15. Mobley J.A., McKeacon R.E., Jackson K.I., S y F., Parham J.S. Risk factors for congenital syphilis in infants of women with syphilis in South Carolina. Am. J. Public Health 1998 Apr; 88(4):597-602
16. Rubins S., Janniger C.K., Schwartz R.A. Congenital and acquired early childhood syphilis. Cutis 1995 Sep; 56(3):132-136
17. Finelli L., Crayne E.M., Spitalny K.C. Treatment of infants with reactive syphilis serology. New Jersey:1992-1996. Pediatrics 1998 Aug.102(2):27
18. Moyer V.A., Schneider V., Yetman R., Garcia-Prats J., Parks D., Cooper T. Contribution of long-bone radiographs to the management of congenital syphilis in the newborn infant. Arch. Pediatric Adolesc. Med. 1998 Apr;152(4):353-7
19. Jawetz E, Melnick J, Adelberg E editores. Microbiología Médica. Editorial El Manual Moderno. México, D.F. 1996.
20. Benenson A. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Publicación científica N° 538. Organización Panamericana de la Salud. 15° edición, Washington 1992.

ANTECEDENTES

1. Normas para el Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud. Santiago de Chile 1980.
2. Manejo Clínico de las Enfermedades de Transmisión Sexual (Documento de trabajo). Ministerio de Salud. División de Programas de Salud. Blanca Campos H. 1993.

