



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

M07: 2015, Rev.02-2021

Manual para el manejo clínico de las infecciones de transmisión sexual

Tegucigalpa, M.D.C.

Honduras, C.A.

Noviembre 2021



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

M07: 2015, Rev.02-2021

Manual para el manejo clínico de las infecciones de transmisión sexual

Tegucigalpa, M.D.C.

Honduras, C.A.

Noviembre 2021



AUTORIDADES DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Lic. Alba Consuelo Flores

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dr. Roberto Enrique Cosenza

Sub-secretario de Redes Integradas de Servicios de Salud

Lic. Cesar Raymundo Barrientos

Sub-secretario de Regulación

Dr. Nery Conrado Cerrato

Sub-secretario de Proyectos e Inversiones

Dr. Fredy Antonio Guillen Guevara

Sub-secretario de Redes de Hospitales

Dra. Elvia María Ardón

Directora General de Normalización

Dr. Roney Alcides Martínez

Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Silvia Yolanda Nazar

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dra. Mireya Gertrudis Fuentes

Directora General de Desarrollo de Recurso Humano

APROBACIÓN

Elvia María Ardón, Directora General de Normalización mediante **RESOLUCION No. 023-DGN-2021** del 9 de diciembre 2021, me permito aprobar el: **M07 2015, Rev.02-2021 “Manual para el Manejo clínico de las Infecciones de Transmisión Sexual”**



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

M07: 2015, Rev.02-2021

Manual para el manejo clínico de las infecciones de transmisión sexual

Tegucigalpa, M.D.C.

Honduras, C.A.

Noviembre 2021

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	11
2.	OBJETO.....	12
3.	CAMPO DE APLICACIÓN.....	12
4.	ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS	12
5.	TÉRMINOS Y DEFINICIONES	14
6.	DOCUMENTOS RELACIONADOS.....	16
7.	GENERALIDADES Y CONCEPTOS BASICOS DE LAS ITS	17
	-Situación epidemiológica de las ITS en Honduras	17
	-Dinámica de transmisión de las ITS en la población (11)	19
	-Relaciones entre las ITS.	20
	- Etiología de las ITS.....	21
7.1.	Manejo de las ITS	26
	7.1.1 Manejo Etiológico.....	26
	7.1.2 Manejo sintromico.....	27
	7.1.3 Clasificacion de los sindromes de las ITS	29
	7.1.4 Complicaciones de las ITS.....	29
7.2.	Recomendaciones generales para el abordaje a personas que consultan por una IT	30
	7.2.1 Atención de personas con sospecha de una ITS	32
	7.2.2 Antecedentes de personas con sospecha de una ITS	33
	7.2.3 Exámen Físico	34
7.3.	Diagnóstico y tratamiento sintromico de las ITS.....	35
7.3.1.	Síndrome de Ulcera genital.....	35
	7.3.1.1 Tratamiento sintromico.....	35
	7.3.1.2 Diagnóstico clínico	37
	7.3.1.3 Diagnóstico por laboratorio.....	37
	7.3.1.4 Características clínicas de las patologías que producen ulcera genital.....	38

<i>Sífilis</i>	38
<i>Sífilis Materna</i>	40
<i>Sífilis Congénita (SC)</i>	42
<i>Chancroide</i>	44
<i>Herpes Simple</i>	45
<i>Linfogranuloma Venéreo (LGV)</i>	47
<i>Granuloma Inguinal (Donovanosis)</i>	48
7.3.1.5 Flujograma de atención Síndrome de Úlcera Genital	49
7.3.1.6 Flujograma de atención Sífilis Congénita	50
7.3.2 - <i>Síndrome de Secreción Uretral</i>	51
7.3.2.1 Tratamiento sintomático	51
7.3.2.2 Diagnóstico clínico	52
7.3.2.3 Diagnóstico de Laboratorio	52
7.3.2.4 Características clínicas de las patologías que producen secreción uretral .	53
<i>Gonorrea</i>	53
<i>Chlamydia Trachomatis</i>	55
7.3.2.5 Flujograma de atención del Síndrome de Secreción uretral	56
7.3.3 - <i>Síndrome de Flujo Vaginal</i>	57
7.3.3.1 Tratamiento sintomático	58
7.3.3.2 Diagnóstico Clínico	59
7.3.3.3 Características clínicas de las patologías que producen el flujo vaginal	60
<i>Cervicitis</i>	60
<i>Vaginitis</i>	63
7.3.3.4 Flujograma de atención del Síndrome Flujo Vaginal (Sin espéculo)	65
7.3.3.5 Flujograma de atención del Síndrome Flujo Vaginal (Con espéculo)	66
7.3.4 - <i>Síndrome de Bubón Inguinal</i>	67
7.3.4.1 Tratamiento Sintomático	68
7.3.4.2 Diagnóstico Clínico:	68
7.3.4.3 Características clínicas de la patología	69

<i>Bubón Inguinal</i>	69
7.3.4.3.1 Flujiograma de atención del Síndrome de Bubón Inguinal.....	70
7.3.5 - <i>Síndrome de Dolor Abdominal Bajo</i>	71
7.3.5.1 Tratamiento sindrómico.....	71
7.3.5.2 Diagnóstico Clínico	72
7.3.5.3 Características clínicas de la patología que produce el Síndrome de dolor abdominal bajo.....	73
<i>Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)</i>	73
7.3.5.4 Flujiograma de atención del Síndrome de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)	76
7.3.6 - <i>Síndrome de Edema Escrotal</i>	77
7.3.6.1 Tratamiento Sindrómico	77
7.3.6.2 Diagnóstico Clínico	78
<i>Edema Escrotal</i>	
7.3.6.3 Flujiograma de atención del Síndrome de Edema de escroto	80
7.3.7 - <i>Síndrome de Verrugas Genitales (VPH)</i>	81
7.3.7.1 Tratamiento Sindrómico	81
7.3.7.2 Diagnóstico Clínico	82
7.3.7.3 Características clínicas de la patología del Síndrome de Verrugas genitale	82
7.3.7.4 Flujiograma de atención del Condiloma Acuminado	85
7.3.8 <i>Molusco contagioso (Molluscum contagiosum)</i>	86
7.3.8.1 Tratamiento sindrómico:.....	86
7.3.8.2 Diagnóstico Clínico	86
7.3.8.3 Características Clínicas	87
7.3.8.4 Flujiograma de atención del Molusco contagioso	88
7.3.9 - <i>Ectoparásitos (Prurito genital)</i>	89
7.3.9.1 Escabiosis	89
7.3.9.1.1 Tratamiento.....	89
7.3.9.1.2 Diagnóstico Clínico	90

7.3.9.1.3 Características Clínicas de Escabiosis.....	90
7.3.9.2 Pediculosis púbica	92
7.3.9.2.1 Tratamiento.....	92
7.3.9.2.2 Diagnóstico Clínico	92
7.3.9.2.3 Características clínicas	93
7.3.10 - Síndromes de infecciones de transmisión sexual extra-genitales.....	94
7.3.10.1 Conjuntivitis neonatal (CN)	94
7.3.10.1.1 Tratamiento Sindrómico	94
7.3.10.1.2 Diagnóstico Clínico:.....	94
7.3.10.1.3 Características clínicas	95
7.3.10.1.4 Flujograma de atención Conjuntivitis neonatal.....	96
7.3.10.2 Síndrome de Secreción Orofaríngea	97
7.3.10.2.1 Tratamiento sintomático.....	97
7.3.10.2.2 Diagnóstico Clínico	97
7.3.10.2.3 Características clínicas.....	98
7.3.10.2.4 Flujograma de atención Síndrome de Secreción Orofaríngea	99
7.3.10.3 Síndrome de secreción Ano rectal	100
7.3.10.3.1 Tratamiento sintomático.....	100
7.3.10.3.2 Diagnóstico Clínico	101
7.3.10.3.3 Características clínicas.....	101
7.3.10.3.4 Flujograma de atención proctitis, proctocolitis y enteritis	103
7.3.11 - Hepatitis B.....	104
7.3.11.1 Tratamiento.....	104
7.3.11.2 Diagnóstico Clínico	105
7.3.11.3 Características clínicas.....	105
7.3.12 - Hepatitis C.....	108
7.3.12.1 Tratamiento.....	108
7.3.12.2 Diagnóstico clínico.....	108
7.3.12.3 Características clínicas.....	109
7.3.13- Zika.....	111

7.3.13.1 Tratamiento.....	111
7.3.13.2 Diagnóstico Clínico	111
7.3.13.3 Características clínicas	112
7.4. Manejo de las ITS en situaciones especiales	113
7.4.1 - Personas víctimas de violación sexual (VS)	113
7.4.1.1 Generalidades para el Abordaje Clínico.....	113
7.4.1.2 Profilaxis post exposición (PPE) de ITS.....	115
7.4.1.3 Tratamiento profiláctico post exposición de ITS en personas adultas y adolescentes.....	116
7.4.2 - Niños y Niñas, víctimas de violencia sexual	117
7.4.2.1 Abordaje Clínico	117
7.4.2.2 Tratamiento profiláctico post exposición de ITS en niñas y niños	118
8. FUNDAMENTO LEGAL	119
9. ANEXOS	121
Anexo No. 1: Localización de las VICITS en Honduras	121
Anexo No. 2: Criterio de AMSEL	122
10. BIBLIOGRAFÍA.....	123

1. INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), conforman una serie de patologías que se caracterizan porque su principal vía de transmisión es la vía sexual; con manifestaciones en órganos genitales externos e internos y a nivel sistémico.

Las ITS representan una prioridad para la salud pública, no solo por su elevada prevalencia a nivel mundial, sino también porque facilitan la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y tienen el potencial para causar complicaciones graves y permanentes en las personas infectadas que no reciben un tratamiento oportuno y efectivo. Por tanto, la prevención, atención y control son fundamentales para contribuir a una adecuada Salud Sexual y Reproductiva de la población, así como para prevenir y controlar la epidemia del VIH.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 900 mil personas se infectan a diario y se registran 340 millones de casos nuevos de ITS cada año en el mundo, y la proporción de casos es mayor entre personas de 15 a 49 años; siendo similar en ambos sexos, observándose un ligero predominio en los hombres entre las que destacan la sífilis, gonorrea, clamidia y tricomoniasis. ⁽¹⁾

Las ITS afectan de manera particular a las personas que viven en condiciones de vulnerabilidad, ya que generalmente estas personas tienen problemas para acceder a los servicios de salud, a lo que se suma el hecho de que las zonas donde viven estas poblaciones carecen de personal calificado y equipo que permita un diagnóstico confiable de las ITS. ⁽¹⁾

La estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las ITS 2016-2021 de la OMS determina que la respuesta del sector de la salud frente a las ITS resulta decisiva para lograr la cobertura sanitaria universal, una de las principales metas de salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidas en la Agenda 2030. ⁽²⁾

La Estrategia, una vez aplicada, contribuirá a que disminuyan radicalmente las ITS y las muertes relacionadas con dichas infecciones (incluidas las muertes fetales intrauterinas y el cáncer cervicouterino), al tiempo que mejorará la salud individual, la salud sexual de los hombres y las mujeres, y el bienestar de las personas en general.

Asimismo, guiará los esfuerzos destinados: acelerar y focalizar las iniciativas de prevención integrales mediante la ampliación de los enfoques de comportamientos, biomédicos y estructurales combinados que estén basados en datos científicos; facilitar

el acceso de las personas a la información sobre su estado en relación con las ITS, mejorar el acceso a tratamiento y a cuidados integrales a largo plazo cuando sea necesario y hacer frente a la estigmatización y discriminación generalizadas. Todo esto basado en los principios de los derechos humanos, la igualdad de género y equidad.

La SESAL, a través de la Dirección General de Normalización y en el cumplimiento de la responsabilidad de elaborar e implementar acciones dentro del marco de la reforma del sector y específicamente en el replanteamiento Estratégico en el Abordaje Integral de las ITS, VIH, presenta el “Manual para el Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual” con actualizaciones de acuerdo con las últimas directrices sugeridas por la Organización Mundial de la Salud, CDC y especificaciones de la SESAL.

2. OBJETO

Establecer las directrices técnicas basadas en evidencia científica para que los/las proveedores de servicios de salud realicen el manejo clínico de las infecciones de transmisión sexual con calidad y calidez con el fin de intervenir de forma oportuna en la cadena de transmisión, prevenir secuelas y complicaciones graves, mediante las acciones de prevención, tratamiento de las personas con ITS y sus contactos sexuales.

3. CAMPO DE APLICACIÓN

El presente Manual será aplicado por el personal de los diferentes establecimientos de las redes integradas de los servicios de salud a nivel nacional.

4. ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS

- **ARV:** Antirretrovirales
- **ATA:** Registro diario de atenciones
- **CDC:** Centro para el control y prevención de enfermedades
- **DIU:** Dispositivo Intrauterino
- **ECVC:** Encuesta de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual y Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Poblaciones Clave.
- **EPI:** Enfermedad pélvica inflamatoria.

- **HSH:** Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- **HBsAg:** Antígeno de superficie del virus hepatitis B
- **HBcAg:** Antígeno del núcleo hepatitis B
- **HBeAg:** Hepatitis B early Antigen (ingles), Antígeno temprano del virus de Hepatitis B
- **IM:** Intramuscular
- **ITS:** Infección de Transmisión Sexual
- **IGM:** Inmunoglobulina M
- **LGV:** Linfogramuloma venéreo
- **LCR:** Líquido Cefalorraquídeo
- **NAAT:** Pruebas de amplificación de ácido nucleico
- **OPS-OMS:** Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud.
- **PAI:** Programa Ampliado de inmunizaciones
- **PPS:** Previa prueba de sensibilidad
- **PNT:** Prueba no treponémica
- **PT:** Prueba treponémica
- **PPE:** Profilaxis post exposición
- **PRS:** Prueba rápida de Sífilis
- **PI:** Proctitis Infecciosa
- **RPR:** Prueba de reagina plasmática rápida, con agregado de partículas de carbón y lectura macroscópica
- **PCR:** Reacción en Cadena de polimerasa.
- **SESAL:** Secretaria de Salud
- **SC:** Sífilis Congénita
- **TS:** Trabajador o Trabajadora sexual
- **UI:** Unidades internacionales
- **VHB:** Virus Hepatitis B
- **VHC:** Virus Hepatitis C
- **VICITS:** Vigilancia Centinela de las ITS
- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana
- **VS:** Violación sexual
- **VO:** Vía oral
- **VDRL:** Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas
- **VPH:** Virus del Papiloma Humano
- **VHS:** Virus del Herpes

5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES ⁽³⁾ ⁽⁴⁾

- **Agente Infeccioso:** Un microorganismo capaz de producir una enfermedad viral, bacteriana, fúngica y parasitaria.
- **Confidencialidad:** Es un acuerdo implícito o explícito de los proveedores de salud de no dar a conocer información relativa a los usuarios de los servicios de salud. Es un deber de los proveedores de salud de proteger la información del paciente y no divulgarla sin autorización.
- **Establecimiento de Salud:** Es una estructura física donde se brinda servicio de promoción, preservación y vigilancia de la salud de la población y del ambiente. Su capacidad de resolución depende del tipo de recurso humano que posea (en calidad y cantidad) del equipamiento y tecnología que se utilice y de la estructura física.
- **Infecciones de Transmisión sexual:** Se definen como aquellas infecciones causadas por un grupo de agentes patógenos transmisibles que incluyen bacterias, virus, hongos y protozoos, capaces de producir manifestaciones clínicas y que tienen en común que su vía de transmisión es primordialmente por contacto sexual.
- **Medicamentos antirretrovirales:** Son fármacos que sirven específicamente para inhibir la replicación de los virus en el organismo.
- **Poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad a las ITS:** Se refiere aquellas poblaciones que por los comportamientos o por factores ambientales o socioculturales tiene más probabilidad de estar expuesta adquirir una ITS o de transmitirla.
- **Relaciones sexuales más seguras:** Elegir y adoptar conductas para reducir o minimizar el riesgo de infección por el VIH y otras ITS
- **Prevención:** Es un conjunto de acciones o medidas que se aplican para disminuir el efecto de un fenómeno o factor de riesgo o determinantes de una enfermedad.
- **Profilaxis:** Consiste en las medidas para prevenir la ocurrencia de infecciones y enfermedades.
- **Profilaxis post exposición (PPE):** Se define como una respuesta de urgencia médica para aquellas personas que se han expuesto o han sido expuestos al VIH y/u otras ITS, ya sea por exposición ocupacional o exposición no ocupacional incluyendo una agresión sexual. El propósito es brindar acceso a servicios de salud y protección inmediata a través de: acompañamiento médico, psicológico, consejería, apoyo de trabajo social, acceso a medicamentos especiales y a pruebas de laboratorio.

- **Promoción de la Salud:** Proceso que tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.
- **Proveedor de Salud:** Persona naturales y jurídicas, privadas y mixtas, debidamente licenciadas y de preferencia acreditadas (o en vías de serlo) que tienen como objetivo la provisión de servicios de promoción, recuperación y rehabilitación de salud y prevención y control del riesgo y la enfermedad que requiere la población a su cargo, respetando los principios y el enfoque del Modelo Nacional de Salud (MNS)
- **Periodo de incubación:** Es el tiempo que transcurre entre el contacto con el patógeno y la aparición de los síntomas de la enfermedad. También se llama periodo de latencia o pródromo.
- **Periodo de latencia:** Tiempo que transcurre desde que ingresa el agente etiológico al organismo hasta que se presentan en éste los signos y síntomas.
- **Terapia Antirretroviral para el VIH:** La terapia antirretroviral es el nombre dado a los regímenes de tratamiento para suprimir la reproducción vírica, reducir la carga del virus hasta niveles indetectables en la sangre y demorar la progresión de la enfermedad causada por el VIH.
- **Víctima de violencia sexual:** Se refiere a la persona que sufre el impacto de la violencia sexual, sobrelleva el daño y es atendida de emergencia en los servicios de salud
- **Vigilancia Centinela de las ITS (VICITS):** Se refiere a la modalidad de vigilancia basada en la recolección de datos de las ITS de una muestra de establecimientos de salud, que son utilizados como datos representativos de lo que ocurre en la población seleccionada, para identificar casos de enfermedad en forma temprana y para datos indicativos que nos permitan conocer la tendencia del patrón epidemiológico de las ITS en un área geográfica (ver en anexo 2 las VICITS en Honduras)
- **VIH:** Es el virus de inmunodeficiencia humana, agente infeccioso que afecta al sistema inmunológico, principalmente a los glóbulos blancos (linfocitos T). Es el causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

6. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Norma Técnica del sector Salud, Atención integral a la población en el abordaje de las infecciones de transmisión sexual, SESAL 2015
- Norma Técnica del Sector Salud, Atención integral a la población. Promoción, prevención, atención integral a las personas, vigilancia epidemiológica e investigación relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), SESAL 2015.
- Protocolo de profilaxis post exposición a la infección por VIH y otras ITS, SESAL, 2017
- Estrategia del abordaje integral de las ITS/VIH/Sida en el marco de la reforma del sector salud, SESAL 2011.
- Modelo Nacional de Salud de Honduras, 2013.
- Plan Maestro de Implementación Piloto Actualizado de la Estrategia del abordaje integral de las ITS/VIH/Sida en el marco de la reforma del sector salud, Nivel Central, 2015.
- Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH en Honduras 2020-2024 (Extensión del PENSIDA IV.
- Guía de consejería basada en riesgo. SESAL, 2015.
- Lineamientos para el Diagnostico Etiológico e interpretación de resultados de las pruebas para infecciones de Transmisión Sexual, SESAL 2020
- Manual de atención integral a la embarazada para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo o hija. SESAL, 2015.
- Manual de atención integral al adulto y adolescente con VIH. SESAL, 2020.
- Lineamientos técnicos para la vigilancia centinela y control de las infecciones de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana. En hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres trans y mujeres trabajadoras sexuales. Honduras Feb. 2017.
- Manual Procedimientos para el manejo de ITS. sep. 2017
- Manual de Atención Integral a Mujeres víctimas /sobrevivientes de violencia basa en Genero 2017.
- Informe de línea de base final sobre el perfil de país, con respecto a la situación actual de las hepatitis virales A, B y C y la respuesta del Sector Salud para su control en Honduras.2017.
- Informe de la Estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y de la sífilis, Honduras, 2014-2016.

7. GENERALIDADES Y CONCEPTOS BÁSICOS DE LAS ITS

Situación epidemiológica de las ITS en Honduras

En Honduras la captación de casos de ITS en los últimos años ha ido incrementando, según los datos reportados a la Unidad de Gestión de la información, para el año 2020 el mayor número de casos ITS se presentan en el sexo femenino, el rango de edad se encuentra entre los 15 a 49 años, siendo el grupo más afectado el comprendido de 30 a 49 años población joven y económicamente activa. Del total de casos reportados para este año las ITS que mayormente se reportaron fueron la vaginosis bacteriana, vaginitis y candidiasis, seguidas de otras patologías como la cervicitis, tricomonas, condiloma acuminado, Enfermedad Pélvica Inflamatoria y flujo uretral, entre otras. Las regiones de salud que más casos de ITS reportaron fueron la Metropolitana de Tegucigalpa, Olancho, Atlántida, Cortés y Comayagua. ^{(5) (9)}

En cuanto a la población clave (HSH, MTS y MT) un estudio realizado en el 2012 reporto altas prevalencias de VIH, sífilis activa, clamidia y gonorrea. Para el año 2020 en las clínicas VICITS se reportaron casos de VIH y sífilis, el mayor número de casos de ambas patologías fue en la población HSH, seguida de las MT y MTS. El grupo de edad más afectado fueron los mayores de 25 años. Las regiones con más casos reportados son la Metro de Tegucigalpa, Metropolitana de San Pedro Sula y Atlántida.

Sífilis materna y congénita es un problema de salud pública en Honduras, por esto el país está comprometido en la estrategia internacional de la eliminación de la sífilis congénita. En el año 2020 el 86% de las embarazadas esperadas asistieron a control prenatal y de estas se le realizó la prueba para detectar sífilis al 77%, el porcentaje de positividad fue del 0,17% y de los 124.965 nacimientos se reportaron 102 casos de sífilis congénita con un porcentaje de casos del 0,08%. ⁽⁶⁾

Factores de transmisión de las ITS

Las ITS se transmiten generalmente mediante las relaciones sexuales penetrativas; ya sea vaginal o anal, sin protección. No obstante, también es posible adquirir alguna ITS mediante prácticas sexuales orales u otras vías como la sanguínea o perinatal (por ejemplo, la sífilis y la hepatitis B).

Las ITS se transmiten generalmente por contacto con:

- Fluidos corporales infectadas como sangre, semen, secreciones vaginales.
- Pérdida de continuidad de la piel o membranas mucosas a través de heridas micro o macro, como, por ejemplo: una úlcera en la boca, ano, pene o vagina.
- Juguetes sexuales contaminados. ⁽⁷⁾

Existen diferentes factores, entre ellos: biológicos, de comportamiento y sociales que incrementan el riesgo de transmitir y/o adquirir una ITS. ^{(7) (8) (16)}

Factores biológicos: ^{(7) (10) (11)}

- **Edad:** en la adolescencia temprana, al iniciar las relaciones sexuales, debido a la inmadurez de la mucosa vaginal y cervical, aumenta el riesgo de transmisión de las ITS. De igual manera en el período post menopáusico debido a los cambios atróficos de la mucosa vaginal por depleción o disminución de estrógeno constituyen factores que contribuyen a la transmisión de las ITS.
- **El estado inmunológico** del huésped y de la virulencia del agente infeccioso facilitan la transmisión. Las ITS aumentan el riesgo de transmisión de VIH, pero también el VIH facilita la transmisión de las ITS y agrava las complicaciones de estas, ya que debilita el sistema inmunológico.
- **Factores anatómicos**, las ITS pueden ingresar con mayor facilidad al organismo a través de la mucosa vaginal, rectal u oral y por la piel no intacta. Durante el coito la pareja receptora (hombre o mujer) se encuentra más expuesta a las secreciones genitales en cuanto a cantidad y duración de la exposición, particularmente en las relaciones anales debido a la vascularización de la zona.

Otro factor de riesgo de transmisión de ITS es el tener prepucio (no haber sido circuncidado).

Factores de comportamiento:

- Relaciones sexuales sin protección con o sin penetración.
- Prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas
- Múltiples parejas sexuales
- Compartir jeringas, agujas, y juguetes sexuales
- Antecedentes de ITS durante el último año
- Prácticas sexuales bajo coerción y violencia
- Mantener contacto sexual con parejas “casuales”, trabajadoras y/o trabajadores sexuales o sus clientes sin protección.
- Inicio temprano de relaciones sexuales.

Factores sociales:

- **Inequidad de género:** Resultan de las diferencias de sexo, niveles socioeconómicos, etnicidad, edad, región geográfica y orientación sexual que dan como resultado la discriminación, contextos de vulnerabilidad y de exclusión social con el menor acceso a los recursos, servicios de salud y a diferencias de poder que ponen en desventaja a una de las partes, lo que afecta principalmente a las mujeres ⁽⁵⁾ que no toman decisiones sobre sus prácticas sexuales, lo que les impide la negociación del uso de condones.
- **Contextos de mayor riesgo:** Existen personas o poblaciones que, por la exclusión social, se encuentran en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad a las ITS, lo cual se ve reflejado en actos de discriminación que contribuye a la dificultad para acceder a los servicios de salud, exponiéndoles a un mayor riesgo de infectarse de las ITS y recibir tratamientos adecuados. ⁽⁷⁾

Estas personas y/o poblaciones son:

- ✓ Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)
- ✓ Personas transgénero
- ✓ Trabajadoras/ trabajadores sexuales y sus clientes
- ✓ Hombres o mujeres con múltiples parejas sexuales
- ✓ Personas privadas de libertad
- ✓ Mujeres, hombres y niños/niñas que viven en violencia sexual
- ✓ Jóvenes sin información y difícil acceso a servicios adecuados
- ✓ Grupos étnicos
- ✓ Poblaciones marginadas
- ✓ Mujeres embarazadas
- ✓ Población móvil y migrante

Dinámica de transmisión de las ITS en la población ⁽¹¹⁾

Las dinámicas de transmisión de las ITS son sumamente complejas, como hemos visto, involucran una serie de factores biológicos, individuales (de comportamiento) e incluso sociales.

Uno de los aspectos que ahora conocemos mejor es que la distribución de las ITS no se mantiene estática en una población determinada. Por lo general, en las primeras fases de una epidemia o en algunas zonas geográficas, los agentes patógenos se transmiten con más frecuencia entre grupos de personas que tienen comportamientos sexuales de

alto riesgo o entre personas con prácticas de riesgo y múltiples parejas sexuales simultáneas y que con frecuencia desconocen los diagnósticos.

Conforme la epidemia avanza, los agentes patógenos van afectando a poblaciones con comportamientos de menor riesgo y estos pueden actuar como cadena de transmisión entre los grupos nucleares y la población general. ^{(8) (9)}

La figura nos muestra que en lo relacionado a las ITS casi siempre solo vemos la punta del Iceberg en lo relacionado a los signos y síntomas de las infecciones. ^{(1) (8)}



La mayoría de las ITS y sobre todo en la mujer son asintomáticas (es decir no presentan ningún síntoma o signos de estar infectadas), los hombres presentan un cuadro clínico más evidente.

Relaciones entre las ITS. ^{(8) (9)}

- Una persona con otra ITS tiene más probabilidades de contraer el VIH.
- Los mismos comportamientos y circunstancias que ponen en riesgo de contraer una ITS también lo exponen de contraer el VIH.
- La presencia de una infección de transmisión sexual inflamatoria o ulcerativa no tratada aumenta el riesgo de transmisión del VIH durante un contacto sexual sin protección.
- El efecto cofactor de otras ITS en la transmisión del VIH, es mayor en el caso de las infecciones ulcerativas; existe evidencia que el herpes genital facilita la transmisión del VIH e incrementa la ocurrencia de nuevos casos. Se ha estimado que las úlceras genitales o los antecedentes de ese tipo de enfermedades aumentan de 50 a 300 veces el riesgo de transmisión del VIH en cada relación sexual sin protección. ⁽⁸⁾
- La presencia de la infección por VIH también puede modificar las características de úlceras genitales, lo que dificulta el diagnóstico de las ITS ulcerativas.
- Los servicios que atienden los casos de ITS constituyen los puntos de entrada cruciales para prevenir la infección por VIH.

- Las personas que acuden a los establecimientos de salud para recibir tratamiento para este tipo de infecciones deben recibir los servicios de consejería y pruebas de VIH, lo que permitirá el diagnóstico temprano de la infección.

Etiología de las ITS

Las ITS se definen como aquellas infecciones causadas por un grupo de agentes patógenos transmisibles que incluyen bacterias, virus, hongos y protozoos.

Existen más de 20 agentes patógenos

Etiología de las ITS

Microorganismo Patógeno	Signos y Síntomas	Período de incubación
Infecciones Bacterianas		
<i>Treponema pallidum</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sífilis primaria, Chancro duro, indoloro. 	21 días
	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa secundaria: erupciones cutáneas, fiebre y ganglios linfáticos inflamados. 	Después de un año
	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa terciaria: neurológica (neuro sífilis), enfermedades cardiovasculares (cardiosífilis) y los granulomas (lesiones gomosas o goma sífilítica). • La sífilis terciaria puede afectar a cualquier órgano del cuerpo hasta 30 años o más después de la infección y puede resultar mortal 	10 a 30 años de infección. Las lesiones por gomas aparecen por lo general a los 3 a 15 años de la infección
	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome Extra genital (Faringitis, Proctitis). 	21 días

<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<ul style="list-style-type: none"> Flujo vaginal (cervicitis) 	10 días
	<ul style="list-style-type: none"> Secreción Uretral (uretritis) 	2 y 14 días
	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome Extra genital (conjuntivitis, faringitis y proctitis) 	1 a 2 semanas
	<ul style="list-style-type: none"> Edema de escroto 	4 a 6 semanas
	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad Pélvica Inflamatoria 	4 semanas
<i>Chlamydia trachomatis</i> L1, L2 y L3	<ul style="list-style-type: none"> Bubón inguinal (LGV), tumefacción inguinal (bubón) 	3 a 30 días
<i>Haemophilus ducreyi</i>	<ul style="list-style-type: none"> Úlcera genital (chancroide), dolorosas chancro blando 	3 a 7 días
<i>Klebsiella granulomatis</i>	<ul style="list-style-type: none"> Donovanosis (Granuloma Inguinal) inflamación nodular y lesiones ulcerosas de la zona inguinal y anogenital. secreción uretral (uretritis no gonocócica) cervicitis, endometritis 	2 semanas a 3 meses
<i>Mycoplasma genitalium</i>	<ul style="list-style-type: none"> Flujo vaginal (cervicitis), endometritis secreción uretral (uretritis no gonocócica) 	1 a 3 semanas
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	<ul style="list-style-type: none"> Secreción uretral (uretritis) 	
<i>Gardnerella vaginalis</i> ** <i>Mobiluncus mulieris</i> ** <i>Mobiluncus curtisii</i> **	<ul style="list-style-type: none"> Flujo vaginal con mal olor Vaginitis bacteriana 	Variable

Microorganismo Patógeno	Signos y Síntomas	Período de incubación
Infecciones Virales		
<i>Virus del herpes simple de tipo 1 (VHS-1)</i> <i>Virus del herpes simple de tipo 2 (VHS-2).</i>	<ul style="list-style-type: none"> Vesículas o úlceras genitales, anales y orales. 	4 a 7 días después del contacto sexual
<i>Virus del papiloma humano (VPH)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Verrugas genitales, anales, orales (Condiloma acuminado) 	Entre 3 semanas y 8 meses. Puede durar años si la persona no es tratada.
<i>Virus molluscum contagiosum</i>	<ul style="list-style-type: none"> Lesiones indoloras, papulares, hemisféricas, de superficie lisa y brillante con depresión central (umbilicadas), que asemejan una perla. 	El tiempo medio de incubación varía entre 2 y 7 semanas, puede extenderse hasta 6 meses.
<i>Virus de la hepatitis B y C</i>	<ul style="list-style-type: none"> Hepatitis B y C* 	Hepatitis B: 45 a 180 días con un promedio de 60 a 90 días. Hepatitis C: entre dos semanas a seis meses.
<i>Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (sida) 	Variable desde 3 semanas hasta años
Infecciones por Hongos		
<i>Candida albicans**</i>	<ul style="list-style-type: none"> Flujo vaginal (vaginitis) Secreción uretral (uretritis y balanitis) 	2 a 4 semanas

Agente etiológico	Signos y Síntomas	Período de incubación
Infecciones Protozoarias		
<i>Trichomonas vaginalis</i>	<ul style="list-style-type: none"> Alrededor del 70% de las personas infectadas no presentan signos ni síntomas. Los hombres: prurito irritación dentro de la uretra peneana, ardor al eyacular, o pueden tener alguna secreción del pene. Las mujeres: prurito, disuria, eritema, una secreción clara con un olor inusual que puede ser transparente, blanca, amarillenta o verdosa. 	5 a 28 días
Infecciones por Ectoparásitos		
<i>Sarcoptes scabies</i>	<ul style="list-style-type: none"> Prurito genital (Escabiosis) 	Desde 2 días a 2 meses
<i>Phthirus pubis</i>	<ul style="list-style-type: none"> Prurito genital (Pediculosis púbica) 	Desde el primer momento del contacto se produce el paso del parásito de un huésped al nuevo.

Fuente: Adaptado de referencias bibliográficas (12) (13) (14)

Patógenos Extra-genitales

La transmisión de patógenos entéricos que incluye el contacto directo oral-anal o genital-anal. Estos patógenos están implicados con mayor frecuencia

Agente etiológico	Signos y Síntomas	Período de incubación
Infecciones Protozoarias		
<i>Shigella sp</i> <i>campylobacter sp</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Clásicamente estas patologías se transmiten por ingesta de agua o alimentos contaminados. • Sin embargo, la transmisión es posible dependiendo de las prácticas sexuales (oro anales). • Los síndromes gastrointestinales de transmisión sexual incluyen proctitis, proctocolitis y enteritis. • Estos síntomas ocurren predominantemente entre personas que tienen exposiciones anales receptivas (oral-anal, digital-anal, genital-anal). • La Enteritis y proctocolitis está asociada con síntomas de proctitis, diarrea o calambres abdominales e inflamación del colon. 	Variable
<i>Salmonella campylobacter</i>		Variable (según germen causal)
<i>Giardia lamblia</i>		2 a 4 semanas
<i>Entamoeba histolytica</i>		2 a 4 semanas
<i>Cytomegalovirus</i>	<p>Este virus se transmite a través del contacto sexual y no sexual con secreciones corporales.</p> <p>Por lo general, la infección por CMV no causa síntomas. Las infecciones graves generalmente se desarrollan solo en bebés infectados antes del nacimiento y en personas con un sistema inmunológico debilitado,</p>	3 a 12 semanas

Fuente: Adaptado de referencias bibliográficas (12) (13) (14)

7.1. Manejo de las ITS

El manejo efectivo de las ITS es la base para el control de dichas infecciones, porque se previenen sus complicaciones y secuelas, reduciéndose la incidencia de nuevos casos y brinda una oportunidad para educar a la población sobre la infección por VIH. El manejo de las ITS puede ser: etiológico y/o sintomático de acuerdo con las posibilidades de complementarlo con estudios de laboratorio. ^{(11) (12) (13)}

7.1.1 - Manejo Etiológico

El manejo etiológico se basa en el hallazgo del agente causal o la confirmación de su presencia mediante pruebas serológicas o microbiológicas y otras de apoyo al diagnóstico. Este manejo requiere de exámenes de laboratorio.

Ventajas que ofrece el manejo etiológico:

- Realiza el diagnóstico exacto del problema
- El tratamiento es específico para el problema

Este manejo requiere de exámenes de laboratorio, por lo que tiene las siguientes desventajas:

- Para la realización de algunas pruebas se requiere equipos sofisticados de laboratorio, insumos de alto costo y personal altamente capacitado, que además no están disponibles en el primer nivel de atención, que son los lugares de primer encuentro.
- La validez de las pruebas no siempre es la ideal.
- Por lo general los resultados de algunas pruebas de laboratorio, generalmente no son inmediatos
- Este tipo de manejo dificulta que las personas sean tratadas en la primera consulta, requiriéndose varias visitas de seguimiento para completar un tratamiento adecuado.
- Al conjugar la escasa aceptación de los servicios de salud y el difícil acceso a los mismos, la posibilidad de un control posterior es mínima y los costos pueden ser elevados, lo que retrasa muchas veces el tratamiento con el riesgo que los y las usuarias no regresen. ⁽⁹⁾

7.1.2 - Manejo sintomático

Un síndrome es un conjunto de síntomas reportados por la persona y de signos identificados durante la exploración física, lo que permite hacer un diagnóstico oportuno y proporcionar un tratamiento en la primera visita, por lo cual, en caso de que la persona no regrese se asegura la curación clínica rompiendo la cadena de transmisión. ^{(12) (13)}

El manejo sintomático se utiliza en las patologías infecciosas.

El personal de salud diagnostica y trata las infecciones de transmisión sexual basándose principalmente en el diagnóstico elaborado a partir de la historia clínica y la exploración física, más que en los resultados obtenidos en las pruebas de laboratorio.

Algunas de las ventajas que ofrece el manejo sintomático de las ITS son:

- Se centra en las ITS más comunes. Como las curables: sífilis, gonorrea, clamidia, chancroide, tricomoniasis y candidiasis, entre otras.
- Es adecuado para los entornos de atención primaria.
- Permite el tratamiento de las personas en la primera consulta interrumpiendo la cadena de transmisión en forma temprana
- Incluye el tratamiento de infecciones múltiples. Se calcula que aproximadamente 6 de cada 10 personas con ITS presentan dos o más tipos de infecciones al mismo tiempo. Con el enfoque sintomático, las infecciones múltiples son tratadas desde el inicio y las personas reciben medicamentos eficaces.
- Combina la educación del paciente con la atención médica que da la oportunidad de introducir mensajes preventivos, promover el uso del condón y a cambiar su comportamiento sexual de riesgo, e incluso busca convencerlas a que incluyan a su pareja o parejas en el tratamiento.

Para ser efectivo, el manejo sintomático de las ITS requiere cubrir una serie de condiciones, que son:

- Elaborar una historia clínica completa, la cual debe incluir una historia de la vida sexual de la persona.
- Realizar un examen físico para poder identificar los signos y síntomas que son base de este tipo de diagnóstico.

- Realizar el diagnóstico sindrómico propiamente dicho con ayuda de flujogramas.
- Proveer a la persona del adecuado tratamiento para el síndrome identificado por el médico
- Ofrecer a la persona asesoría para evitar que se re infecte. ⁽¹²⁾ ⁽¹³⁾

Desventajas del Manejo Sindrómico:

- No puede ser usado en personas asintomáticas (condición muy frecuente en mujeres)
- No abarca otras patologías que se presentan con cierta frecuencia (Infección por Papilomavirus), como tampoco ciertos estadios de la Sífilis.
- Puede existir un sobretratamiento.
- Puede desencadenar problemas relacionados a la notificación de las parejas, debido a que no todas las infecciones genitales son ITS. ⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾

El manejo sindrómico de las ITS es fácilmente identificable para esto se usan flujogramas que guían las decisiones y acciones adecuadas en las personas con ITS.

Estos flujogramas o esquemas de tratamiento integran:

- El reconocimiento del Síndrome
- La decisión de tratamiento
- Los aspectos de información, educación y promoción de la prevención a través del concepto de las 4C. (Cumplimiento del Tratamiento, Consejería, Tratamiento de los Contactos o parejas, Promoción de los Condones).

7.1.3 Clasificación de los síndromes de las ITS

Clasificación de los síndromes de las ITS

Síndromes genitales	Síndromes extra genitales
<ul style="list-style-type: none">• Úlcera genital• Secreción uretral• Flujo vaginal• Bubón inguinal• Dolor abdominal bajo• Edema de escroto• Verrugas genitales• Prurito genital	<ul style="list-style-type: none">• Conjuntivitis neonatal• Faringitis de transmisión sexual• Proctitis, proctocolitis y enteritis

Fuente (16)

7.1.4 - Complicaciones de las ITS

Algunas ITS pueden causar infertilidad, sobre todo en las mujeres. Entre el 10% y el 40% de las mujeres con infección por clamidia no tratada, terminan con una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) sintomática. Las lesiones tubáricas posteriores a una infección son responsables del 30%–40% de los casos de infertilidad femenina. Además, las mujeres que han padecido una EPI tienen entre 6 y 10 veces más probabilidades de sufrir un embarazo ectópico (tubárico) que las que no la han padecido, y el 40%–50% de los embarazos ectópicos pueden atribuirse a un episodio anterior de EPI. ⁽¹¹⁾

La sífilis congénita es una causa importante y significativa de morbilidad y mortalidad infantil. En los adultos, la sífilis puede provocar graves consecuencias cardíacas y neurológicas entre otras, que pueden finalmente ser mortales. ⁽¹¹⁾

Complicaciones de las ITS en hombres, mujeres, niños y niñas

Hombres	Mujeres	Niños y niñas
<ul style="list-style-type: none"> • Orquiepidimitis • Estenosis uretral • Infertilidad • Cáncer de ano o pene • Demencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer cervical • Parto prematuro • EPI • Abortos • Dolor pélvico crónico • Salpingitis • Infertilidad • Embarazo ectópico • Infecciones post parto • Mortalidad materna 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso al nacer • Mortalidad perinatal • Malformaciones congénitas • Daño ocular, pulmonar, óseo y neurológico

Fuente: referencia (16)

7.2. Recomendaciones generales para el abordaje a personas que consultan por una ITS

El manejo de casos de ITS consiste en la atención integral y holística de las personas que presenta un síndrome asociado a una ITS o una prueba positiva para una o más ITS. ⁽¹⁶⁾ Para obtener una mejor información sobre el historial clínico de la persona, el personal médico debe:

- Generar un ambiente de confianza
- Ser empático
- Formular siempre sus preguntas con cortesía y respeto, sin importar que tan ocupado se encuentre.
- Solicitar el permiso de la persona antes de preguntar sobre su conducta sexual.

- Respetar la forma y estilo de vida de la persona, Se recomienda realizar sus preguntas sin prejuicios morales. No emitir juicio alguno de manera verbal o con expresiones corporales que denoten rechazo al comportamiento de la persona.
- Fortalecer la confianza para comprender y demostrar que se entiende la situación por la que está pasando.
- Hay que comentar que la información proporcionada se maneja con confidencialidad.
- Utilizar palabras que la persona comprenda. Evite el uso de términos médicos que la persona no pueda comprender.
- Es de gran utilidad contar con un glosario de términos, particularmente con personas de poblaciones que utilizan denominaciones y una jerga sexual específica como son jóvenes, HSH, Trans, TS.
- Evitar preguntas “guiadas “que esperen una confirmación por parte de la persona, permita que responda con sus propias palabras.
- Dar recomendaciones de acuerdo con la realidad y al contexto de cada persona, dejar que decida y participe de acuerdo con las diferentes opciones disponibles.
- Proporcionar información clara, precisa y sencilla de las ITS, motive a las personas a regresar a consultas subsecuentes.
- Educación y orientación sobre comportamientos sexuales
- Promoción y suministro de condones
- Ofrecimiento y provisión de servicios de consejería basada en riesgo y pruebas de VIH
- Hay que informar que la(s) parejas(s) sexual(es) deben recibir tratamiento.
- Notificar la ITS en los formatos establecidos y vigentes.
- Realizar la búsqueda activa de otros problemas relacionados como son la presencia de violencia sexual, uso de alcohol u otras drogas o detección e VIH.
- Canalizar a la persona a otros servicios de acuerdo con las necesidades detectadas.

7.2.1 - Atención de personas con sospecha de una ITS

Preguntas generales	Motivo de consulta	Hombres	Mujeres
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de acuerdo como se identifica legalmente y nombre social. • Edad • Sexo (mujer, hombre) • Orientación Sexual (heterosexual, homosexual, bisexual, otros) • Identidad de Genero (femenino, masculina, transgénero, otros) • Estado Civil • Escolaridad • Número de hijos/as • Residencia (Dirección) • No. De Teléfono • Etnia • Viajes dentro y fuera del país y prácticas sexuales en ellos 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué molestia tiene? (ulceras, secreción uretral/vaginal, tumoraciones?) • ¿Cuándo iniciaron las molestias? • ¿Dónde tiene las molestias? • ¿Cuándo fue su última relación sexual sin protección? • ¿Ha tenido sexo oral? • ¿Ha sido tratado por alguna ITS? • ¿Qué medicamentos ha utilizado? 	<p>Úlceras anogenitales y orales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Es única o tiene varias? • ¿Son dolorosas? • ¿Tiene dolor o hinchazón en la ingle? • ¿Han aparecido más de una vez en el mismo lugar? <p>Secreción Uretral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo inicio la secreción? • ¿Se acompaña de dolor o ardor al orinar? • ¿Tiene dolor en la ingle o más abajo? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene flujo vaginal? • ¿Hace cuánto tiene el flujo? • ¿Tiene dolor en la parte baja del abdomen? • ¿Siente dolor al tener relaciones sexuales? • ¿Ha visto alguna secreción por el pene o vagina en su pareja? • ¿Noto algo anormal en su última menstruación? • ¿Se le ha retrasado la menstruación? • ¿Hacer preguntas de embarazos, paridad, hijos vivos y muertos? • Fecha de ultima citología vaginal • Anticonceptivos que utiliza y satisfacción con los mismos.

7.2.2 - Antecedentes de personas con sospecha de una ITS

Historia Sexual	Antecedentes médicos	Tratamientos y alergias
<ul style="list-style-type: none"> • ¿A qué edad inicio su vida sexual? • ¿Tiene actualmente una pareja sexual? • ¿Cuándo fue su última relación sexual? • ¿Sus relaciones sexuales son con hombres o mujeres o ambos? • ¿Utiliza condón en todas sus relaciones sexuales ¿orales? • ¿Comparte juguetes sexuales? • ¿La/las personas con las que ha tenido relaciones sexuales han tenido síntomas de una ITS (flujo vaginal, uretral, granos o llagas o bolitas o verrugas)? • ¿Ha tenido más de una pareja sexual en los últimos tres meses? 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de ITS pasadas o presentes (secreción uretral/vaginal, úlceras genitales o tumoraciones). • ¿Ha tenido alguna de ellas? ¿Cuál? • ¿Recibió tratamiento en esa oportunidad? • ¿Completo el tratamiento indicado en esa ocasión? • ¿Se curó? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Es alérgico algún medicamento?, si la respuesta es positiva ¿Cuál? • ¿Alguna vez le han dicho que no tome o se ponga algún medicamento? • ¿Consume alcohol o alguna droga?

7.2.3 - Examen Físico

Hombres	Mujeres
<ul style="list-style-type: none">• Explicar el procedimiento a realizar• Posición cómoda del paciente• Exploración de escroto y sus partes anatómicas (epidídimo, cordón espermático y testículos) ano, pene y cavidad oral.• Búsqueda de adenopatía inguinal.• Búsqueda de úlceras, secreción uretral, anal u oral, tumoraciones o condilomas o verrugas.• Para inspeccionar mejor la región inguinal y órganos genitales externos, el paciente debe estar de pie, con las piernas separadas y el clínico sentado.• Siempre que sea posible, efectuar el tacto rectal buscando tumoraciones y protuberancias, además de crecimiento prostático.• Revisión de la piel con énfasis en tronco, palmas de manos y plantas de los pies, observación de exantema, pápulas y manchas eritematoescamosas, uniformes y con tendencia a la simetría y cavidad oral.	<ul style="list-style-type: none">• Explicar el procedimiento a realizar• Posición ginecológica cómoda• Cubrir con una sábana y/o bata hasta el nivel de las rodillas para obtener un mejor campo visual.• En el examen clínico, se deben observar las estructuras anatómicas (monte de Venus, labios mayores y menores, clítoris, himen, perineo) con la finalidad de identificar lesiones como úlceras, verrugas, tumoraciones que hagan sospechar de ITS.• Para la exploración con espejo vaginal si se va a realizar toma de muestras, no lubricar el espejo, si solo revisara el canal vaginal, cérvix y fondos de saco colocar lubricante.• Revisar la región anal buscando la presencia de secreción, úlceras y/o tumoraciones.• Revisión de la piel con énfasis en tronco, palmas de manos y plantas de pies, observación de exantema, pápulas y manchas eritemoescamosas, uniformes y con tendencia a la simetría, cavidad oral y debajo de las mamas.

Fuente (16)

7.3. Diagnóstico y tratamiento sindrómico de las ITS

7.3.1 - Síndrome de Úlcera genital

Definición: Pérdida de solución de continuidad de la piel o mucosa de los órganos genitales o áreas adyacentes, las úlceras que pueden ser dolorosas o indolora, con o sin secreción; en los hombres pueden estar ubicadas en el pene, escroto; en mujeres en: los labios de la vulva, la vagina; en ambos en región perineal, perianal, anal y orales.

7.3.1.1 Tratamiento sindrómico

Independientemente si el establecimiento de salud cuenta o no con laboratorio, a todas las personas que consultan por una úlcera genital, o que a esta se le identifique durante el proceso de detección, se les debe brindar tratamiento sin retrasar el inicio de este, de acuerdo con las características del siguiente cuadro:

Elección		Tratamiento	Dosis
Si la persona presenta úlceras genitales	Primera opción	Penicilina Benzatínica MÁS Azitromicina	2.4 millones de Unidades Internacionales (UI) IM. Dosis única (aplicar 1.2 millones en cada glúteo) (Prevía Prueba de Sensibilidad (PPS)). 1g. VO, dosis única
	Segunda opción	Penicilina Benzatínica MÁS Ciprofloxacina	2.4 millones UI, IM. Dosis única (aplicar 1.2 millones en cada glúteo) (Prevía Prueba de Sensibilidad (PPS)). 500 mg por vía oral, dos veces/ día por 3 días

Si la persona presenta úlceras genital y vesículas	Primera opción	Aciclovir MÁS Penicilina Benzatínica MÁS Azitromicina	400 mg. VO cada 8 horas por 7 días 2.4 millones de UI, IM dosis única 1.2 millones en cada glúteo, previa prueba de sensibilidad (PPS) 1 g VO dosis única
	Segunda opción	Aciclovir MÁS Penicilina Benzatínica MÁS Ciprofloxacina	400 mg. VO cada 8 horas por 7 días 2.4 millones de UI, IM dosis única 1.2 millones en cada glúteo, previa prueba de sensibilidad (PPS) 500 mg VO dos veces/ día por 3 días

Fuente, adaptado de referencias bibliográficas (18) (24) (31)

Recomendar a la persona la importancia de mantener limpia y seca la zona afectada por las lesiones, y abstenerse de las relaciones sexuales o usar condón en forma correcta y consistente para evitar la transmisión a su(s) pareja(s) sexual(es) mientras las lesiones no hayan desaparecido completamente. ⁽¹⁷⁾

Conducta que seguir al tener los resultados de laboratorio, y confirmar la existencia de los agentes etiológicos:

- Si coincide con el diagnóstico inicial (enfoque sindrómico), se continuará con el tratamiento establecido en la primera atención.
- Si los resultados reportan agentes etiológicos distintos al diagnóstico inicial (enfoque sindrómico), brindar el tratamiento según esquemas abajo descritos.

- En cuanto al tratamiento sintromico de las úlceras genitales en personas con infección por el VIH, se utilizan los mismos esquemas terapéuticos que en personas que no tienen VIH.

7.3.1.2 Diagnóstico clínico

Observación durante el examen físico de la/las lesiones ulcerativas. El diagnóstico clínico diferencial de las úlceras genitales es inexacto.

- Los hombres no circuncidados pueden quejarse de secreción por el pene o de imposibilidad de retraer el prepucio.
- Las mujeres se quejan de disuria si hay úlceras en la vulva.
- Se debe descartar las úlceras causadas por traumatismos que pueden desarrollar sobreinfección por otros agentes infecciosos y otras condiciones (carcinoma, aftas, exantema medicamentoso y psoriasis). ^{(15) (18)}

7.3.1.3 Diagnóstico por laboratorio

Por lo general, las pruebas de laboratorio no son útiles para adoptar decisiones terapéuticas iniciales a nivel de atención primaria en el síndrome de úlcera genital.

“Ver Lineamientos para el Diagnóstico Etiológico e interpretación del resultado de las pruebas para Infecciones de Transmisión Sexual de la Secretaría de Salud, Honduras 2020.”

7.3.1.4 Características clínicas de las patologías que producen ulcera genital

Sífilis	
Agente causal	Treponema pallidum
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none"> • La sífilis es una infección sistémica que se presenta en etapas sucesivas, que sin tratamiento puede durar años. En esta infección se alternan etapas sintomáticas y etapas asintomáticas (sin manifestaciones) que hacen difícil su diagnóstico. • Período de incubación: 1-90 días, 21 días en promedio • El tratamiento es curativo, pero no previene la reinfección
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sífilis primaria</i>: aparición de una úlcera indolora indurada en la zona de contacto (cuello del útero, pene, ano, u otras) acompañada de inflamación de los ganglios regionales. • <i>Sífilis secundaria</i>: sucesión de episodios con signos y síntomas diversos entre los que destacan: decaimiento, fiebre y cefalea acompañado de rash cutáneo en el tórax, palmas y plantas. Puede haber lesiones de mal olor en zonas húmedas (condilomas planos), o placas blanquecinas en genitales o boca. Puede haber adenopatías generalizadas, indoloras. Otra manifestación es la alopecia en parches irregulares en mordida de ratón y pérdida de la cola de las cejas. • <i>Sífilis terciaria</i>: Se presenta varios años después de ocurrida la infección y se caracteriza por ser altamente destructiva. Se puede manifestar por alteraciones cardíacas, lesiones en piel, mucosas y tejido óseo (gomas sífilíticas). • <i>Neurosífilis</i>: puede ocurrir en cualquier etapa de la sífilis, se caracteriza por compromiso del sistema nervioso central, pudiendo manifestarse como compromiso meningovascular semejando a un accidente vascular encefálico, tabes dorsal, parálisis general, entre otros signos el compromiso ocular (uveítis, retinitis, neuritis óptica,) y de pares craneanos.
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Sin tratamiento la sífilis evoluciona a sífilis terciaria generando los daños descritos.
Transmisión Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> • La mujer infectada durante su gestación puede tener: aborto, óbito fetal o el nacimiento de un recién nacido con algunas manifestaciones como: sordera congénita, alteraciones en dientes y huesos, hidrocefalia, retraso mental o gravemente enfermo.

Laboratorio		<ul style="list-style-type: none"> • El diagnóstico se basa en pruebas No Treponémicas y Pruebas Treponémicas • Las pruebas treponémico-específicas son las más utilizadas para confirmar el diagnóstico de sífilis en pacientes con un RPR reactivo. • Las PNT pueden producir resultados falso-positivos (1-5 % de los casos) por lo que ante una PNT reactiva debe realizarse una PT para confirmar el diagnóstico de sífilis. • La VDRL es la única prueba validada hasta el presente para ser utilizada en líquido cefalorraquídeo. • Pruebas Rápidas para el diagnóstico de Sífilis (PRS) Son específicas y confirmatorias, debido a que utilizan antígenos recombinantes treponémicos para detectar anticuerpos, se realizan en el lugar de la consulta. • El resultado es fácil de interpretar y se obtiene en escasos minutos. 	
Tratamiento			Dosis
Sífilis temprana (sífilis, latente primaria, secundaria y temprana de no más de dos años de duración)	Esquema I	Penicilina G benzatínica	<ul style="list-style-type: none"> • 2,4 millones de unidades, IM en una sola dosis (1.2 millones en cada Glúteo) *. Previa PPS
	Esquema II Cuando no se puede utilizar penicilina benzatínica o procaína (p. Ej., Debido a alergia a la penicilina) o no están disponibles	Doxiciclina** O	<ul style="list-style-type: none"> • 100 mg dos veces/ día por VO durante 14 días.
		Ceftriaxona O	<ul style="list-style-type: none"> • 1 g por vía IM una vez/ día durante 10 a 14 días.
		Azitromicina	<ul style="list-style-type: none"> • 2 g una vez por VO, dosis única.
Sífilis tardía (infección de más de dos años de duración o en estadio desconocido)	Esquema I	Penicilina G benzatínica	<ul style="list-style-type: none"> • 7.2 millones en total; administrando 3 dosis de 2.4 millones de unidades IM, una vez semanalmente durante tres semanas consecutivas. (1.2 millones en cada glúteo) <i>(Observación: El intervalo entre dosis consecutivas de penicilina benzatínica no debe exceder los 14 días.)</i>

	Esquema II Cuando no se puede utilizar penicilina benzatínica o procaína (p. Ej., Debido a alergia a la penicilina) o no están disponibles	Doxiciclina**	<ul style="list-style-type: none"> • 100 mg dos veces/ día por vía oral durante 30 días.
Neurosífilis Personas adultas		Penicilina G cristalina acuosa	<ul style="list-style-type: none"> • 18-24 millones UI por día, administrada de 3-4 millones de unidades IV cada 4 horas o por infusión continua durante 10-14 días.

Fuente, adaptado de referencias bibliográficas (17) (27) (28) (29) (30) (34) (47)

Importante:

*Una proporción variable de personas desarrollan una reacción sistémica aguda, entre dos a doce horas después de la aplicación de la penicilina, llamada reacción de Jarish-Herxheimer, que consiste en: escalofríos, taquicardia, taquipnea, acentuación de las lesiones cutáneas, cefalea, malestar general, mialgias, incremento de la temperatura mayor de 38°C, vasodilatación con hipotensión, leucocitosis, con resolución espontánea en el término de 12 a 36 hrs. Esta reacción es observada más comúnmente en estadios tempranos de la sífilis, y se debe a la liberación de endotoxinas por la destrucción sérica de las espiroquetas; sin embargo, no afecta el curso de la recuperación.

**No usar en embarazadas.

Sífilis Materna	
Agente causal	Treponema pallidum
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none"> • Treponema pallidum puede atravesar la placenta, en cualquier etapa clínica de la sífilis materna. • El paso del Treponema pallidum a través de la placenta suele ocurrir entre las semanas 16 y 28 del embarazo, pero se han descrito casos desde la semana 9.
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Los mismos descritos en el cuadro de sífilis

Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Una mujer embarazada con sífilis puede presentar aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro y su producto con manifestaciones de SC
Transmisión Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Además de las etapas clínicas de la sífilis, la aparición de la transmisión materno infantil también está influenciada por el tiempo que el feto ha estado expuesto. • La SC es una forma severa del padecimiento, que puede ocurrir en cualquier estadio clínico de la enfermedad materna y también depende de la semana de gestación.
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Para la prevención de SC se debe realizar el diagnóstico en la primera consulta prenatal y se debe indicar a toda embarazada la realización de 2 pruebas de tamizaje para sífilis (RPR o prueba rápida para sífilis) durante su período de embarazo. • La primera prueba de tamizaje se indicará en la primera atención prenatal, idealmente antes de las primeras 12 semanas de gestación. • La segunda prueba se indicará entre la semana 33- 35 de gestación de acuerdo la Norma Hondureña del Sector Salud. “Atención Durante La Preconcepción, El Embarazo, El Parto, El Puerperio y del Neonato 2015”. (74)
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Según evidencia clínica, epidemiológica y/o serológica de sífilis en la embarazada, se deberá iniciar el tratamiento de inmediato. • Es necesario resaltar que el manejo terapéutico de la sífilis debe centrarse en el uso de penicilina (ver tratamiento en el cuadro de sífilis) de acuerdo con el estadio. • Cuando no se puede utilizar penicilina benzatínica o procaína (p. Ej., Debido a alergia a la penicilina) donde la desensibilización a la penicilina no es posible) o no está disponible (por ejemplo, debido a desabastecimientos), la guía de ITS de la OMS sugiere usar, con precaución. <ul style="list-style-type: none"> Eritromicina 500 mg por VO cuatro veces/día durante 14 días ○ Ceftriaxona 1 g IM una vez diariamente durante 10 a 14 días ○ Azitromicina 2 g una vez por VO. • Aunque la eritromicina y la azitromicina tratan a las mujeres embarazadas, no atraviesan la barrera placentaria por completo y, como resultado, el feto no es tratado.

Importante: La reacción de Jarisch- Herxheimer puede producir distrés respiratorio fetal y amenaza de parto prematuro. Esta reacción no debe confundirse con una reacción adversa a la penicilina

Sífilis Congénita	
Agente causal	Treponema pallidum
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none"> • Infección transplacentaria por Treponema pallidum al embrión o feto, desde una madre con sífilis no tratada o inadecuadamente tratada
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • La SC es una enfermedad de amplio espectro clínico y puede manifestarse de la siguiente forma: • El 60% de los RN infectados son asintomáticos al nacimiento, • los sintomáticos desarrollarán síntomas entre las 3 a 8 semanas de vida. • El cuadro clínico puede ser desde oligosintomático hasta formas graves, con cuadros sépticos, muerte fetal y neonatal. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Las manifestaciones clínicas de los niños con sífilis congénita pueden presentarse en cualquier momento antes de los 2 años, generalmente en el período neonatal. ✓ Cerca de dos tercios de los niños desarrollan síntomas en tres a ocho semanas, y raramente surgen manifestaciones clínicas después de tres a cuatro meses.¹⁸ ✓ La SC se divide en: <ul style="list-style-type: none"> ○ Precoz, la que surge hasta el segundo año de vida, ○ Tardía, cuando los signos y síntomas se observan a partir del segundo año de vida. • En los casos de sífilis congénita precoz, la presencia de signos y síntomas al nacimiento depende del momento de la infección intrauterina y del tratamiento durante la gestación.¹⁹
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • La prematuridad y el bajo peso al nacer son complicaciones perinatales frecuentes.^{17,20} • Aborto o Mortinato
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier mujer que no haya recibido atención prenatal antes, o se considera que ha tenido un mayor riesgo de contraer sífilis durante el embarazo debe tener los resultados de una prueba serológica de sífilis bien documentada antes de que ella o su recién nacido sean dados de alta. • Se necesita un RPR cuantitativo de la madre en el momento de la salida para comparar con el resultado de la prueba no treponémica del recién nacido.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se deben realizar pruebas no treponémicas en el suero de todos los recién nacidos de madres con pruebas treponémica o no treponémicas positivas. • EL RPR no es una prueba confirmatoria. A un recién nacido con sospecha de sífilis congénita se le tiene que realizar un RPR para verificar si es doble o cuatro veces que la dilución de la madre; esto no se puede realizar con una prueba rápida. • El diagnóstico de la sífilis congénita puede ser difícil ya que la inmunoglobulina G no treponémica y treponémica materna (IgG) pueden transferirse a través de la placenta al feto, lo que complica la interpretación de las pruebas serológicas reactivas para la sífilis en recién nacidos (lactantes <30 días). • Anticuerpo anti-treponémico específico son de tipo IgG que son transmitidos al niño por la placenta • Un resultado es altamente probable o confirmado de diagnóstico de Sífilis congénita cuando: <ul style="list-style-type: none"> ✓ un título serológico no treponémico cuantitativo en suero que es cuatro veces (o más) más alto que el título de la madre en parto (por ejemplo, título materno = 1: 2, título neonatal \geq 1: 8 o título materno = 1: 8, título neonatal \geq 1: 32) o una prueba de campo oscuro o PCR positiva de placenta, cordón. ✓ Debe recordarse que títulos menores no descartan de forma absoluta sífilis congénita. • Las pruebas serológicas obtenidas en el suero del recién nacido pueden resultar negativas si el título en la madre es bajo o si la madre se infectó al final del embarazo. • Dar seguimiento al niño/niña hasta los dos años.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Regímenes recomendados para una SC confirmada o caso altamente probable</i> <p>Penicilina Sódica: 100,000–150,000 unidades por kg de peso al día Administrado: 50,000 unidades por Kg de peso, dosis IV cada 12 horas durante los primeros 7 días de vida y después cada 8 horas a completar 10 días</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p>Penicilina Procaínica 50,000 unidades por kg de peso IM en una sola dosis por 10 días</p>

Fuente: adaptado de referencias bibliográficas (6)(17)(30)(32)(43)

Chancroide	
Agente causal	Haemophilus ducreyi
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none"> • Comienza con una pústula que evoluciona a úlcera. • Período de incubación: 3 a 7 días.
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras únicas o múltiples, dolorosas, de fondo sucio y halo eritematoso de bordes blandos “chancro blando” e irregulares con secreción purulenta. • Se localiza en pene, vulva, clítoris, cuello uterino, zona perianal y oral
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • En la mitad de los casos se produce inflamación de los ganglios linfáticos que pueden fistulizarse.
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Microscopía: la Tinción de Gram de exudado muestra gran número de pequeños cocobacilos • Gram negativos intracelulares y extracelulares dispuestos en cardumen, sin embargo, es de baja especificidad y sensibilidad por la contaminación de la muestra. • Cultivo: La muestra debe ser inoculada en los medios de cultivo tan pronto como sea posible y no debe transcurrir más de una hora entre la toma y la inoculación. Es difícil de cultivar, requiere de medios de cultivos enriquecidos.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina 1 g VO dosis única • Ceftriaxona 250 mg IM en una sola dosis • Ciprofloxacina 500 mg oral 2 veces/ día por 3 días

Fuente: adaptado de referencias bibliográficas (10) (12) (14) (17) (22) (24) (25)

Herpes Simple	
Agente causal	Virus Herpes Tipo 1 y Tipo 2. (VHS)
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none"> • La enfermedad se caracteriza por la aparición recurrente de lesiones ampollares, dolorosas. • La transmisión del VHS puede ocurrir antes, durante o después de la curación de las lesiones de piel. • Hay que tener presente que algunas personas que se contagian con este VHS pueden presentar infección asintomática e intermitente del virus durante toda su vida.
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • La infección primaria por el VHS (Primoinfección) suele ser asintomática. Lesiones con múltiples vesículas, dolorosas que pueden confluir en una ampolla delgada, frágil, que se rompe con facilidad dejando una úlcera de bordes irregulares. En otros casos se observa varias úlceras individuales, se acompaña de ardor y dolor tipo quemazón, puede haber adenopatía • Puede presentarse con fiebre, cefalea, disuria, dispareunia, eritema y ampollas que se resuelven en 10 a 14 días. • La recurrencia se manifiesta con lesiones eritematosa vesiculares dolorosas, que se resuelven espontáneamente en 5 a 7 días
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Meningitis • Transmisión del virus a los recién nacidos desde una gestante al niño ocurre principalmente durante el parto. • Herpes genital recidivante: Se refiere a la ocurrencia de más de 6 episodios de herpes genital al año. En estos casos está indicada la “terapia de supresión”, aunque ésta no previene las recurrencias una vez que ha finalizado, pero sí disminuye su frecuencia.

Transmisión Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> • La infección neonatal por virus herpes se presenta como infección diseminada, mucocutánea ó encefalitis. • Tienen mayor riesgo de transmisión del virus, las madres que presentan la primoinfección durante el embarazo, siendo menor este riesgo en las que presentan recurrencias. Debiendo hacerse profilaxis a toda embarazada con antecedente de herpes genital antes o durante el embarazo. • El mayor riesgo de infección neonatal se asocia con primoinfección de la madre en las últimas semanas de embarazo. • En un 50% de los casos la madre no registra antecedentes de Herpes genital.
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • La detección directa del virus por hibridación del ADN tiene una sensibilidad y especificidad comparables con otros métodos inmunológicos. • PCR por su alta sensibilidad es la prueba de elección para el diagnóstico de infecciones por VHS que afectan a nivel sistémico y del sistema nervioso central (SNC) • Serología (método de ELISA): Miden anticuerpos tipo IgG e IgM. Se evidencian en suero 4 a 7 días después de la infección y alcanzan un máximo en 2 a 4 semanas.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir 400 mg VO cada 8 horas durante 7 días ○ • Valaciclovir 1 g VO 2 veces/día por 7–10 días
Tratamiento por Herpes recurrente	<ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir 800 mg VO 2 veces/día por 5 días ○ • Aciclovir 800 mg VO 3 veces/día por 2 días ○ • Famciclovir 1 g VO 2 veces /día por 1 día ○ • Valaciclovir 500 mg VO 2 veces/día por 3 días ○ • Valaciclovir 1 g VO una vez/día por 5 días <p>*Aciclovir 400 mg VO 3 veces/día por 5 días también es efectivo</p>

Fuente: adaptado de referencias bibliográficas (14) (17) (22) (24) (25) (39)

Linfogranuloma Venéreo

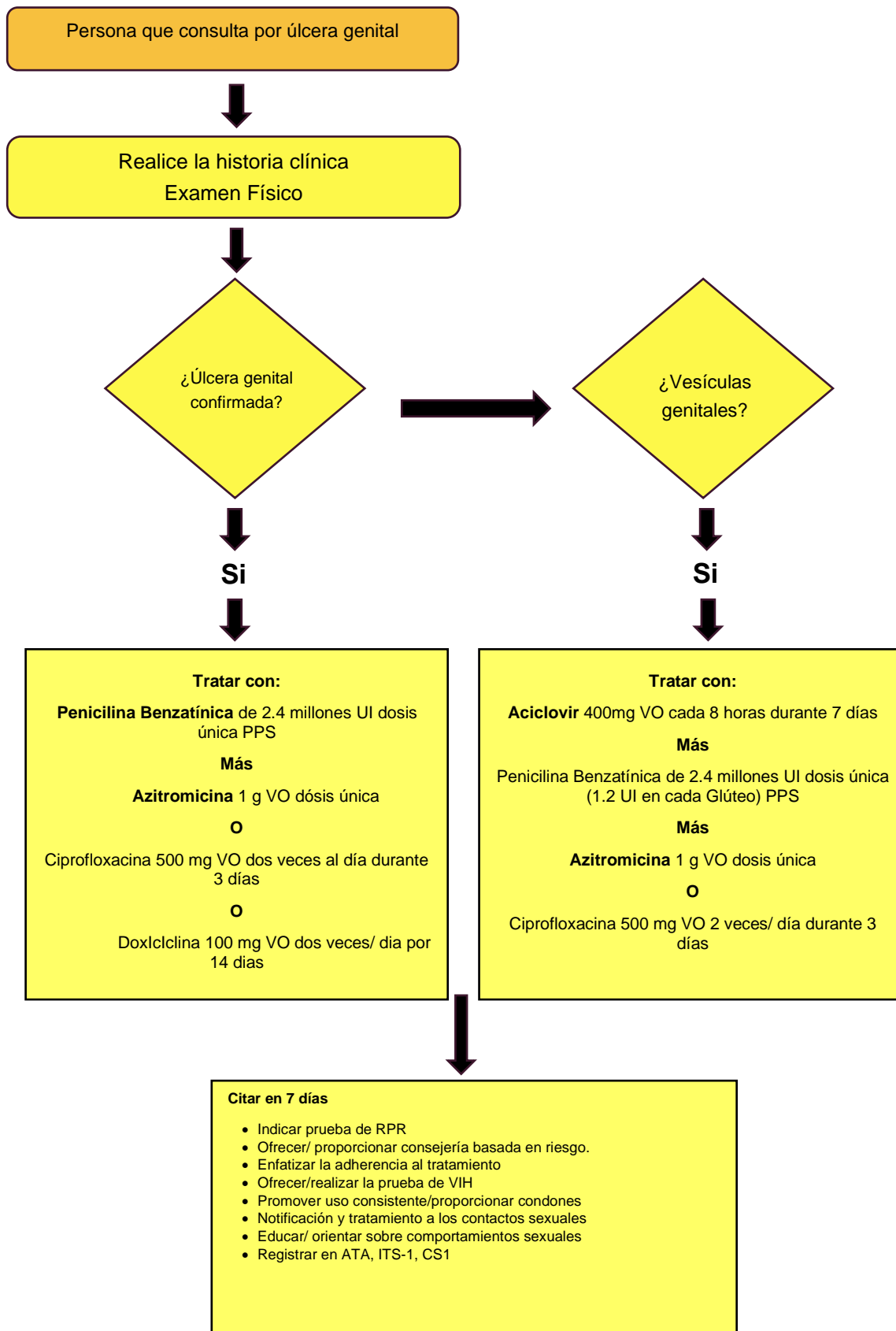
Agente causal	Chlamydia trachomatis serotipos L1, L2 y L3
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none"> • La infección evoluciona desde una mácula o vesícula pequeña en sitio de contacto, se puede encontrar una autolimitada ulcera o pápula genital que cura espontáneamente, seguida de una gran adenopatía regional. • Período de incubación: 3 a 30 días.
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • La enfermedad se inicia con una pápula, pústula, o úlcera herpetiforme, ligeramente dolorosa, que cura espontáneamente en alrededor de una semana. • Con frecuencia es asintomática por lo que puede pasar desapercibida. • A las 2 a 6 semanas aparecen linfadenopatías unilaterales regionales, asociadas a fiebre cefalea y mialgias. • Estas adenopatías confluyen pudiendo fistulizarse. • Si la infección ha ocurrido por relaciones anales, se produce una inflamación rectal hemorrágica, dolorosa y con fiebre
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Las lesiones no tratadas originan cicatrices que obstruyen el drenaje linfático, ocasionando linfedema regional (elefantiasis), estrechez de los tejidos y fístulas uretrales y/o rectales.
Transmisión Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Entre el 25% y el 75% de los hijos de mujeres con Chlamydia trachomatis pueden contagiarse durante el embarazo y el parto. Los síntomas en el recién nacido pueden ir desde una conjuntivitis hasta la infección sistémica severa.
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Inmunofluorescencia indirecta (IFI) empleando como antígeno los serotipos LGV de C. trachomatis. • Los sueros se hacen positivos 2 a 4 semanas después del inicio de la infección • Tomar muestra de lesiones ulceradas o ganglios inguinales y realizar técnicas de amplificación de ácido nucleico de C. trachomatis
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Doxiciclina 100 mg VO 2 veces/ día por 21 días ○ • Azitromicina 1 g VO una vez a la semana por 3 semanas ○ • Eritromicina base 500 mg VO 4 veces/día por 21 días

Fuente: adaptado de referencias bibliográficas (14) (17) (19) (22) (24) (25)

Granuloma Inguinal (Donovanosis)	
Agente causal	Klebsiella granulomatis
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none"> Las lesiones tienen una alta vascularización (es decir, de apariencia roja carnosa y pueden sangrar fácilmente al tacto) Periodo de incubación: 2 semanas a 3 meses
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> Lesiones ulcerosas progresivas e indoloras en los genitales, perineo sin linfadenopatías regionales Pueden aparecer granulomas (pseudobubones)
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> La infección extra genital puede ocurrir con extensión de la infección a la pelvis, o puede diseminarse a órganos intraabdominales, huesos o la boca. Las lesiones también pueden desarrollarse de forma secundaria a infección bacteriana.
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> El organismo causante del granuloma inguinal es difícil de cultivar. El diagnóstico requiere la visualización de tinciones oscuras. Cuerpos de Donovan en preparación de aplastamiento de tejido o biopsia.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Azitromicina 1 g por VO una vez a la semana por 3 semanas y hasta que todas las lesiones hayan cicatrizado.
Tratamiento alternativo	<ul style="list-style-type: none"> Doxiciclina: 100 mg VO 2 veces/día por lo menos 3 semanas y hasta que todas las lesiones hayan cicatrizado. ○ Eritromicina base: 500 mg VO 4 veces/día por más de 3 semanas hasta que las lesiones hayan cicatrizado.

Fuente: adaptado de referencias bibliográficas (14) (17) (19) (22)

7.3.1.5. Flujoograma de atención Síndrome de Úlcera Genital





Chancro sífilítico típico en el prepucio: úlcera bien delimitada de bordes elevados, firme, de base limpia, no mayor a 1 cm de diámetro, casi siempre única.



Chancro sífilítico típico en el prepucio: úlcera bien delimitada, de bordes elevados, firme, de base limpia, que ejemplifica el signo del "botón engastado" a la palpación.



Vesículas agrupadas en "racimo" sobre la superficie de cuerpo del pene.



Úlceras confluentes de bordes eritematosos con secreción serosa abundante sobre el prepucio.



Múltiples úlceras pequeñas con halo eritematoso, de aspecto sucio, en los labios menores de la vulva.

Fuente: Referencia Ilustración (1)

7.3.1.6 Flujoograma de atención Sífilis Congénita

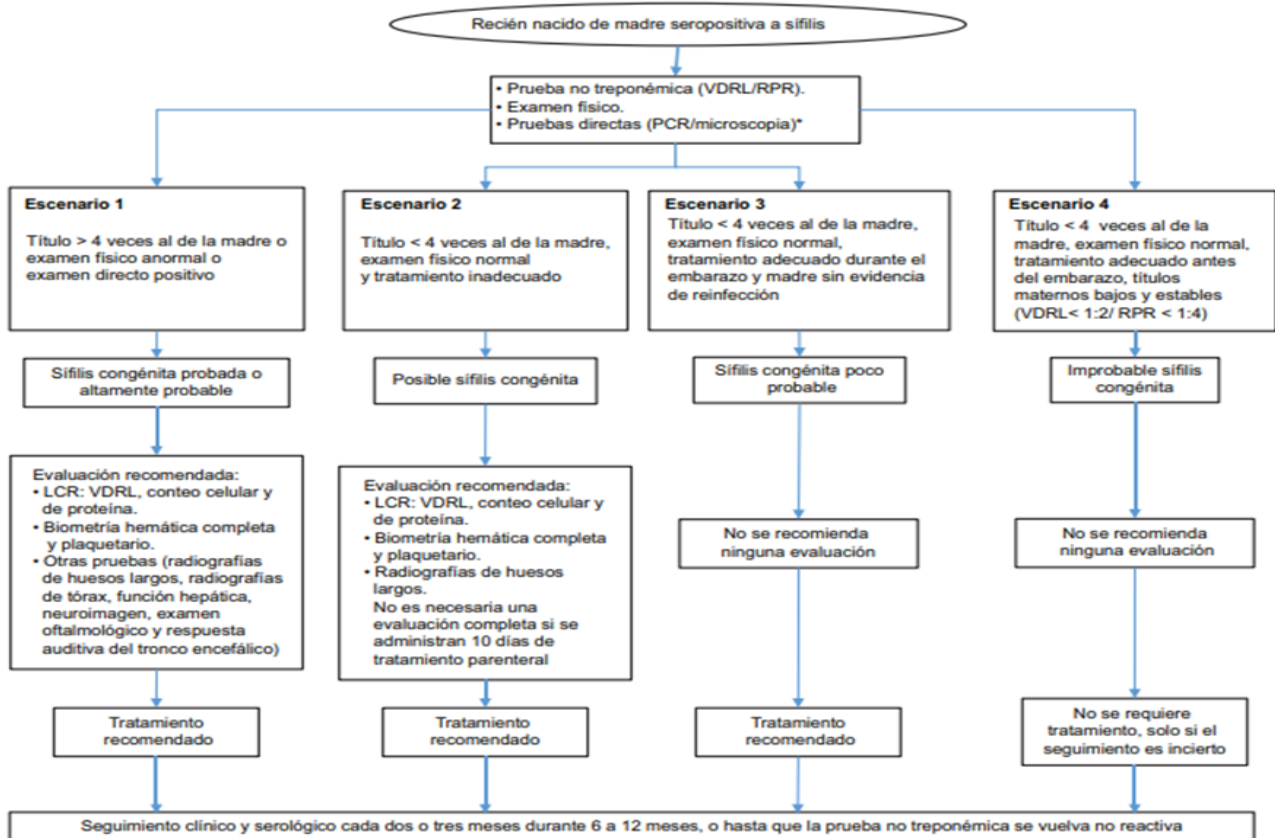


Figura 4. Algoritmo relativo al recién nacido. Adaptado de Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015, Centers for Disease Control and Prevention.

Fuente: adaptado del Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas para Atención Integral a las Personas con Infecciones de Transmisión Sexual, 2020.

Recordar: a) Realizar prueba no treponémica en sangre periférica de todos los recién nacidos de madre con prueba rápida o prueba no treponémica reactiva al momento del parto, independientemente de tratamiento previo realizado; b) VDRL: venereal disease research laboratory; c) STORCHZ: sífilis, toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes virus simple y virus Zika.
Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: sífilis congénita y niño expuesto a la sífilis

7.3.2 - Síndrome de Secreción Uretral

Definición: La persona presenta molestias por secreción en la parte anterior de la uretra, la cual puede ir acompañada de disuria, tenesmo vesical, irritación en el glande/ prepucio y comezón. La secreción uretral puede ser abundante, en un inicio presenta aspecto mucoso y luego tornarse purulento.

7.3.2.1 Tratamiento sintomático

Independientemente si el establecimiento de salud cuenta o no con laboratorio, a todas las personas que consultan por una secreción uretral, o que a esta se le identifique durante el proceso de detección, se les debe brindar tratamiento sin retrasar el inicio de este, de acuerdo con el siguiente esquema:

	Elección	Tratamiento	Dosis
Si la persona pesa <150 kgs (300 lbs)	Esquema 1	Ceftriaxona MAS Doxiciclina	500 mg IM dosis única 100 mg por VO dos veces/día durante 7 días
Si la persona pesa >150kgs (300 lbs)		Ceftriaxona MAS Doxiciclina	1 g de IM dosis única 100 mg por VO dos veces/día durante 7 días
	Alternativo	Gentamicina MAS Azitromicina MAS Doxiciclina	240 mg IM como dosis única 2 g por vía oral como dosis única 100 mg por VO dos veces/día durante 7 días

Fuente: adaptado de referencias bibliográficas (14) (17) (19)

Los estudios que se realizan en la vigilancia centinela de las ITS en las poblaciones clave, confirmarán la existencia de los agentes etiológicos *N. gonorrhoeae* y *C. Trachomatis*:

- Si coincide con el diagnóstico inicial, se continuará con el tratamiento establecido en la primera atención.
- Si los resultados reportan agentes etiológicos distintos al diagnóstico inicial, se indicará el tratamiento específico de acuerdo con el enfoque etiológico.
- Si se dispone de medios de laboratorio fiables, puede establecerse la distinción entre estos dos gérmenes y puede aplicarse un tratamiento específico.
- Los síntomas persistentes o recurrentes de uretritis (inflamación de la uretra) pueden deberse a: una resistencia farmacológica, un mal cumplimiento del tratamiento o una reinfección.
- Si los síntomas persisten o reaparecen después de un tratamiento adecuado para la gonorrea y para la infección por clamidias en el paciente y en su pareja/s, se le debe dar tratamiento para la tricomoniasis si en la zona geográfica se dan casos de esta ITS.

7.3.2.2 Diagnóstico clínico

Existe tres formas clínicas de uretritis:

- Uretritis agudas: menor a un mes de evolución.
- Uretritis persistentes: que no mejora después de una semana de tratamiento.
- Uretritis recidivante o crónica: aparece en las seis semanas siguientes a la administración del tratamiento específico y sin factores de riesgo asociado (sexo oral, anal, etc.)

7.3.2.3 Diagnóstico de Laboratorio

Las pruebas para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* están disponibles en los establecimientos de salud que cuentan con la Estrategia de Vigilancia Centinela de las ITS (VICITS) para poblaciones claves. (ver anexo 2)

“Ver Lineamientos para el Diagnóstico Etiológico e interpretación del resultado de las pruebas para Infecciones de Transmisión Sexual de la Secretaría de Salud, Honduras 2020.”

7.3.2.4 Características clínicas de las patologías que producen secreción uretral

Gonorrea	
Agente causal	Neisseria gonorrhoeae
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none"> • La gonorrea es una enfermedad que afecta diferentes tipos de mucosas, de preferencia la uretra en el hombre (uretritis) y cuello uterino en la mujer (cervicitis). Otras ubicaciones son: rectal, conjuntival y faríngea. • Periodo de incubación: 3 a 5 días • Sin tratamiento la infección puede diseminarse pudiendo infectar otros órganos
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • <i>En hombres:</i> Flujo uretral purulento, disuria y aumento de la frecuencia miccional. • <i>En mujeres:</i> con frecuencia la infección es asintomática (20% – 50%). Cuando se manifiesta, puede presentarse con disuria y flujo vaginal proveniente del cuello uterino. Hasta en un 20% de los casos puede haber compromiso del útero presentando inflamación y dolor abdominal bajo. • <i>En hombres y mujeres:</i> inflamación y dolor en recto y ano, sensación de humedad en el ano. Si el contacto sexual es oral puede haber compromiso de faringe y adenopatías cervicales. También puede cursar con compromiso ocular: conjuntivitis purulenta abundante.
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Infección genital: sin tratamiento puede conducir a esterilidad en hombres y mujeres. • En mujeres puede producir: EPI, embarazo ectópico, puede provocar epididimitis, estenosis uretral. • Infección ocular: puede producir ceguera • Algunas personas pueden desarrollar infección gonocócica diseminada, caracterizada por artritis en rodillas, tobillos y muñecas, erupción cutánea hemorrágica o necrótica, fiebre. Puede también presentarse como meningitis y endocarditis gonocócica. • El tratamiento oportuno produce una mejoría en las primeras 24 horas.

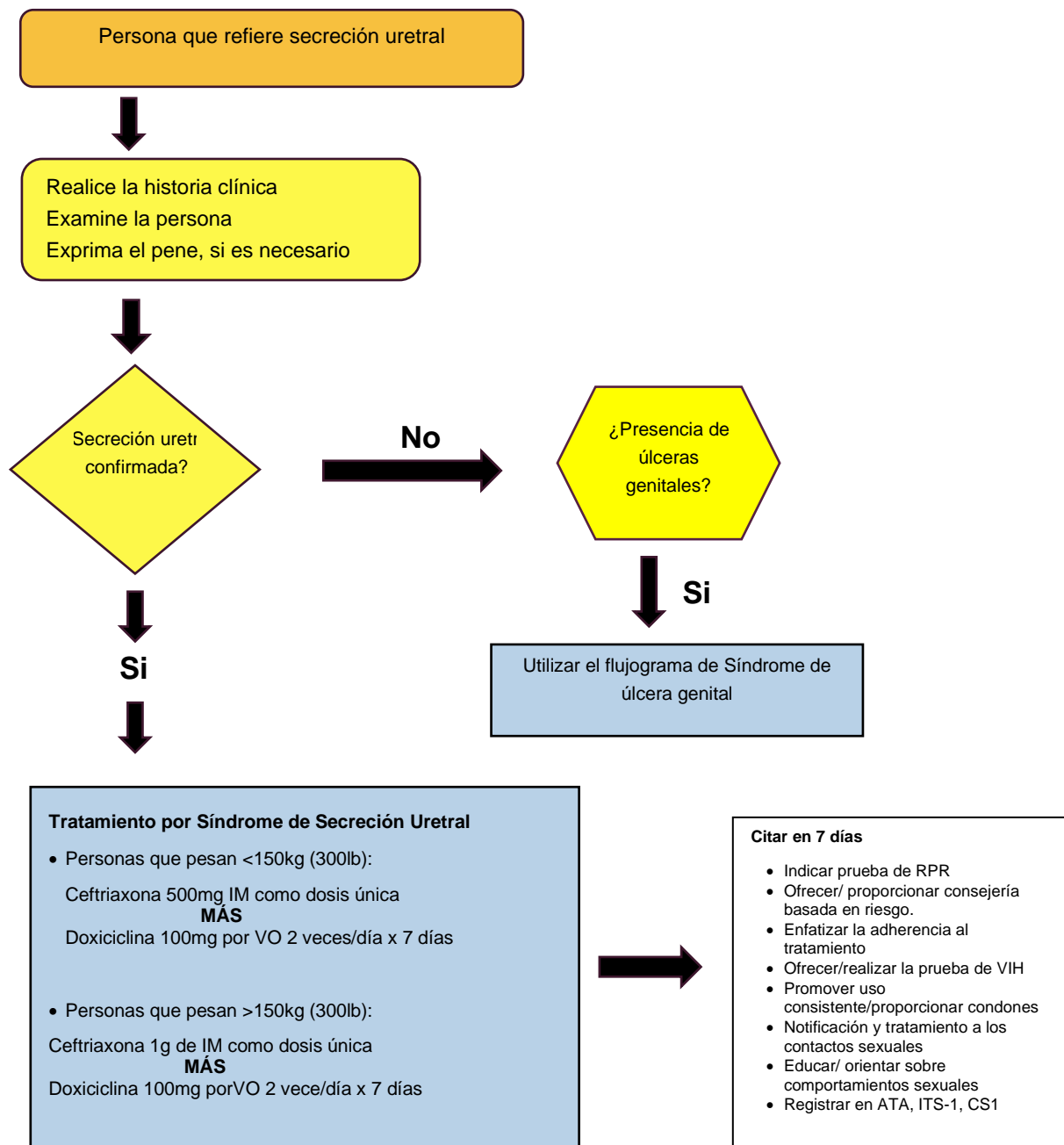
Transmisión Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> • En los recién nacidos: La infección la pueden adquirir en el canal del parto de una gestante con gonorrea no tratada o inadecuadamente tratada. • El compromiso ocular sin medidas profilácticas tiene una transmisibilidad de 30% al 50%. Se presenta de uno a trece días después del parto, casi siempre bilateral caracterizado por inflamación y secreción purulenta. • Profilaxis ocular a todo recién nacido, en el post parto inmediato, con colirio cloranfenicol o ungüento de eritromicina.
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • En hombres: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tinción de Gram: la presencia de diplococos Gramnegativos intracelulares en secreción uretral o conjuntival es considerado el método preferible para el diagnóstico • En mujeres: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tinción de Gram: Considerada identificación presuntiva, es una técnica poco sensible para el diagnóstico y requiere identificación confirmatoria como el cultivo de secreción endocervical en medio selectivo. ✓ Cultivo: técnica de menor rendimiento por su menor sensibilidad es el gold standard para diagnóstico clínico y necesario para la vigilancia de resistencia antimicrobiana ✓ Técnicas de amplificación de ácido nucleico.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Personas que pesan <150 kg (300 lb) Ceftriaxona 500 mg IM como dosis única • Para personas que pesen ≥150 kg (300 lb) Ceftriaxona 1 g IM dosis única
Tratamiento alternativo	<ul style="list-style-type: none"> • Gentamicina 240 mg IM en una sola dosis MAS • Azitromicina 2 gr. VO en una sola dosis O • Cefixime 800 mg VO en una sola dosis

Fuente: adaptado de referencias bibliográficas (14)(17)(19)(22) (40)(41)(53)

Chlamydia Trachomatis	
Agente causal	Chlamydia trachomatis serotipos D hasta K
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none"> • Es muy frecuente en el mundo afectando principalmente a personas jóvenes. Es asintomática en los hombres hasta el 50% y en las mujeres hasta el 75% de los casos. • El período de incubación es de 7 a 21 días.
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se manifiestan presentan flujo uretral o cervical. La secreción es escasa y de aspecto claro. • En algunos casos sólo se presenta disuria, inflamación y dolor genital. • La C. trachomatis puede producir conjuntivitis tanto en adultos como en recién nacidos.
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Si no es tratada a tiempo, la infección por C. trachomatis puede producir esterilidad.
Transmisión Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Entre el 25% y el 75% de los hijos de mujeres con C. trachomatis pueden contagiarse durante el embarazo y el parto. • Los síntomas en el recién nacido pueden ir desde una conjuntivitis hasta la infección sistémica severa.
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Para las mujeres, la infección urogenital por C. trachomatis puede ser • Diagnosticado mediante hisopado vaginales o cervicales u orina de primera micción. • Para hombres, la infección uretral por C. trachomatis se puede diagnosticar mediante prueba de orina de primera micción o un hisopado uretral. • Las técnicas de amplificación de ácido nucleico son las pruebas más sensibles y recomendadas.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Doxiciclina 100 mg VO vía oral dos veces/día durante 7 días
Tratamiento alternativo	<ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina 1 g. VO en una sola dosis ○ • Levofloxacina 500 mg VO una vez/día por 7 días

Fuente: adaptado de referencias bibliográficas (14) (17) (19) (22) (24) (57)

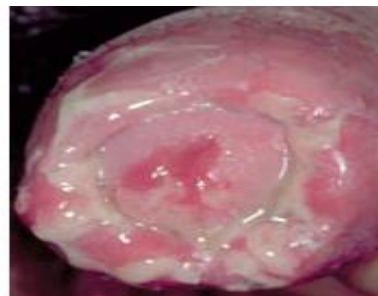
7.3.2.4.3 Flujoograma de atención del Síndrome de Secreción uretral



Fuente: referencia Ilustración (2)



Salida de secreción mucoida en el meato uretral y el prepucio



Secreción blanquecina abundante en el meato uretral y el prepucio

7.3.3 - Síndrome de Flujo Vaginal

Definición: Se considera síndrome de flujo vaginal al aumento de la cantidad de secreciones vaginales, con cambio de color, olor y consistencia, a veces acompañado o no de prurito o irritación vulvar, en algunos casos con disuria y dispareunia.

En general, el flujo vaginal es normal, especialmente, en mujeres en edad reproductiva. Estas secreciones se pueden tornar de un color blanquecino u amarillento al exponerse al aire; además, la cantidad varía durante el ciclo menstrual a medida que los niveles hormonales del cuerpo cambian ; también se debe considerar un flujo vaginal normal que deriva de la trasudación de fluidos de los vasos capilares de la vagina mezclados con secreciones de las glándulas de Bartholin, de Skene y del endometrio.

Es difícil distinguir una cervicitis de una vaginitis cuando no se puede hacer un examen ginecológico (utilización de espejo vaginal). Sin embargo, al utilizar los resultados de estudios sobre la etiología de ITS, en el manejo sindrómico se ha desarrollado una forma de señalar que la usuaria está afectada por una cervicitis, mediante un análisis que evalúa la existencia de factores de riesgo.

Ante la consulta de una mujer que refiere tener flujo vaginal anormal, se le pregunta si es sexualmente activa. Si la respuesta es positiva, se evalúa lo siguiente:

EVALUACION DE EXISTENCIA DE FACTORES DE RIESGO ⁽²⁾

A	Mujer sexualmente activa sin pareja estable	2
B	Ha tenido más de una pareja en los últimos tres meses	1
C	Pareja nueva en los últimos tres meses	1
D	Pareja con secreción uretral	2
E	Mujer menor de 21 años	1
Si la suma es mayor o igual a 2 , la evaluación de riesgo es POSITIVA y se debe tratar como Cervicitis		

Síndrome de Flujo vaginal incluye:

Flujo vaginal	Valoración de riesgo	Patología	Agente etiológico
	Valoración vaginal sin especulo, no laboratorio y valoración de riesgo es positiva	Cervicitis mucopurulenta Vulvovaginitis	<ul style="list-style-type: none"> • Neisseria gonorrhoeae • Chlamydia trachomatis
	Valoración vaginal sin especulo, no laboratorio y valoración de riesgo negativa	Vaginitis	<ul style="list-style-type: none"> • Trichomonas Vaginalis • Candida Albicans • Vaginosis Bacteriana (VB)

7.3.3.1 Tratamiento sintomático

Independientemente si el establecimiento cuenta o no con laboratorio, a todas las mujeres que presenten flujo vaginal se les debe brindar tratamiento sin retrasar el inicio de este, de acuerdo con las siguientes patologías.

Patología	Elección	Tratamiento	Dosis
Cervicitis <i>Presenta flujo vaginal y valoración de riesgo positiva</i>	Esquema 1	Ceftriaxona MÁS Doxiciclina MÁS Metronidazol y/o tinidazol	500 mg de IM dosis única 100 mg por VO 2 veces/ día x 7 días 2gr por VO dosis única
	Alternativo	Azitromicina MÁS Levofloxacina MÁS Metronidazol y/o Tinidazol	1g por VO dosis única 500 mg por VO una vez/día x 7 días 2g por VO dosis única
Vaginitis <i>Presenta flujo vaginal y valoración de riesgo negativa</i>	Esquema 1	Metronidazol MÁS Clotrimazol óvulos	2g por VO dosis única 500 mg intravaginal en dosis única
	Alternativo	Metronidazol O tinidazol	2g por VO dosis única 2g por VO dosis única

Debe advertirse a las pacientes que toman metronidazol o tinidazol que deben evitar el consumo de alcohol. No se recomienda el uso de metronidazol en el primer trimestre del embarazo.

7.3.3.2 Diagnóstico Clínico

- La detección clínica de una infección cervical es difícil debido a que en una gran cantidad de mujeres la infección cervical gonocócica o por clamidiasis es asintomática. El síntoma de flujo vaginal anormal es altamente indicativo de infección vaginal, aunque es un mal predictor de infección cervical.

- Es importante señalar que en una mujer pueden coexistir ambas infecciones Vaginitis y cervicitis.
- Es fundamental el examen ginecológico con espéculo, para diferenciar entre vaginitis y cervicitis.
- Existen además causas no infecciosas que provocan flujo vaginal por aumento del pH vaginal (Hipoestrogenismo, duchas vaginales, menstruación, mala higiene, jabones, perfumes, anticonceptivos orales, uso de antibióticos, etc.).

7.3.3.3 Características clínicas de las patologías que producen el flujo vaginal

Descripción de los agentes patógenos de Neisseria gonorrhoeae ,Chlamydia trachomatis se puede ver arriba en síndrome de secreción uretral .

Cervicitis	
Agente causal	Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres con una evaluación de riesgo positiva tienen más posibilidades de desarrollar una infección cervical que aquellas con riesgo negativo. • Para tomar la decisión de instaurar el tratamiento para la infección cervical, es importante conocer cuál es la prevalencia local de la N. gonorrhoeae y/o la C. trachomatis en mujeres que presentan flujo vaginal. • Cuanto mayor sea la prevalencia, mayor será la justificación para comenzar un tratamiento. • Desde el punto de vista clínico, la cervicitis suele clasificarse como aguda o crónica, siendo esta última la responsable de un gran número de casos.

Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • En muchas ocasiones no produce síntomas apreciables • La inflamación del cuello del útero es frecuentemente asintomática, y en mujeres sintomáticas a menudo los síntomas son inespecíficos, siendo los más significativos la presencia de un aumento del flujo vaginal y/o hemorragia intermenstrual, habitualmente relacionada con el coito. • En el examen ginecológico la cervicitis típicamente se manifiesta por la presencia de un exudado endocervical mucopurulento en el canal endocervical (cervicitis mucopurulenta) y/o sangrado fácilmente inducible mediante el roce ligero con un hisopo de algodón a través del orificio cervical externo (friabilidad).
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • La importancia de su detección y del tratamiento correcto radica en que la infección silente puede originar complicaciones como salpingitis, endometritis y enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y graves consecuencias en gestantes. • Los signos clínicos de cervicitis y/o endometritis pueden ser los únicos presentes en pacientes con EPI. • En mujeres con infecciones del tracto genital inferior el riesgo de desarrollar una EPI se estima entre el 20 y 80% dependiendo del retraso en el diagnóstico, la presencia de coinfección y otros factores dependientes del huésped. • Por otra parte, se acepta que la presencia de inflamación cervical puede jugar un papel en la transmisión del VIH, incrementando tanto la susceptibilidad a la infección por el virus.
Transmisión Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> • En mujeres embarazadas la infección por <i>C. trachomatis</i> se ha asociado con un aumento del riesgo de embarazo ectópico, parto prematuro, rotura prematura de membranas, aborto espontáneo y morbilidad infantil.

Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Para confirmar la existencia de inflamación cervical puede realizarse un examen microscópico mediante tinción de Gram, cuantificando los leucocitos polimorfonucleares (PMN) en la secreción endocervical. Se considera significativo un recuento 30PMN/campo. • La muestra del exudado endocervical debe ser cultivada en medios selectivos como Thayer-Martin o Martin-Lewis que favorecen el crecimiento de N.gonorrhoeae. Para el diagnóstico de C. tracomatis deben utilizarse técnicas de NAAT puesto que, al ser una bacteria intracelular, requiere cultivos celulares y las técnicas de detección antigénica carecen de suficiente sensibilidad.
Tratamiento	Ver arriba y en el flujograma tratamiento para la cervicitis gonocócica y por clamidia a mujeres con secreción vaginal y evaluación de riesgo positiva

Fuente adaptada de referencias bibliográficas (12) (13) (14) (17) (30) (44)

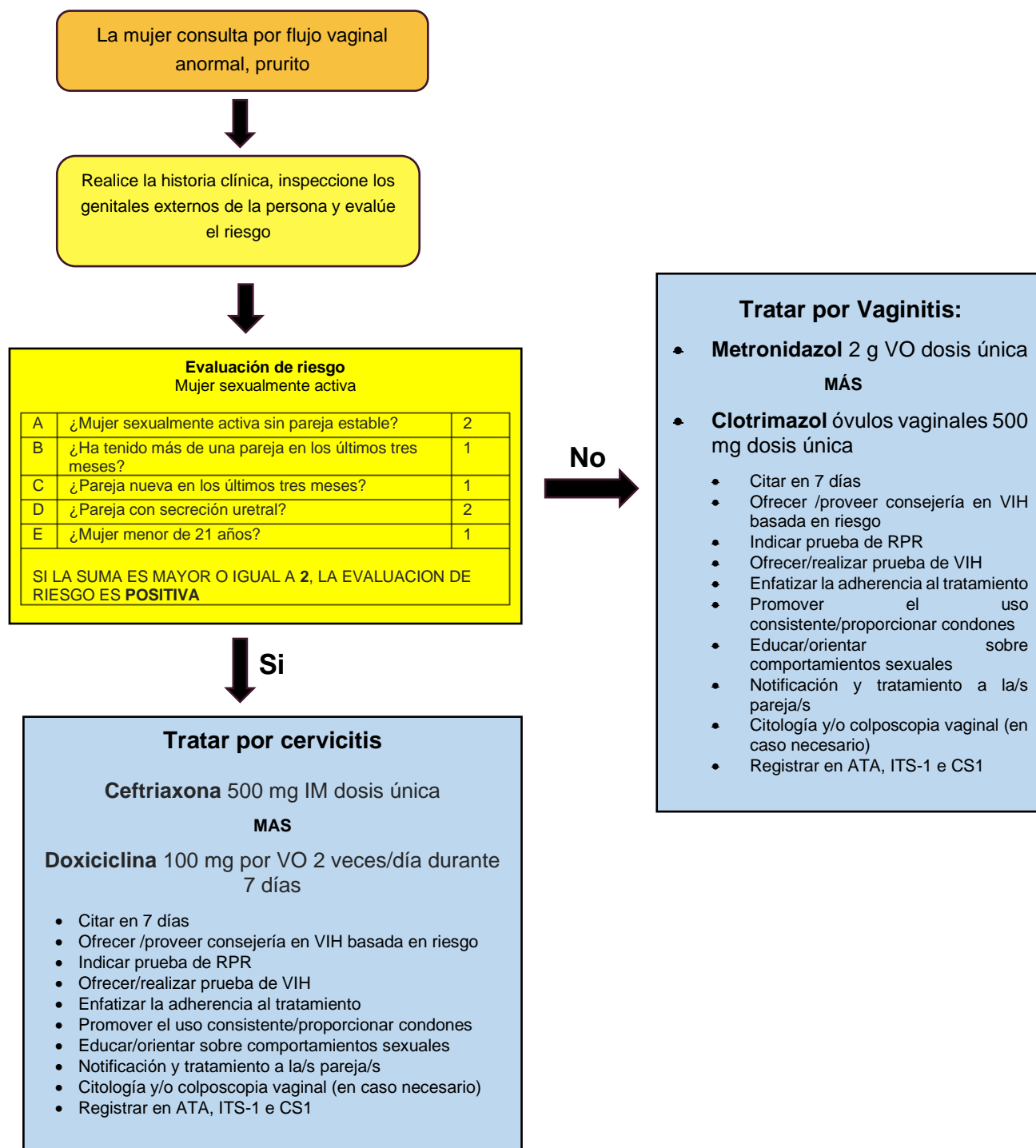
Vaginitis	
Agente causal	<ul style="list-style-type: none"> • Trichomonas Vaginalis • Candida Albicans
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none"> • El protozoo flagelado T. vaginalis se transmite casi exclusivamente por vía sexual en adultos. • Mientras que la tricomoniasis es una ITS, la vaginosis bacteriana es una infección endógena del tracto reproductivo. • La vaginosis bacteriana (VB) es un síndrome clínico que se origina por el reemplazo del Lactobacillus sp. productor del peróxido de hidrógeno normal, por altas concentraciones de bacterias anaerobias como Gardnerella vaginalis y Mycoplasma hominis. • En la mayoría de los casos, la Candida albicans (C. albicans) es la causa de la candidiasis vulvovaginal. • La candidiasis vulvovaginal es la segunda causa de infección vaginal en la mujer después de la vaginosis bacteriana. • En la mayoría de los casos de Candidiasis no es adquirida sexualmente, pero las prácticas sexuales con contacto oro genital favorece la colonización e infección. • El uso de antibióticos de amplio espectro y antisépticos locales favorece el desarrollo de C. albicans, por un desbalance del microbiota vaginal, usos anticonceptivos orales y algunas patologías asociadas (diabetes, inmunosupresión y otras).
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • La infección puede ser asintomática. • Los signos y síntomas típicos de la forma aguda de la vaginitis causada por T. vaginalis son leucorrea, descarga vaginal mucopurulenta amarillo-verdosa de mal olor, y ocasionalmente sangramiento anormal o postcoital, o descarga vaginal de color café y picazón. • Otros síntomas que sugieren infección por T. vaginalis son pH vaginal elevado, presencia de leucocitosis vaginal y eritema vulvar • Hasta el 20% de las mujeres afectadas por la infección pueden ser asintomáticas. • Cuando los síntomas se manifiestan, pueden presentarse como prurito vulvar, dolor y flujo vaginal no fétido, que puede tener aspecto de leche cuajada. • El examen clínico puede revelar la presencia de eritema vulvar (enrojecimiento) o excoriaciones relacionadas con el rascado y el edema vulvar. • La candidiasis puede presentarse como cuadro agudo no complicado o como cuadro recurrente

Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha demostrado una asociación entre T. vaginalis, Vaginosis Bacteriana y resultados adversos en el embarazo, como la ruptura prematura de membranas, el parto prematuro y el bajo peso al nacer.
Transmisión Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Los recién nacidos hijos de madres con Cándida, al pasar por el canal de parto, pueden desarrollar candidiasis oral o genital.
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • El diagnóstico de laboratorio de tricomoniasis puede efectuarse por métodos microscópicos, cultivo o técnicas de amplificación de los ácidos nucleicos (NAAT). • Tomar muestra para realizar un examen microscópico: preparar la muestra en fresco para diferenciar tricomoniasis, candidiasis y gardnerella. • Clue Cell se observa en vaginosis bacteriana y se diagnostica con la observación microscópica de la tinción de Gram • En el consultorio, realizar la medición del pH del flujo vaginal mediante el uso de cinta de medición del pH, y realizar la prueba de aminas con la adición de KOH al 10% en busca de la liberación de olor a pescado. • Realizar diagnóstico clínico, propuesto por Amsel et al. (ver Anexo b3)
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Ver tratamiento arriba y en el flujograma

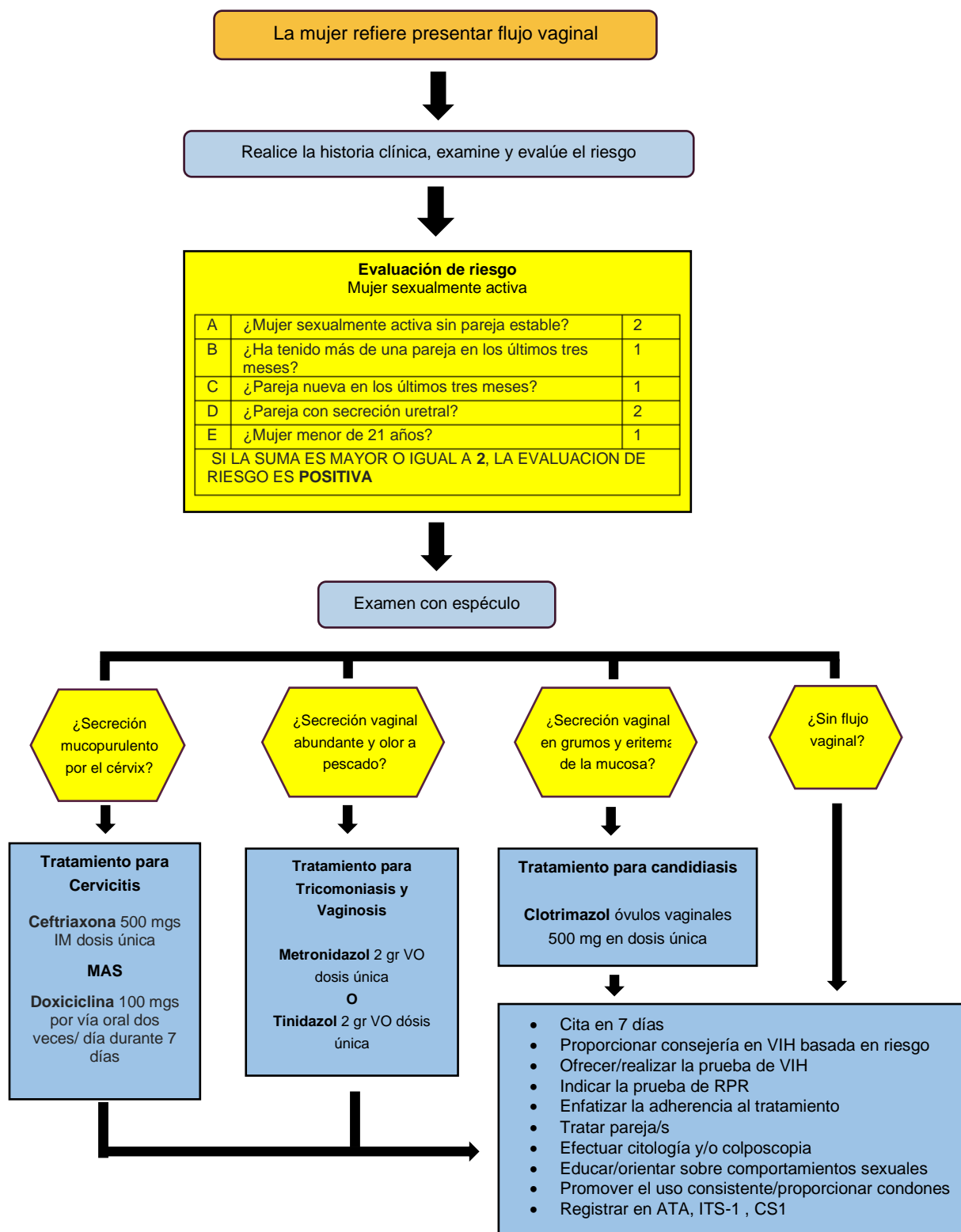
Fuente: referencias adaptado de bibliográficas (14) (17) (19) (22) (24) (44) (46) (48)

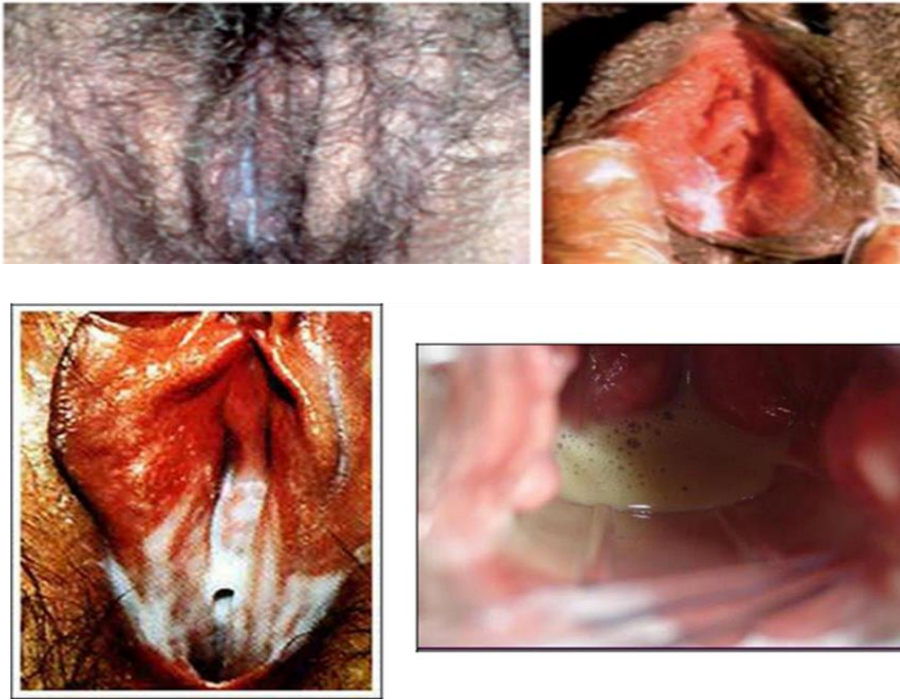
7.3.3.4 Flujoograma de atención del Síndrome Flujo Vaginal

(Sin espéculo)



7.3.3.5 Flujoograma de atención del Síndrome Flujo Vaginal (Con espéculo)





Fuente: referencia Ilustración (3)

7.3.4 - Síndrome de Bubón Inguinal

Definición: Los bubones inguinales y femorales son agrandamientos dolorosos, de los ganglios linfáticos inguinales, fluctuantes (suaves con sensación de contener liquido en su interior) localizados.

Suelen estar asociadas con el linfogranuloma venéreo y el chancroide. En muchos casos de chancroide, se observa una úlcera genital asociada. ⁽¹¹⁾

Es importante recordar que el evento de linfadenopatía inguinal es más frecuente que el bubón inguinal y que su correcta diferenciación es crucial para la adecuada indicación terapéutica por lo que siempre se debe determinar si el aumento en el tamaño de los ganglios linfáticos inguinales corresponde realmente a un bubón.

7.3.4.1 Tratamiento Sindrómico

El tratamiento del bubón inguinal incluye medicamentos para *Chlamydia trachomatis* y *Haemophilus ducreyi*

Patología	Elección	Tratamiento	Dosis
Bubón Inguinal	Esquema 1	Doxiciclina	100 mg por VO cada 12 horas x 21 días
		MÁS	
		Azitromicina	1 gr por VO una sola dosis

7.3.4.2 Diagnóstico Clínico:

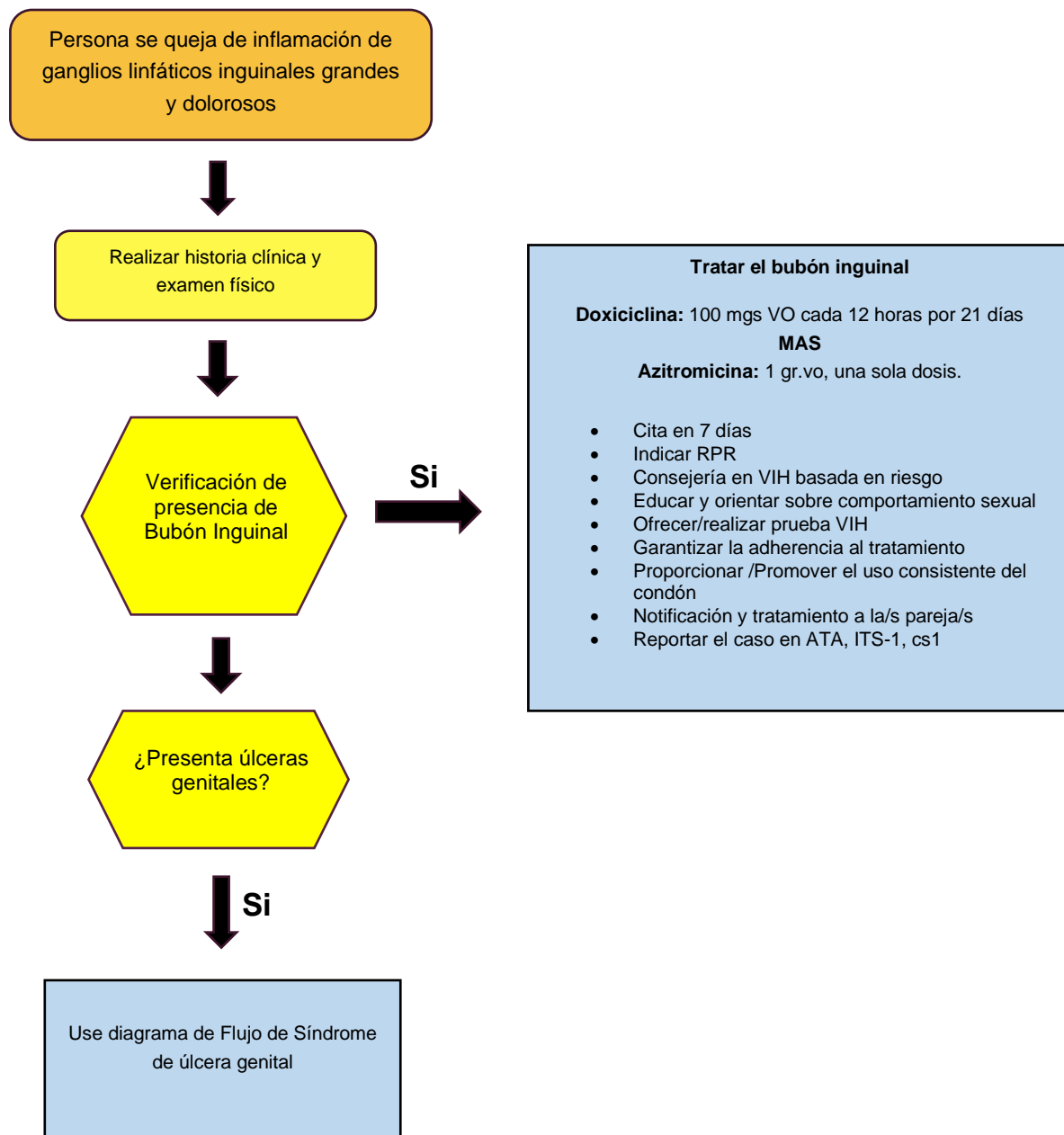
Ver arriba diagnóstico clínico de *Chlamydia trachomatis*, *Haemophilus ducreyi*, *Klebsiella granulomatis*

7.3.4.3 Características clínicas de la patología

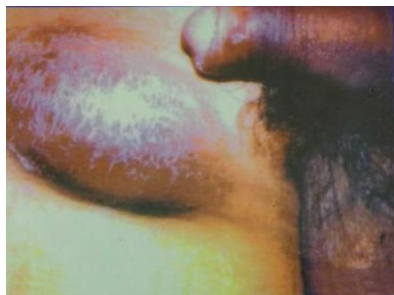
Bubón Inguinal	
Agente causal	Chlamydia trachomatis, Haemophilus ducreyi, Klebsiella granulomatis
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none">• Periodo de incubación es variable depende del agente etiológico, como se mencionó anteriormente el Haemophilus ducreyi tiene un período de incubación de 3 a 5 días y la Chlamydia trachomatis de 8 a 21 días• El diagnóstico está basado en la sospecha clínica, en el espectro epidemiológico y en la exclusión de otras patologías que causen linfadenopatía inguinal o úlceras genitales y/o rectales
Síntomas	<p><i>Diagnóstico diferencial de los Bubones</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Chlamydia trachomatis: Nódulos subcutáneos en genitales o región inguinal que se erosionan y forman úlceras.• Haemophilus ducreyi: Únicos o múltiples, dolorosos de bordes blandos e irregulares con secreción.• Klebsiella granulomatis: Son lesiones que tienen una alta vascularización y pueden sangrar fácilmente al tacto, las mismas pueden evolucionar a lesiones ulcerosas, progresivas e indoloras sin linfadenopatía regional
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none">• Cultivo, tinción de Gram, RT-PCR para Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Descrito en el tratamiento sindrómico arriba mencionado

Fuente: adaptado de referencias bibliográficas (14) (17) (19) (22) (24) (73)

7.3.4.4. Flujoograma de atención del Síndrome de Bubón Inguinal



Fuente: referencia Ilustración (4)



7.3.5 - Síndrome de Dolor Abdominal Bajo

Definición: La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es un síndrome clínico frecuente que engloba la patología infecciosa en el sistema reproductor femenino.

- La EPI, se debe a una respuesta inflamatoria en el aparato genital femenino secundario a la disrupción de las barreras naturales y el ascenso de patógenos al tracto genital superior.
- Esta se asocia predominantemente a la proliferación de microorganismos asociados con una ITS; en especial *N. gonorrhoeae* y *C. Trachomatis*. ⁽¹⁾
- Los microorganismos que componen la flora vaginal (por ejemplo, anaerobios, *G. vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, bacilos Gram-negativos entéricos, y *Streptococcus agalactiae*) también se han asociado con EPI. ⁽¹²⁾
- También es posible una etiología iatrogénica, representada principalmente por la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) o cualquier prueba invasiva capaz de arrastrar los gérmenes de la flora vaginal al tracto genital superior, como la histerosalpingografía (HSG) y la histeroscopia.

7.3.5.1 Tratamiento sintromico

- Brindar tratamiento sintromico ante la presencia de mínimos signos y/o síntomas sugestivos de EPI, lo más pronto posible; debido a la falta de criterios diagnósticos clínicos definitivos y a las potenciales consecuencias de no tratarla una vez descartado que el caso que se presenta no corresponde a una urgencia quirúrgica.
- En casos severos se recomienda remitir para manejo hospitalario y para la realización de pruebas diagnósticas adicionales
- Dado que la diferenciación de los agentes patógenos es clínicamente imposible y el diagnóstico preciso es difícil, el abordaje terapéutico debe ser efectivo para un amplio rango de agentes patógenos que incluya *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, bacterias anaerobias (*Bacteroides* spp. y cocos Gram positivos).
- También incluye bacilos gramnegativos facultativos y *Mycoplasma hominis*

Patología	Elección	Tratamiento	Dosis
Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)	Esquema 1	Ceftriaxona MÁS Doxiciclina MÁS Metronidazol	500 mg de IM dosis única 100 mg por VO 2 veces/ día x 14 días 500 mg por VO cada 12 horas x 14 días

Recordar : Las personas con EPI que tengan un manejo ambulatorio deben controlarse durante 72 horas y es necesario hospitalizarlas cuando no mejoren. (18)

7.3.5.2 Diagnóstico Clínico

- El diagnóstico de EPI se hará ante la presencia de dolor abdominal bajo, dolor a la palpación de los anexos o dolor a la movilización del cérvix.
- Tener al menos uno de los siguientes criterios: secreción endocervical purulenta, flujo vaginal o dolor abdominal de rebote, temperatura corporal mayor o igual a 38° C.
- En caso de disponer de hemograma se podrá tener como criterio un recuento leucocitario mayor a 10,500 o conteo de neutrófilos mayor a 80% (83%-86%).
- La enfermedad pélvica inflamatoria deberá ser diagnosticada por el médico después de un examen abdominal y ginecológico completo, descartando previamente embarazo ectópico y apendicitis.

7.3.5.3 Características clínicas de la patología que produce el Síndrome de dolor abdominal bajo

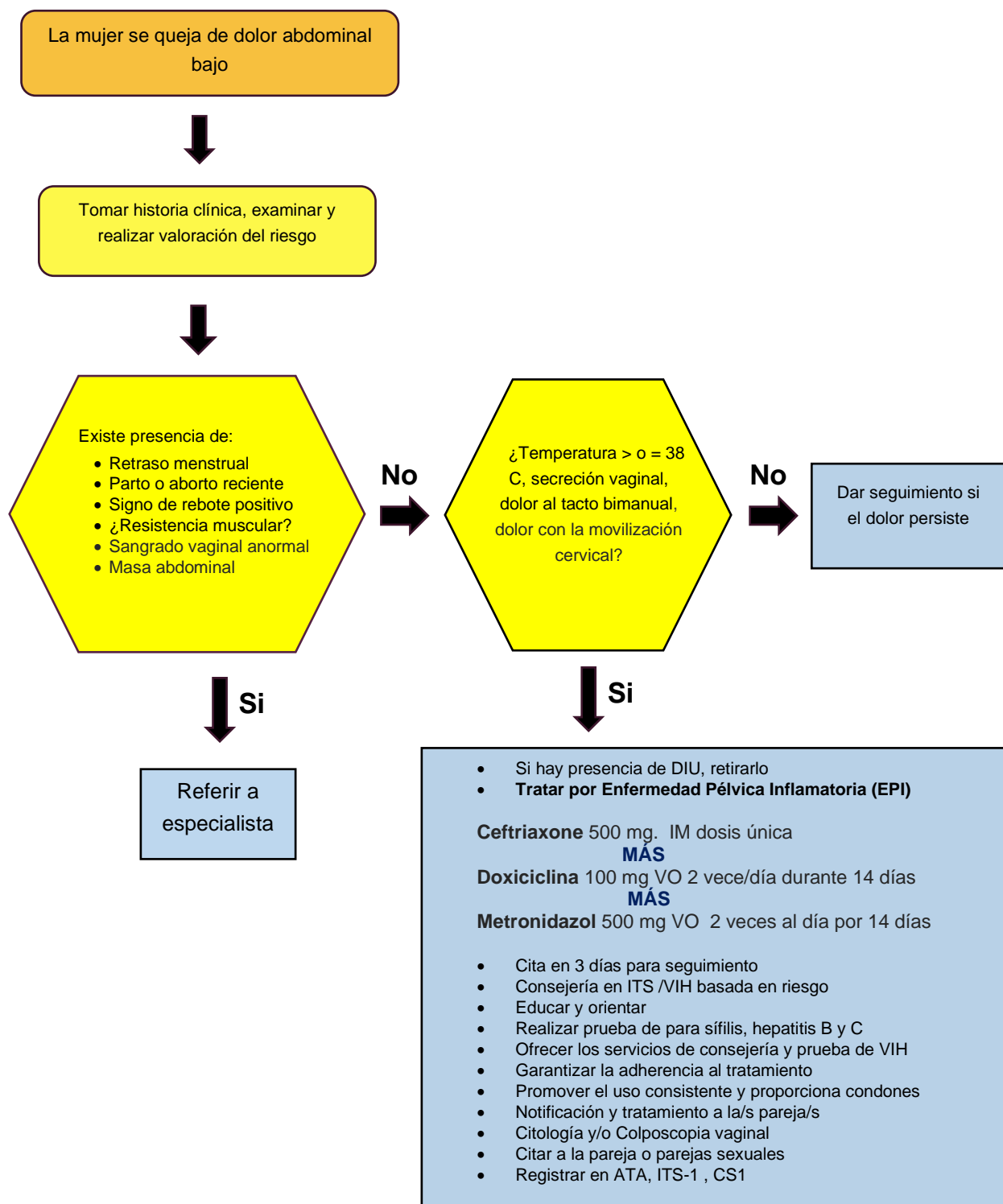
Enfermedad Pélvica Inflamatoria	
Agente causal	<ul style="list-style-type: none"> • Los dos agentes causantes más frecuentemente reportados corresponden a <i>N. gonorrhoeae</i> y <i>C. trachomatis</i>, responsables del 70% de todas las EPI. • De los casos agudos de EPI el 85% son secundarios a patógenos de transmisión sexual o relacionados a vaginosis bacteriana.
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none"> • El riesgo incrementa en mujeres con conductas sexuales de riesgo como un número elevado de compañeros o prácticas sexuales sin protección. • Un amplio espectro de presentaciones clínicas, entre ellas encontramos la presentación aguda con un cuadro clínico menor o igual a 30 días, la enfermedad subclínica. • El cuadro agudo representa un espectro de manifestaciones clínicas que va desde síntomas pélvicos leves y vagos hasta un cuadro de abdomen agudo relacionado a absceso tubo-ovárico • La presentación crónica, generalmente es silente en el transcurso de varias semanas o meses. • El diagnóstico de EPI es difícil debido a sus variadas manifestaciones clínicas. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Generalmente es el resultado de una infección ascendente desde endocérnix, que puede afectar endometrio (endometritis), miometrio (miometritis), trompas (salpingitis), ovarios (ooforitis), parametrios (parametritis) y peritoneo pélvico (pelvipерitonitis) . ✓ Se trata de una de las infecciones más frecuentes e importantes en las mujeres no embarazadas en edad reproductiva, y constituye un problema de salud pública por los costos directos e indirectos que provoca debido a sus manifestaciones clínicas y sus secuelas (3,4). ✓ Su incidencia es difícil de precisar, ya que las formas subclínicas son subdiagnosticadas, pero es sabido que se trata de una entidad frecuente. ⁽⁵⁾

Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • El riesgo incrementa en mujeres con conductas sexuales de riesgo como un número elevado de parejas o prácticas sexuales sin protección • Los síntomas que sugieren presencia de EPI incluyen dolor abdominal, dispareunia, flujo vaginal, menor metrorragia, disuria, fiebre y en ocasiones náuseas y vómitos. • Se debe efectuar un examen bimanual y abdominal de rutina a todas las mujeres en quienes se sospecha la presencia de una ITS, ya que algunas pacientes con EPI o endometritis no consultarán por dolor abdominal bajo. • En el examen físico la mayoría de las mujeres presentan sensibilidad abdominal a la palpación, la cual es mayor en los cuadrantes inferiores y puede o no ser simétrico. • El dolor asociado a la movilización cervical o anexial es sugestivo y la presencia de leucorrea indica la necesidad de estudios confirmatorios. • El dolor puede empeorar durante el coito o con movimientos discordantes, incluso en algunos casos puede ser el único síntoma de presentación. • El inicio del dolor durante o poco después de la menstruación es particularmente sugestivo. • También se puede constatar un aumento de tamaño o induración de una o ambas trompas de Falopio, una masa pélvica dolorosa y dolor directo con la palpación o signo de Blumberg. • La temperatura de la paciente puede aumentar, pero en muchos casos se trata de un signo normal. • En general, es preferible que el médico sobre diagnostique y trate los casos en los cuales sospecha presencia de patología. • Se debe realizar un examen con espéculo para evaluar la existencia de secreción mucopurulenta.
----------	---

Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Salpingitis • Endometritis • Formación de tejido cicatricial tanto dentro como fuera de las trompas de Falopio que puede causar obstrucción de las trompas. • Embarazo ectópico. • Infertilidad • Dolor pélvico o abdominal crónico.
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio (Hemograma completo, química sanguínea, PCR, prueba de embarazo, análisis y cultivos de orina) • Estudios radiográficos, ultrasonido, etc. • Laparoscopia y otras pruebas invasivas en caso necesario. • Tras su diagnóstico, se sugieren realizar estudios por otras ITS y prueba de curación por gonorrea y clamidia a los 3 meses de completado el tratamiento.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • La pronta instauración de antibióticos (Ver cuadro de tratamiento sintromico) se considera vital para la prevención de secuelas a largo plazo • El régimen debe ser empírico y con cobertura de amplio espectro para los patógenos más probables. • Debe ser efectivo contra N. gonorrhoeae y C. trachomatis aún en presencia de cultivo endocervical negativo. • El tratamiento ambulatorio debe indicar tratamiento a las parejas sexuales. Este último se indica a todo contacto sexual durante los 60 días previos al inicio de síntomas. • En caso de pacientes con DIU se desaconseja el retiro de este. Sin embargo, en ausencia de mejoría tras 48-72hrs del inicio del tratamiento o en pacientes con absceso tubo-ovárico se debe considerar su remoción. • Si cuadro no mejora en 72 horas referir a un especialista.

Fuente: adaptado de referencias bibliográficas (14) (17) (18) (19) (22) (24) (49) (49) (52) (73)

7.3.5.4. Flujoograma de atención del Síndrome de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)



7.3.6 - Síndrome de Edema Escrotal

Definición

La epididimitis aguda es un síndrome clínico que se presenta con un comienzo agudo de aumento de volumen doloroso del escroto que casi siempre es unilateral.

Cuando se trata de epididimitis relacionada con una ITS, a menudo hay antecedente de secreción uretral observada durante el examen físico.

7.3.6.1 Tratamiento Sindrómico

Si se descarta un cuadro quirúrgico, indicar un tratamiento sindrómico que incluya medicamentos contra *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*.

Patología	Elección	Tratamiento	Dosis
Síndrome de Edema Escrotal (Epididimitis)	Esquema I Para Epididimitis causada por clamidia o gonorrea	Ceftriaxona MÁS Doxiciclina	500 mg de IM dosis única 100 mg por VO 2 veces/día x 10 días
	Esquema II Para la epididimitis aguda probablemente causada por clamidia, gonorrea u organismos entéricos	Ceftriaxona MÁS Levofloxacin	500 mg IM en una sola dosis 500 mg por VO 1 vez/día x 10 días

7.3.6.2 Diagnóstico Clínico

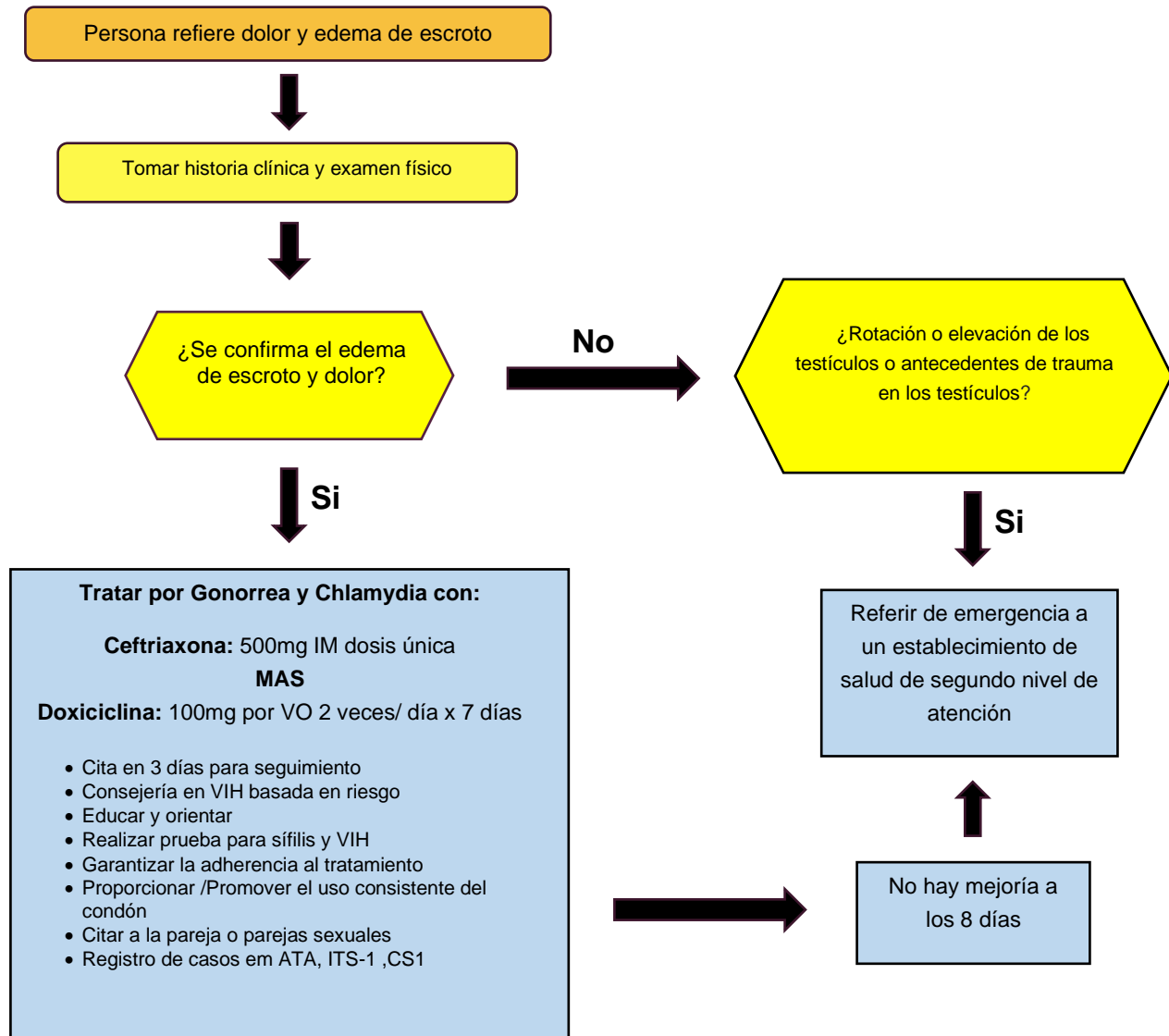
- El cuadro generalmente es unilateral, el escroto puede tener una apariencia de enrojecimiento, estar edematoso y anormalmente sensible durante la palpación. Se debe investigar secreción uretral.
- Cuando un testículo también está involucrado, es una condición conocida como orquiepididimitis.
- Un índice alto de sospecha de torsión del cordón espermático (testicular) debe mantenerse entre los hombres que tienen un inicio repentino de síntomas asociados con la epididimitis porque esta condición es una emergencia quirúrgica.

7.3.6.3 Características clínicas de la patología que produce el Síndrome de Edema escrotal

Edema Escrotal	
Agente causal	La epididimitis aguda puede ser causada por <i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> o <i>M. genitalium</i> u organismos entéricos (<i>Escherichia coli</i>)
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none"> • El inicio del dolor e inflamación es repentino y durara menos de 6 semanas. • Los testículos adyacentes también suelen estar inflamadas (orquitis), lo que origina una orquiepididimitis. • En niños pre púberes, la etiología habitual es infección por <i>pseudomonas</i>, coliformes, o por el virus de la parotiditis. • Se debe tener en cuenta otras causas no infecciosas de inflamación escrotal, como el traumatismo, la torsión testicular y los tumores. • La torsión testicular, de la cual se debe tener sospecha cuando el dolor escrotal es de comienzo súbito, constituye una emergencia quirúrgica de derivación inmediata de la persona. • La transmisión de organismos entéricos puede ocurrir entre los hombres que practican sexo anal.
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • La infección de los testículos es una complicación grave provocada por la uretritis gonocócica y la uretritis por clamidias. • Al infectarse, los testículos se inflaman y hay cambios de temperatura, así como dolor intenso. • Los hombres que tienen epididimitis aguda suelen presentar dolor y sensibilidad testicular unilateral, hidrocele e hinchazón palpable del epidídimo. • Aunque la inflamación generalmente comienza en la cola del epidídimo, puede extenderse al resto del epidídimo y testículo. • Los síntomas bilaterales deben aumentar la sospecha de otras causas de dolor testicular.
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Si no se da tratamiento desde el comienzo, el proceso inflamatorio continúa su curso y al sanar quedaran cicatrices fibrosas y parte del tejido testicular se destruye, provocando infertilidad. • Dolor crónico
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Gram del exudado uretral o examen del sedimento de la primera orina matutina para determinar la presencia de leucocitos y bacterias, lo que podría ser útil para determinar una causa infecciosa. • Si se realiza examen de la secreción con el microscopio, la presencia o no de diplococos intracelulares orientará al proveedor de salud para brindar tratamiento.

Fuente: adaptado referencias (19)(22)(24)

7.3.6.4 Flujoqrama de atención del Síndrome de Edema de escroto



Fuente: referencia Ilustracion (5)



7.3.7 - Síndrome de Verrugas Genitales (VPH)

Definición: Es una enfermedad viral producida por el Virus del Papiloma Humano (VPH), caracterizada por lesiones verrugosas en genitales externos, vagina y cérvix, en región perianal y boca de color blanquecino con prolongaciones digitiformes (aspecto de coliflor) o planas, solas o múltiples.

7.3.7.1 Tratamiento Sindrómico

Patología	Elección	Tratamiento	Dosis
Condiloma Acuminado	Terapia química para el tratamiento de Condilomatosis	Ácido tricloroacético O Solución o gel de podofilotoxina*	Al 80 o 90%, aplicación 1 vez a la semana hasta que las lesiones desaparezcan Al 0,5%, aplicar con un hisopo en la lesión 2 veces al día durante 3 días, seguido de 4 días sin tratamiento, con repetición del ciclo hasta 4 veces (el volumen total de podofilotoxina no debe exceder los 0.5ml diarios)
	Terapia física para el tratamiento de la Condilomatosis (disponible solamente en el segundo nivel de atención)	<ul style="list-style-type: none">• Crioterapia (Nitrógeno líquido)• Electrocirugía• Escisión quirúrgica	

*El uso de la Podofilina está contraindicado durante el embarazo

- El tratamiento puede ser químico o físico, y depende del nivel de atención y el grado de complejidad del establecimiento de salud, el cual debe ser aplicado por recursos entrenados para tal fin.

- En general los tratamientos contra las verrugas genitales están asociados con una frecuencia alta de recurrencia (vuelven a desarrollarse las verrugas en el mismo lugar) después de eliminar la verruga, ya que el virus del papiloma permanece latente en la piel y/o en las membranas y mucosas que rodean el sitio de la verruga.

7.3.7.2 Diagnóstico Clínico

- Es fundamentalmente clínico, o sea por inspección directa de las lesiones con aspecto de coliflor, única o múltiple.
- En casos de diagnóstico dudoso, o que las lesiones no respondan a la terapia, personas inmunocomprometidas o que las verrugas son pigmentadas, duras o ulceradas está indicado realizar biopsia.

7.3.7.3 Características clínicas de la patología que produce el Síndrome de Verrugas Genitales

Condiloma Acuminado	
Agente causal	<ul style="list-style-type: none"> • El agente causal es el Virus Papiloma Humano (VPH) generalmente los tipos 6 y 11 causantes del 90% de las verrugas genitales. • Los tipos 16 y 18 relacionados con lesiones premalignas (Displasia, NIC I-III o LEI de alto o bajo riesgo) malignas del cérvix, vulva, pene, perianales y anales.
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none"> • Es la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo, afectando principalmente a hombres y mujeres jóvenes. • Existen más de 30 genotipos de VPH que pueden infectar la región genital y anal, algunos de los cuales se han asociado fuertemente al desarrollo de cáncer genito-anal (cervicouterino, vulvar, pene y anal), principalmente los genotipos 16 y 18. • Los VPH asociados más frecuentemente a condilomas genito anales son los tipos 6 y 11. • Periodo de incubación: 1 a 6 meses • Puede ser transmitida de persona a persona mediante relaciones sexuales vaginales, anales u orales. • En la mayoría de los casos, esta infección puede desaparecer sin causar problemas de salud; sin embargo, dependiendo del serotipo, algunas infecciones pueden hacerse persistentes generando verrugas genitales o ciertos tipos de cáncer • Sin tratamiento las lesiones pueden alcanzar amplias zonas corporales pudiendo infectar otros órganos.

	<ul style="list-style-type: none"> • El virus persiste toda la vida, las infecciones latentes se reactivan en estados de inmunodepresión por ejemplo en la infección del VIH. • Más del 90% de los pacientes con verrugas genitales externas eliminan las lesiones al cabo de 2 años, con o sin tratamiento.
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Son verrugas de un diámetro de 1 a 10 mm que tienden a asociarse. • Son múltiples, en forma de coliflor, pueden ser rosadas o de color marrón. • Depende del tamaño y la ubicación pueden ser pruriginosas, friables indoloras y no derivan en complicaciones serias, excepto cuando causan obstrucción especialmente en las gestantes. • Lo habitual es que sean asintomáticas. • La ubicación depende del sitio de inoculación, se desarrolla en superficies húmedas como debajo del prepucio, meato urinario y uretra en hombres y en la vulva, paredes vaginales y cuello uterino en mujeres y en la región perianal, perineal y en la mucosa oral en ambos sexos. • Se pueden localizar en cuello de útero, vagina, ano, uretra o faringe, dependiendo de las prácticas sexuales.
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de útero, de vulva, de pene, de ano, pudiendo asociarse también el cáncer de cavidad oral.
Transmisión Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> • La gestante puede transmitir el VPH durante el embarazo por vía ascendente, vía hematógica o en el paso por el canal del parto al recién nacido. Lo que en el niño explicaría la aparición de condilomas hasta los 2 años de vida.
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda examinar el cuello uterino de todas las pacientes con una ITS y obtener muestras por frotis cervical en forma periódica para una prueba de Papanicolau. • Sin embargo, un alto porcentaje de frotis obtenidos de adolescentes pueden dar resultados falso-positivos. • Pruebas de Hibridación de ácido nucleico • Técnica de Amplificación de ácido nucleico.

Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Existen muchas opciones para el tratamiento de las verrugas genitales, pero aun después de tratarlas, el virus del papiloma humano (VPH) puede permanecer y transmitirse. • La extirpación de la lesión no significa que la infección esté resuelta. • Si es niña de 9-11 años referir a esquema de vacunación del PAI • Promover y realizar citología cervical y anal (poblaciones clave)
-------------	---

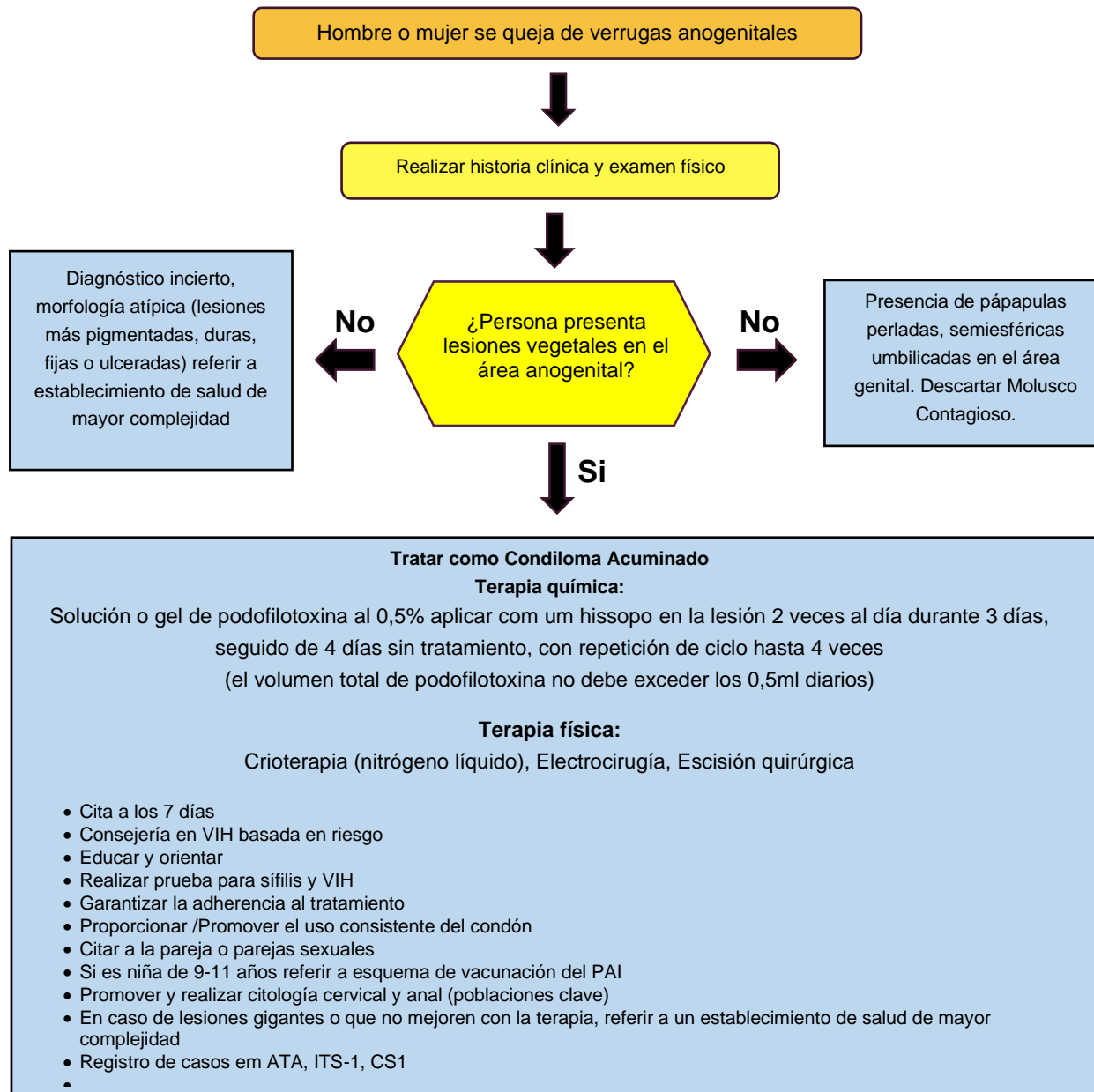
Fuente: adaptado de referencias bibliográficas (12) (13) (14) (16) (17) (58)(59) (73)

Según el Esquema nacional de vacunación, Honduras 2021, la vacuna del VPH (Virus del Papiloma Humano)

- En un primer contacto a las mujeres adolescentes de 11 años: la 1ª dosis y 6 meses después la 2ª dosis.
- En población que se encuentre en grupos de riesgo la 2ª dosis a los 4 meses.

Recomendaciones del CDC sobre quienes deben vacunarse contra el VPH	
Todos los preadolescentes para que están protegidos de las infecciones por VPH que pueden causar cáncer en el futuro.	El CDC recomienda que los/las niños/as de 11 a 12 años reciban dos dosis de la vacuna contra el VPH con un intervalo de 6 a 12 meses.
La primera dosis se recomienda de forma rutinaria entre los 11 y los 12 años; la serie se puede iniciar a los 9 años.	Solo se recomiendan dos dosis si la vacunación comenzó a los 9 años y hasta los 14 años.
Se recomienda tres dosis para personas con sistemas inmunitarios debilitados de 9 a 26 años	Los/las adolescentes y adultos jóvenes que comienzan la serie más tarde, entre los 15 y los 26 años, necesitan tres dosis de la vacuna contra el VPH
Los y las adolescentes de 9 a 14 años que ya hayan recibido dos dosis de la vacuna contra el VPH con menos de 5 meses de diferencia necesitarán una tercera dosis.	Lo y las adolescentes y adultos jóvenes hasta los 26 años que no comenzaron ni terminaron la serie de vacunas contra el VPH.

7.3.7.4 Flujoograma de atención del Condiloma Acuminado



Fuente: referencia Ilustración (6)



7.3.8 - Molusco contagioso (Molluscum contagiosum) ⁽⁵⁵⁾

Definición: Es una enfermedad cutánea de etiología viral benigna causada por un Poxvirus (Molluscum contagiosum) auto inoculable, que de manera excepcional se transmite por contacto sexual, aparece en área genital.

Es más frecuente en niños, adultos jóvenes e inmunosuprimidos

7.3.8.1 Tratamiento sintromico:

Patología	Elección	Tratamiento físico
Molusco Contagioso	<ul style="list-style-type: none">• Los MC tienden a la autorresolución, por lo que con frecuencia se adopta una actitud expectante, sobre todo cuando las lesiones son asintomáticas.• Si las lesiones producen molestias y están en áreas muy visibles y ocasionan problemas de exclusión en la escuela, se realiza tratamiento activo.• Evitar todos aquellos procedimientos que producen dolor intenso o tienen riesgo significativo de dejar secuela cicatricial como la crioterapia o laser.• La extrusión del molusco con los dedos es una técnica fácil y económica, ideal cuando existen pocas lesiones.• El curetaje es probablemente la técnica más resolutive, pero requiere cierta destreza y la colaboración del paciente	<ul style="list-style-type: none">• Curetaje de las lesiones• Crioterapia (Nitrógeno líquido)• Electrocauterio

7.3.8.2 Diagnóstico Clínico

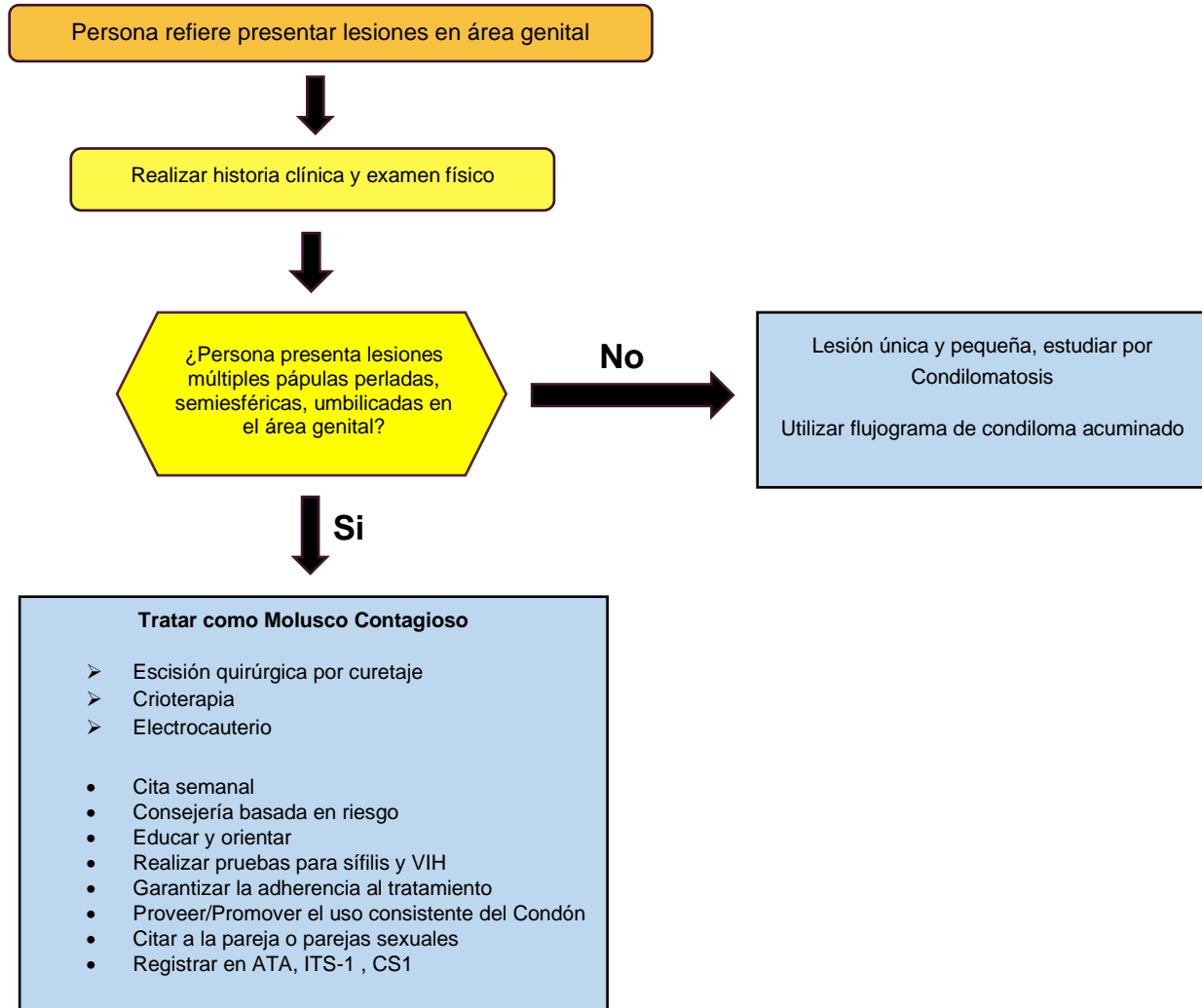
En general, el médico puede diagnosticar molusco contagioso mediante una simple observación en forma clínica por el reconocimiento de las lesiones, se debe diferenciar con el condiloma acuminado sobre todo cuando las lesiones son únicas y pequeñas.

7.3.8.3 Características Clínicas

Molusco Contagioso	
Agente causal	<ul style="list-style-type: none">• Virus Mollusum Contagiosum (MCV),• Se han detectado cuatro subtipos del el más prevalente como ITS es el MCV-2
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none">• Se considera una ITS solo cuando está presente en áreas genitales.• Enfermedad cutánea de etiología viral, autoinoculable.• Para el contagio es necesario el contacto directo con las lesiones y con fómites infectados, en niños es frecuente la contaminación en piscinas, más fáciles en aguas cálidas• Diagnósticos diferenciales Verrugas vulgaris, corona perlada (hombres), papilomatosis vestibular (mujeres), neoplasias, varicela zóster,
Síntomas	<ul style="list-style-type: none">• Período de incubación: de 3 a 12 semanas• Se caracterizan por la aparición de múltiples neoformaciones (pápulas) , indoloras, semiesféricas, perladas y con umbilicación central, con tamaño de 1 a 5 milímetros de diámetro, no pruriginosas.• Afecta sobre todo a piel y mucosas, en los niños las lesiones son comunes en cara, troncos y extremidades, y en la etapa adulta los sitios de lesiones de ITS son los órganos sexuales, la región inferior del abdomen, la parte interna de los muslos y glúteos, con lesiones múltiples y que guardan relación con la inmunidad de la persona infectada• Afecta principalmente a niños y adultos inmunosuprimidos.• La transmisión se da por contacto directo con las lesiones u objetos contaminados (toallas, ropa).
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Curetaje de las lesiones• Crioterapia (Nitrógeno líquido)• Electrocauterio

Fuente: adaptacion de referencias bibliográficas (12) (14) (17) (19) (22) (24) (60)

7.3.8.4 Flujograma de atención del Molusco contagioso



Fuente: referencia Ilustración (7)

7.3.9 - Ectoparásitos (Prurito genital)

7.3.9.1 Escabiosis

Definición: También llamada acarosis. Es una infestación producida por el ácaro llamado *Sarcoptes scabiei* que se transmite por contacto corporal directo prolongado. En adultos, la transmisión suele ser por contacto sexual. Sin embargo, lo usual es que la escabiosis se transmita por contacto corporal directo no relacionado con la actividad sexual.

7.3.9.1.1 Tratamiento

Patología	Elección	Tratamiento	Dosis
Escabiosis	Esquema	<ul style="list-style-type: none"> • Crema de permetrina al 5% ○ • Ivermectina ○ • Loción de ivermectina al 1% 	<ul style="list-style-type: none"> • aplicada en todas las áreas del cuerpo desde el cuello y se lava después de 8 a 14 horas. • 200 ug / kg de peso corporal por vía oral, repetida en 14 días. • aplicada en todas las áreas del cuerpo desde el cuello hasta las piernas y se lava después de 8 a 14 horas; repetir el tratamiento en 1 semana si los síntomas persisten.
	Tratamiento de la Escabiosis en niños y menores de 10 años, embarazadas y mujeres que amamantan	<ul style="list-style-type: none"> • Permetrina al 5% en crema 	Aplicado en todo el cuerpo, se recomienda repetir tratamiento 2 veces más en intervalos de 1 semana
	Régimen alternativo	<ul style="list-style-type: none"> • Lindano 1%* 	1 oz de loción o 30g de crema aplicada en una capa fina a todas las áreas del cuerpo desde el cuello hacia abajo y se lavó completamente después de 8 horas.

* Los lactantes y niños menores de 10 años no deben recibir tratamiento con Lindano.

Otras consideraciones:

- Muchas veces, el prurito persiste durante varias semanas después de un tratamiento adecuado.
- Es necesario repetir el tratamiento por una única vez si no se observa mejoría clínica después de una semana.
- Se deberán administrar tratamientos semanales adicionales solamente si se demuestra la presencia de ácaros vivos.
- Si se asegura la ausencia de reinfección y el cumplimiento de la persona, se puede tener en cuenta el tratamiento antiinflamatorio tópico, ya que una reacción alérgica puede ser la causa de la manifestación clínica.
- Las prendas de vestir o la ropa de cama que la persona pudo haber contaminado los dos días previos al comienzo del tratamiento deben lavarse y secarse bien, o limpiarse en seco. ⁽²⁵⁾

7.3.9.1.2 Diagnóstico Clínico

El diagnóstico de sospecha se realiza por visualización del surco y eminencias acarinas, pero la certeza es por demostración microscópica del acaro, sus huevos o heces en raspado de las lesiones.

7.3.9.1.3 Características Clínicas de Escabiosis

Escabiosis	
Agente causal	<ul style="list-style-type: none">• Ectoparásitos producida por el ácaro de la sarna humana, el <i>Sarcoptes scabiei</i>
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none">• Es un ácaro octópodo que parasita la piel del huésped.• Es un proceso común en cualquier edad, que puede afectar a todos los estratos sociales, es más frecuente en grupos que viven en hacinamiento y con prácticas higiénicas escasas.• El adulto lo adquiere habitualmente por contacto sexual, mientras que en los niños/as la transmisión es convencional (11).• Se relaciona con la higiene deficiente y al tener relaciones sexuales con múltiples parejas.• La transmisión se produce por contacto directo íntimo, no por contactos breves.

	<ul style="list-style-type: none"> • Para prevenir la estigmatización social, no se debe denominar a la escabiosis (sarna) como una ITS cuando la causa probable es el contacto corporal.
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Las proteasas (enzimas) en la materia fecal del ácaro provocan una hiperreactividad que da lugar al síntoma característico de prurito (comezón), que por lo general se desarrolla entre 2 y 6 semanas después de la Infestación. • El síntoma cardinal es el prurito, predominantemente nocturno. • Las lesiones cutáneas son escoriaciones y surcos característicos, terminados en una vesícula puntiforme negra donde está la hembra. • Se pueden encontrar lesiones papulares eritematosas, incluso vesículas, pústulas o costras, que pueden crecer hasta formar nódulos. • Es frecuente encontrar lesiones por rascado. • Puede afectar a cualquier zona del cuerpo, sobre todo, pliegues y zonas de presión de la ropa, las más habituales son las, manos y pies en los surcos interdigitales, cara flexora de las muñecas, axilas, espalda, nalgas, abdomen, ombligo y genitales. • Es excepcional en cara y cabeza, y excepto en lactantes y ancianos. • En mujeres afecta pezones, zona inferior de los glúteos y abdomen, y en varones a axilas, codos, cintura, muslos y genitales (pene y escroto). • Las pápulas de la sarna en glánde son de color rojo, y la presencia de pápulas en pene y escroto en una persona con prurito se pueden considerar patognomónico de sarna.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Ver cuadro 7.4.9.1.1

Fuente: adaptado de referencias bibliográficas (12) (14) (17) (19) (22)



Fuente: referencia Ilustración (8)

7.3.9.2 Pediculosis púbica

Definición: Infestación del vello pubiano por el ectoparásito *Phthirus pubis*, conocido como ladilla. Es un insecto hematófago que se alimenta al menos una vez al día de sangre humana. Es de la familia de los piojos, tiene seis patas y es más corto que el piojo de la cabeza. ⁽¹¹⁾

7.3.9.2.1 Tratamiento

Patología	Elección	Tratamiento	Dosis
Pediculosis púbica	Regímenes recomendados para la pediculosis púbica	<ul style="list-style-type: none">• Permetrina al 1% <p style="text-align: center;">O</p> <ul style="list-style-type: none">• Piretrina con butóxido de piperonilo	<ul style="list-style-type: none">• Enjuague en crema de aplicado en las áreas afectadas y lavado después de 10 minutos.• Aplicada en el área afectada y lavar después de 10 minutos. (Se indica un segundo tratamiento si después de 7 días se descubren piojos o se observan liendres en la unión entre la piel y el cabello.)
	Régimen alternativo	<ul style="list-style-type: none">• Loción de malatión al 0,5% <p style="text-align: center;">O</p> <ul style="list-style-type: none">• Ivermectina	<ul style="list-style-type: none">• Aplicada en las zonas afectadas y lavada después 8-12 horas.• 250 µg / kg de peso corporal por vía oral, repetida en 7 a 14 días

7.3.9.2.2 Diagnóstico Clínico

- El diagnóstico clínico se basa en los síntomas típicos de picazón en la región púbica.
- Se realiza mediante visualización directa del parásito o sus liendres.
- Las liendres del *P. pubis* son de color marrón oscuro, a diferencia de las del piojo de la cabeza y del cuerpo, que son blancas o color crema.

7.3.9.1.3 Características clínicas

Pediculosis púbica	
Agente causal	<ul style="list-style-type: none"> • Ectoparásito Phthirus pubis, conocido como ladilla
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none"> • La transmisión es por contacto sexual, pero no exclusivo, es frecuente a través de la ropa interior.
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Por ser una parasitosis externa, desde el mismo momento del contacto se produce el paso del piojo de un huésped al nuevo. • El síntoma principal es el prurito en el área genital, junto a petequias puntiformes o maculas de 2 a 5 mm en el lugar de la picadura. • El prurito está producido por la sensibilización a la saliva del parásito. • Se puede visualizar el parásito o sus liendres adheridas al vello. • Es posible la presencia de dermatitis en el área anogenital.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Ver cuadro 7.4.9.2.1 • Probablemente sea necesario repetir el tratamiento por una única vez si no se observa mejoría clínica después de una semana. • Se deberán administrar tratamientos semanales adicionales solamente si se demuestra la presencia de ácaros vivos. • Si se asegura la ausencia de reinfección y el cumplimiento del paciente, se puede tener en cuenta el tratamiento antiinflamatorio tópico, ya que una reacción alérgica puede ser la causa de la manifestación clínica. • Las prendas de vestir o la ropa de cama que el paciente pudo haber contaminado los dos días previos al comienzo del tratamiento deben lavarse y secarse bien, o limpiarse en seco.

Fuente: adaptado de referencias bibliográficas (12) (14) (17) (19)



Fuente: Referencia Ilustración (9)

7.3.10 - Síndromes de infecciones de transmisión sexual extra-genitales

7.3.10.1 Conjuntivitis neonatal (CN)

Definición: Presencia de enrojecimiento ocular, inflamación y secreción oftálmica en un recién nacido. Si presenta flujo ocular purulento, este signo puede corresponder a una conjuntivitis causada por ITS de la madre o de la persona que lo cuida.

7.3.10.1.1 Tratamiento Sindrómico

Debido a la semejanza en las manifestaciones clínicas y posibles complicaciones de las infecciones por gonococo y clamidia en condiciones donde es imposible diferenciar estas dos infecciones, el tratamiento que se administra debe cubrir a ambos agentes patógenos.

Patología	Elección	Tratamiento	Dosis
Tratamiento para la conjuntivitis neonatal incluye medicamentos contra <i>N. Gonorrhoeae</i> y <i>C. trachomatis</i>	Esquema I	<ul style="list-style-type: none">Ceftriaxona* MÁS <ul style="list-style-type: none">Azitromicina	<ul style="list-style-type: none">50 mg/kg peso IM dosis única hasta un máximo de 125mg* <ul style="list-style-type: none">20mg/kg/día por VO durante 3 días
	Esquema II	<ul style="list-style-type: none">Kanamicina MÁS <ul style="list-style-type: none">Azitromicina	<ul style="list-style-type: none">25mg/kg (máximo 75mg) IM dosis única <ul style="list-style-type: none">20 mg/kg/día por VO durante 3 días

*Este medicamento no debe de administrarse a neonatos con hiperbilirrubinemia. Una alternativa puede recibir una dosis única de cefotaxima a 100mg/kg/IV o IM.

- Los recién nacidos con conjuntivitis tendrán secreciones en los ojos después de unos pocos días o varias semanas después del nacimiento.
- Tendrán los párpados hinchados, enrojecidos y sensibles.
- La causa de la conjuntivitis neonatal es con frecuencia difícil de determinar porque, en muchos casos, los síntomas no varían según la causa.

7.3.10.1.3 Características clínicas

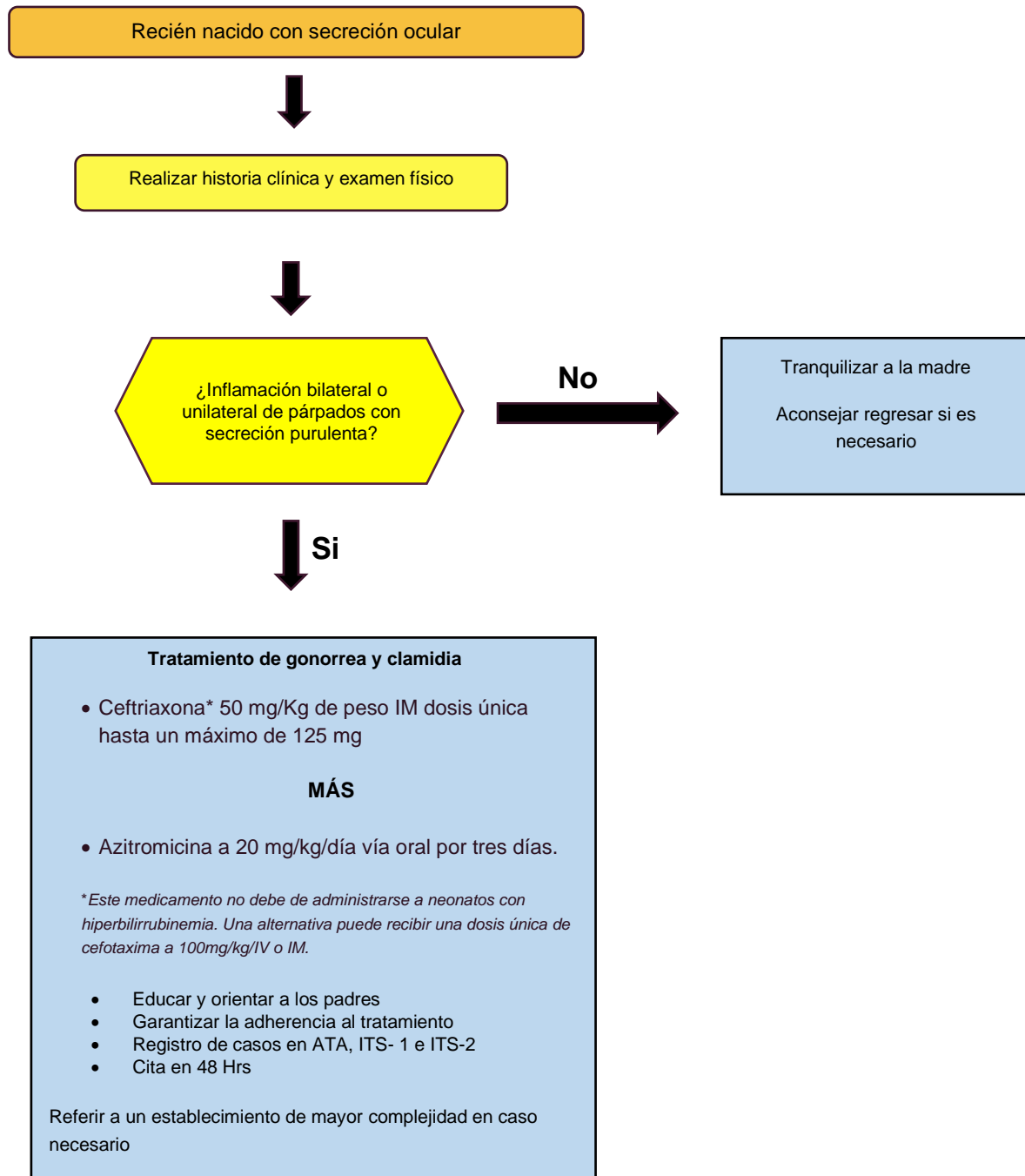
Conjuntivitis Neonatal	
Agente causal	<ul style="list-style-type: none"> • C. trachomatis y Neisseria gonorrhoeae
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none"> • En los últimos años, se ha observado un cambio en el perfil epidemiológico. En la era preprofilaxis predominaba N. gonorrhoeae. Actualmente, la prevalencia de CN por este agente es menor al 1% en países desarrollados y C. trachomatis es el agente más frecuente. Sin embargo, N. gonorrhoeae continúa siendo la principal causa de ceguera infantil en países en vías de desarrollo. • En los países en vías de desarrollo, N. gonorrhoeae es responsable entre el 20% y el 75% y C. trachomatis entre el 15 y el 35% de los casos que se presentan para la atención médica
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Se presenta de 1 a 13 días después del parto, por lo general es bilateral caracterizado por edema, hiperemia y secreción conjuntival purulenta; sin tratamiento evoluciona a edema, opacidad y úlcera corneal y durante la segunda o tercera semana con un riesgo alto de desarrollar ceguera (29). • Diagnóstico: Es basado en la clínica.
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Ceguera • Perforación de la cornea
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Si se dispone de laboratorio, tomar muestra de la secreción conjuntival y realizar tinción de Gram en busca de diplococos Gram negativos y cultivo para N.gonorrhoeae y otras bacterias.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Ver cuadro 7.4.10.1.1

Fuente: adaptado de referencias bibliográficas (17) (61)

Fuente: referencia Ilustración (10)



7.3.10.1.4 Flujoograma de atención Conjuntivitis neonatal



7.3.10.2 Síndrome de Secreción Orofaringea

Definición: Afecta la cavidad bucal, amígdalas y faringe, principalmente asintomático, puede cursar con: irritación de garganta, dificultad para deglutir, fiebre, linfadenopatías cervicales, dolor en el cuello, secreción nasal, congestión nasal, dolor muscular, rigidez articular, dolor de cabeza y alteración del sentido del gusto.

Este síndrome está relacionado con prácticas de sexo oral sin protección.

7.3.10.2.1 Tratamiento sintomático

Patología	Elección	Tratamiento	Dosis
Faringitis de transmisión sexual	Esquema	<ul style="list-style-type: none">Ceftriaxona*MÁSDoxiciclinaMÁSPenicilina Benzatínica	<ul style="list-style-type: none">50 mg IM dosis única100mg por VO cada 12 horas x 7 días2,4 millones de UI IM ((1.2 millones en cada glúteo) una sola dosis, PPS

7.3.10.2.2 Diagnóstico Clínico

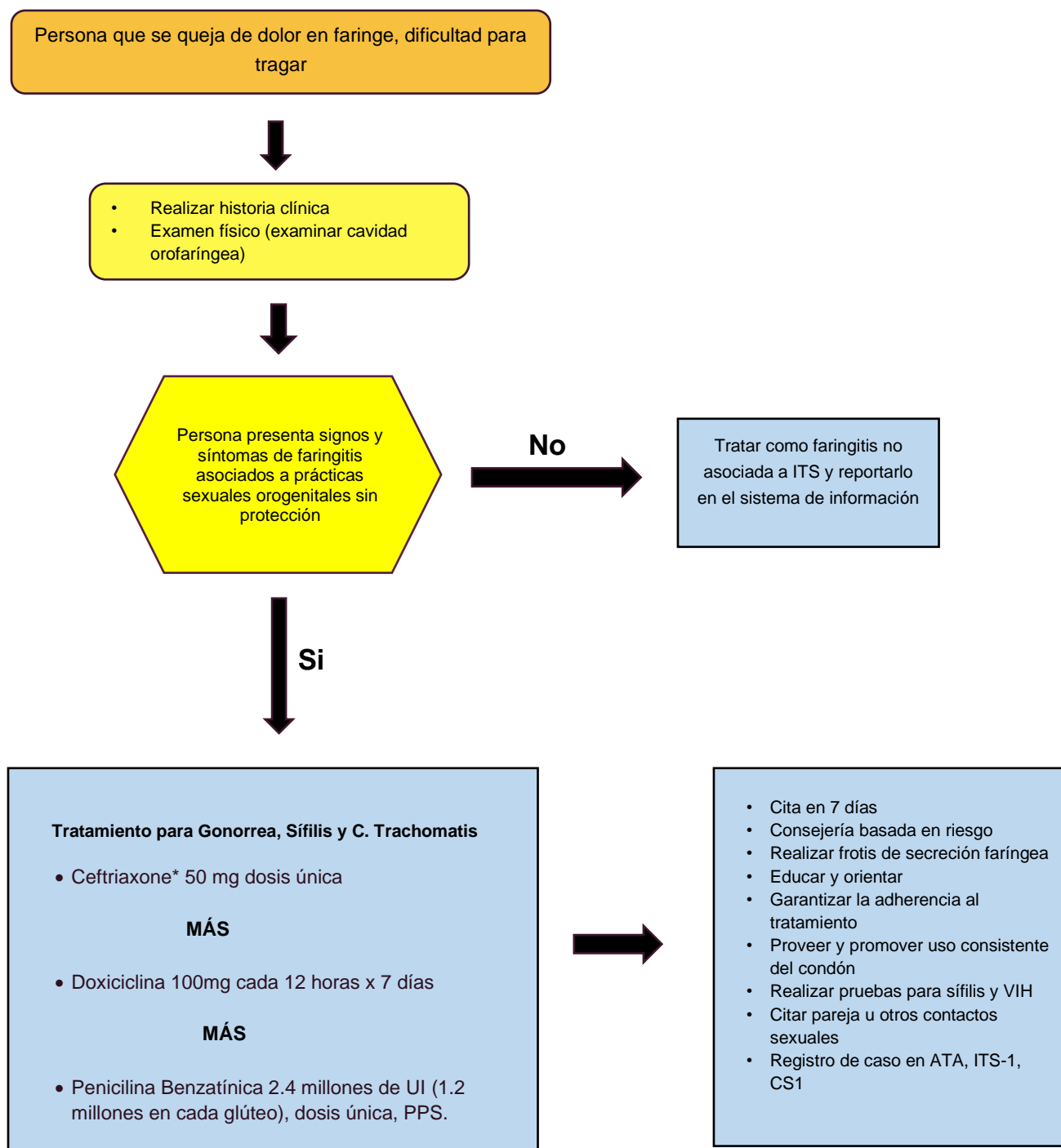
Dado a lo inespecífico de la clínica, es sumamente importante la anamnesis que ayuda a identificar riesgos y esto ayuda a orientar que podría ser una faringitis por un agente de transmisión sexual.

7.3.10.2.3 Características clínicas

Faringitis de transmisión sexual	
Agente causal	<ul style="list-style-type: none">• C. trachomatis , Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum.
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none">• La transmisión habitual es por la práctica del sexo oral (Fellatio y/o cunnilingus).• Existe mayor incidencia en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.• Período de incubación: variable según cada agente patógeno
Síntomas	<ul style="list-style-type: none">• Frecuentemente no es posible diferenciarlas del resto de las faringitis, con frecuencia son asintomáticas u oligo-sintomáticas.• De presentar síntomas habrá disfagia, odinofagia y/o exudado mucopurulento en faringe, puede acompañarse de adenopatías, eritema faríngeo y fiebre de leve intensidad.• En el caso del gonococo puede aparecer exudado blanquecino-amarillento con inflamación en amígdalas y puede evolucionar hacia infección gonocócica diseminada o aparecer en el transcurso de esta.• En cuanto al treponema, la cavidad oral es la localización extra-genital más frecuentemente afectada en sífilis.• En la sífilis primaria aparece la amígdala indurada de forma unilateral con adenopatías cervicales indoloras.• En caso de sífilis secundaria hay inflamación con exantema blanco grisáceo que luego se transforma en pápulas rojizas.• Se puede acompañar de lesiones ulcerosas en cualquier localización orofaríngea.
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none">• Si el establecimiento de salud cuenta con laboratorio, ante la sospecha de una faringitis de transmisión sexual:• Indicar la realización de pruebas serológicas para sífilis• Realizar la toma de muestra de exudado faríngeo para envío a laboratorio para estudio (examen en fresco, tinción Gram, y cultivo).
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Ver cuadro 7.4.10.2.1

Fuente: adaptado de referencias bibliográficas (17) (18) (42) (73)

7.3.10.2.4 Flujoograma de atención Síndrome de Secreción Orofaringea



7.3.10.3 Síndrome de secreción Ano rectal

Definición: Inflamación del recto que cursa con hemorragia, dolor y ocasionalmente secreción de moco y/o pus. Hombres y mujeres pueden adquirir infecciones anorectales o intestinales por transmisión sexual por variedad de prácticas sexuales, que incluye coito anal receptivo y contacto sexual oral-anal.

7.3.10.3.1 Tratamiento sintomático

Las personas con Proctitis aguda y una historia de relaciones sexuales anales pueden ser tratadas según manejo sintomático contra Clamidia y Gonorrea en espera de los resultados microbiológicos:

Patología	Elección	Tratamiento	Dosis
Síndrome de Secreción Ano rectal (proctitis, proctocolitis)	Esquema para Clamidia y Gonorrea	<ul style="list-style-type: none">CeftriaxonaMÁSDoxiciclinaOAzitromicina	<ul style="list-style-type: none">500 mg IM dosis única100mg por VO cada 12 horas x 7 días1g por VO dosis única
	Esquema si se sospecha Sífilis	<ul style="list-style-type: none">Penicilina Benzatínica	<ul style="list-style-type: none">2.4 millones de UI en una sola dosis (1.2 millones en cada glúteo), PPS
	Esquema si se sospecha VIH	<ul style="list-style-type: none">Aciclovir	<ul style="list-style-type: none">400mg por VO cada 8 horas x 7 días

7.3.10.3.2 Diagnóstico Clínico

- La historia clínica detallada y un alto índice de sospecha son importantes para establecer el diagnóstico de esta patología; apoyados en los estudios endoscópicos, histológicos, serológicos y microbiológicos.
- Anamnesis encaminada a descartar ITS, examen físico que incluya exploración abdominal, inspección perianal y exploración de adenopatía inguinales.

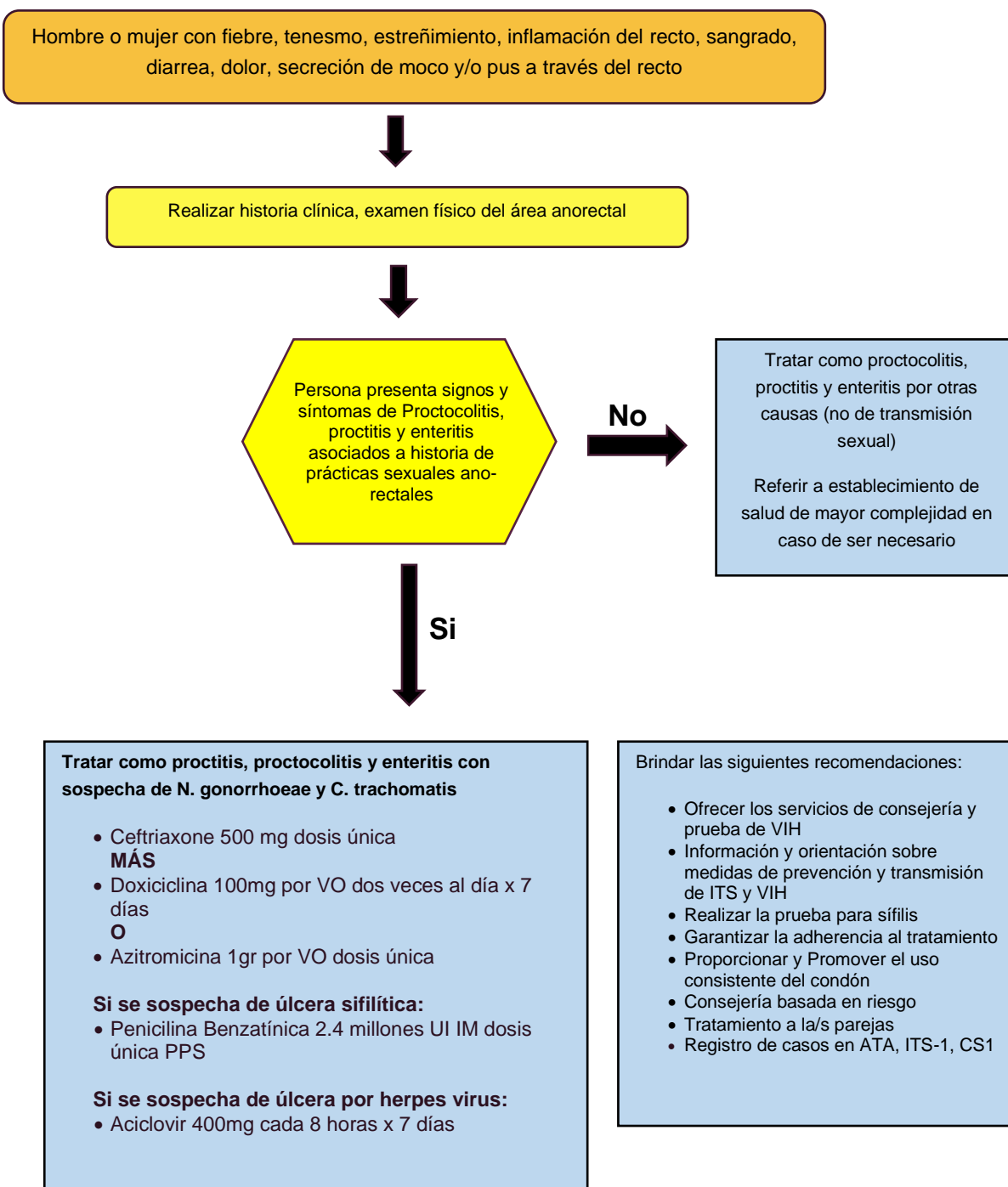
7.3.10.3.3 Características clínicas

Síndrome de secreción ano rectal	
Agente causal	<ul style="list-style-type: none">• C. trachomatis , Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum y el virus herpes simple (VHS) son las causas más comunes.• La proctitis genital por HSV y LGV son más prevalentes entre personas con infección por VIH.• Los organismos patógenos incluyen especies de Campylobacter, Especies de Shigella, E. histolytica, serovares LGV de C. trachomatis, y T. pallidum.
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none">• Los síndromes gastrointestinales de transmisión sexual incluyen proctitis, proctocolitis y enteritis.• La proctitis y proctocolitis ocurre predominantemente entre personas que tienen relaciones anales receptivas (oral-anal, digital-anal o genital-anal) dependiendo del patógeno.• La proctitis infecciosa (PI) transmitida sexualmente es un proceso inflamatorio del recto secundario a la infección por gérmenes de transmisión sexual.• Es más prevalente en HSH y en pacientes con VIH, sin embargo, también se diagnostica en heterosexuales por cambios en el comportamiento sexual.• Período de incubación: Variable, según el agente causal

Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Los síntomas varían dependiendo del patógeno. • Pueden variar según el agente causal y la localización del proceso, aunque gran parte de las personas son asintomáticas. • Los síntomas más frecuentes de proctitis son: necesidad continua de evacuación, dolor ano-rectal, secreción anal que puede ser purulenta o mucoide, sangrado rectal, tenesmo, estreñimiento. • La proctocolitis se manifiesta por: afectación rectal, diarrea, dolor y distensión abdominal, en ocasiones síntomas sistémicos como fiebre. • El virus herpes y la sífilis suelen afectar más el área perianal y el orificio anal. • La Chlamydia y la Gonorrea suelen afectar más el recto y dada las pocas terminaciones sensitivas de esta zona pueden ser indoloras.
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar y tomar muestras según sea el caso para cultivos de secreciones • Exámenes microscópicos de heces y coprocultivo Rectoscopia • VDRL, PCR • NAAT
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Ver cuadro 7.4.10.3.1

Fuente: adaptado de referencias bibliográficas(17) (18) (73)

7.3.10.3.4 Flujoograma de atención proctitis, proctocolitis y enteritis



7.3.11 - Hepatitis B

Definición: Es la irritación e inflamación del hígado debido a infección con el virus de la hepatitis B (VHB) puede dar lugar a un cuadro agudo como a una enfermedad crónica.

7.3.11.1 Tratamiento

Patología	Tratamiento
Hepatitis B	<ul style="list-style-type: none">• No hay ningún tratamiento específico contra la hepatitis B aguda. Por tanto, la atención persigue el bienestar y el equilibrio nutricional del paciente, incluida la rehidratación tras los vómitos y diarreas• Lo más importante es evitar medicamentos innecesarios. No se deben administrar antieméticos ni paracetamol.• La infección crónica por el virus de la hepatitis B se puede tratar con medicamentos, por ejemplo, antivíricos orales.• El tratamiento puede retrasar la evolución de la cirrosis, reducir la incidencia del cáncer de hígado y mejorar la supervivencia a largo plazo.• La OMS recomienda administrar tenofovir o entecavir por vía oral como el tratamiento más eficaz para reducir la presencia del virus de la hepatitis B. A diferencia de otros, estos fármacos no suelen desencadenar resistencias, son fáciles de tomar (un comprimido al día) y causan pocos efectos secundarios, por lo que el seguimiento que requieren es limitado.• Ahora bien, el tratamiento no cura la infección por el virus de la hepatitis B en la mayoría de las personas, sino que tan solo evita la replicación del virus. Por tanto, cuando se inicia el tratamiento contra la enfermedad se debe mantener durante toda la vida.

7.3.11.2 Diagnóstico Clínico

- Las manifestaciones clínicas no permiten diferenciar la hepatitis B de las hepatitis causadas por otros virus, por lo que es primordial confirmar el diagnóstico mediante pruebas analíticas.
- Se dispone de algunos análisis de sangre para diagnosticar la enfermedad y hacer un seguimiento de los pacientes con hepatitis B; dichos análisis se pueden utilizar para distinguir las infecciones agudas de las crónicas.
- Muchas personas con Hepatitis B crónica son asintomáticas y no hay evidencia de enfermedad hepática, otras personas desarrollan hepatitis crónica (elevación de AST/ALT), cirrosis o cáncer de hígado (ej. :cáncer primario de hígado).

7.3.11.3 Características clínicas

Hepatitis B	
Agente causal	<ul style="list-style-type: none">• La hepatitis B es una infección hepática causada por el virus de la hepatitis B (VHB).• Es un virus hepatotrofo ADN, que pertenece a la familia Hepadnaviridae
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none">• Se estima que el 57% de los casos de cirrosis hepática y el 78% de los casos de cáncer primario de hígado son debidos a infecciones por los virus de la hepatitis B o C.• El virus de la hepatitis B puede sobrevivir fuera del organismo por lo menos 7 días.• Durante este periodo puede infectar si penetra en el organismo de una persona no vacunada.• El periodo medio de incubación del virus de la hepatitis B es de 75 días, pero puede oscilar entre 30 y 180 días.• La infección de VHB puede ser autolimitada o crónica.• El virus, que puede detectarse entre 30 y 60 días después de la infección, puede persistir y dar lugar a una hepatitis B crónica.• La transmisión se puede producir también a través de pinchazos, tatuajes, perforaciones y exposición a sangre o líquidos corporales infectados como la saliva, el semen y el flujo vaginal y menstrual.• También puede haber transmisión por vía sexual, sobre todo en los hombres sin vacunar que tienen relaciones homosexuales y en los individuos heterosexuales que tienen varias parejas y relaciones sexuales sin condón con parejas infectadas.

Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las personas no tienen síntomas inmediatamente después de infectarse. • Sin embargo, algunas presentan un cuadro agudo con síntomas que duran varias semanas, como coloración amarillenta de la piel y los ojos (ictericia), orina oscura, cansancio extremo, náuseas, vómitos y dolor abdominal. • La probabilidad de que la infección por el VHB se cronifique depende de la edad a la que se produzca. Los niños infectados antes de cumplir 6 años son los que corren más riesgo de sufrir una infección crónica. • Los síntomas suelen durar varias semanas, pero pueden persistir hasta 6 meses.
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • El virus de la hepatitis B puede causar también una infección hepática crónica que, posteriormente, puede desembocar en cirrosis (endurecimiento del hígado) o cáncer hepático.
Transmisión Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> • La transmisión de la enfermedad de la madre al niño es más frecuente si la madre tiene una carga elevada de VHB. • Si no se adoptan medidas de prevención, el riesgo de transmisión de la madre al niño oscila entre el 70% y el 90% cuando la madre ha dado positivo en las pruebas del antígeno e (HBeAg) del virus de la hepatitis B
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • La infección aguda por el VHB se caracteriza por la presencia de anticuerpos contra el antígeno de superficie del virus (HBsAg) que puede identificarse en el suero 30 o 60 días después de la exposición a hepatitis B y persiste por periodos variables. • Las inmunoglobulinas M (IgM) contra el antígeno del núcleo (HBcAg) aparece en forma temprana en la infección y persiste por más de 6 meses. • En la fase inicial de la infección, los pacientes son también seropositivos para el antígeno (HBeAg). Este antígeno por lo general indica que el virus se está replicando intensamente, y que la sangre y los líquidos corporales de la persona infectada son muy contagiosos. • La infección crónica se caracteriza por la persistencia del HBsAg durante más de seis meses. • El HBsAg se detectará en la sangre de una persona infectada en un promedio de 4 semanas (rango: 1 a 9 semanas) después de la exposición al virus. • Aproximadamente la mitad de los pacientes ya no serán infecciosos a las 7 semanas después del inicio de los síntomas, y todos los pacientes que no permanezcan infectados crónicamente serán

	HBsAg negativos a las 15 semanas después del inicio de los síntomas. ⁽⁸⁾
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Ver 7.4.11.1 • No hay tratamiento disponible para personas con VHB • Personas con una hepatitis B crónica serán referidos a especialistas que manejan estos casos. • Los medicamentos para el tratamiento de hepatitis B que se dispone en los servicios de atención integral con VIH (SAI) en la SESAL es el Tenofovir solamente, y se indica independiente que sea paciente VIH coinfectado con VHB o no. Un paciente con VHB y sin VIH el SAI autoriza la dispensación del tenofovir según disponibilidad.
Prevención	<ul style="list-style-type: none"> • La vacuna contra la hepatitis B es el principal pilar de la prevención de esta enfermedad. • La OMS recomienda administrarla a todos los lactantes lo antes posible tras el parto, de ser posible durante las primeras 24 horas de vida, y completar la pauta vacunal con una segunda o tercera dosis separadas por al menos cuatro semanas. • Administrar oportunamente la dosis al nacer es una forma eficaz de reducir la transmisión de la madre al niño. • Esta vacuna es segura y eficaz que confiere una protección del 98% al 100% contra la enfermedad. • Prevenir la infección por el virus de la hepatitis B permite evitar las complicaciones que pueden derivarse de la enfermedad, como la cronificación y el cáncer.

Fuente: adaptado de referencias bibliográficas (16) (17) (22) (53) (58) (61) (62) (72)

7.3.12 - Hepatitis C

Definición: Es la irritación e inflamación del hígado debido a infección con el virus de la hepatitis C (VHC) y puede dar lugar a un cuadro agudo como a una enfermedad crónica

7.3.12.1 Tratamiento

Patología	Elección	Tratamiento	Dosis
Hepatitis C	La OMS recomienda el tratamiento con Antivirales de Accion Directa (AAD) pangenotípicos en toda persona de más de 18 años con infección crónica por el VHC.	<ul style="list-style-type: none">• Sofosbuvir de 400 mg/Velpatasvir 100mg y será utilizado para tratar los 6 tipos de VHC	<ul style="list-style-type: none">• La duración del tratamiento es breve (normalmente de 12 a 24 semanas), dependiendo de la ausencia o presencia de cirrosis.• Este tratamiento es proporcionado en un segundo nivel de atención.• Previo al inicio del tratamiento, realizar una carga viral.

7.3.12.2 Diagnóstico clínico

Las personas con hepatitis C crónica pueden vivir durante años sin síntomas ni malestar. Cuando los síntomas aparecen con la hepatitis C crónica, a menudo son un signo de enfermedad hepática avanzada.

7.3.12.3 Características clínicas

Hepatitis C	
Agente causal	<ul style="list-style-type: none">• El agente causal es el virus de la hepatitis C, se trata de un virus de ARN monocatenario perteneciente a la familia Flaviviridae
Síntomas	<ul style="list-style-type: none">• Los síntomas pueden durar hasta 6 meses.• Muchas personas con hepatitis C no presentan síntomas y no saben que están infectadas.• Si se presentan síntomas, pueden incluir: piel u ojos amarillentos, pérdida de apetito, malestar estomacal, vómitos, dolor de estómago, fiebre, orina oscura, heces de color claro, dolor en las articulaciones y sensación de cansancio.• Si los síntomas ocurren con una nueva infección, generalmente aparecen dentro de 2 a 12 semanas, pero pueden tardar hasta 6 meses en aparecer.• Como las nuevas infecciones por el VHC suelen ser asintomáticas, pocos son los casos diagnosticados cuando la infección es reciente.• A menudo, la infección crónica también queda sin diagnosticar porque se mantiene asintomática durante decenios, hasta que aparecen síntomas secundarios al daño hepático grave.• Una vez diagnosticada una infección crónica por VHC se deberá evaluar la magnitud del daño hepático (fibrosis y cirrosis). Esto puede hacerse por biopsia hepática.
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none">• Cirrosis hepática• Cáncer hepático
Transmisión Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none">• El VHC puede pasar de la madre infectada a su hijo, aunque esta forma de transmisión es menos frecuente.
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none">• La infección por el VHC se diagnostica en dos etapas:• La detección de anticuerpos anti-VHC con una prueba serológica revela la infección.• Si los anticuerpos anti-VHC son positivos, para confirmar la infección crónica se necesita una prueba que detecte el ácido ribonucleico (ARN) del virus, puesto que un 30% de las personas infectadas por el VHC eliminan espontáneamente la infección gracias a una fuerte respuesta inmunitaria, sin necesidad de tratamiento.• Sin embargo, aunque ya no estén infectadas seguirán dando positivo para los anticuerpos anti-VHC.

Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • La OMS recomienda tratar a todas las personas de más de 12 años diagnosticadas de infección por el VHC, independientemente del estadio de la enfermedad. • La OMS recomienda el tratamiento con Antivirales de Acción Directa (AAD) pangenotípicos en toda persona de más de 18 años con infección crónica por el VHC. • La SESAL en el 2017 incluyó en el listado nacional de medicamentos el Sofosbuvir de 400 mg/Velpatasvir 100mg y será utilizado para tratar los 6 tipos de VHC • La duración del tratamiento es breve (normalmente de 12 a 24 semanas), dependiendo de la ausencia o presencia de cirrosis. • Referir a la persona afectada con HC a especialista que manejan estos casos
Prevención	<ul style="list-style-type: none"> • No existe ninguna vacuna eficaz contra la hepatitis C; la prevención depende de la reducción del riesgo de exposición al virus en el entorno sanitario y en los grupos de población de alto riesgo,

Fuente: adaptado de referencias bibliográficas (16) (17) (22) (54) (58) (60) (61) (72)

7.3.13 Zika

Definición: La fiebre del Zika es una enfermedad viral transmitida a las personas por la picadura de un mosquito del género Aedes que esté infectado (Aedes aegypti y Aedes albopictus).

7.3.13.1 Tratamiento

Patología	Tratamiento
Zika	<ul style="list-style-type: none">• No hay tratamiento específico para la infección por el virus del Zika.• Para ayudar a aliviar los síntomas, reposo y tomar mucho líquido para prevenir la deshidratación.• Antipiréticos y analgésicos puede ayudar a aliviar los dolores musculares y la fiebre

7.3.13.2 Diagnóstico Clínico

El diagnóstico se basa en los síntomas clínicos y las circunstancias epidemiológicas (brote de Zika en el lugar donde vive, viajes a zonas donde circula el virus).

7.3.13.3 Características clínicas

Zika	
Agente causal	<ul style="list-style-type: none">• Virus del Zika, es un flavivirus
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none">• El periodo de incubación estimado de la enfermedad por el virus de Zika es de 3 a 14 días.• Las posibilidades de exposición al virus del Zika pueden suceder si se viaja o se reside en un área de transmisión activa del virus del Zika o tener relaciones sexuales sin condón con una pareja que viajó o vivió en un área endémica del virus.• Con base en datos nuevos, aunque limitados, el CDC ahora recomiendan que todos los hombres con posible exposición al virus del Zika que estén considerando intentar concebir con su pareja, independientemente del estado de los síntomas, esperen para concebir hasta al menos 6 meses después de la aparición de los síntomas.• Se recomienda a las mujeres con posible exposición al virus del Zika que esperen para concebir hasta al menos 8 semanas después del inicio de los síntomas (si son sintomáticas) o de la última posible exposición al virus del Zika.
Síntomas	<ul style="list-style-type: none">• Las personas con la enfermedad por el virus del Zika pueden presentar síntomas como fiebre leve, erupción cutánea, conjuntivitis, dolor muscular y articular, malestar o dolor de cabeza.• Estos síntomas normalmente duran de 2 a 7 días.• El Zika se puede transmitir por vía sexual• Una persona con zika puede transmitir la infección por vía sexual a sus parejas.• La transmisión por vía sexual puede suceder al tener sexo vaginal, anal y oral, y al compartir juguetes sexuales.• Los periodos durante los cuales mujeres y hombres pueden transmitir el virus del Zika por vía sexual son diferentes ya que el virus puede permanecer en el semen por más tiempo que en otros líquidos corporales.
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none">• La infección el virus de Zika durante el embarazo puede causar microcefalia y otras malformaciones congénitas, que constituyen el síndrome congénito por el virus de Zika.• La infección también se asocia a otras complicaciones del embarazo, como el parto prematuro y el aborto espontáneo.

	<ul style="list-style-type: none"> • La infección se asocia en niños y adultos a un aumento del riesgo de complicaciones neurológicas, como el síndrome de Guillain-Barré, la neuropatía y la mielitis.
Transmisión Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> • El virus del zika se transmite de la madre infectada al producto
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Ver cuadro 7.4.13.1

Fuente: adaptado de referencias bibliográficas (12) (14) (16) (17)(59) (63) (64)(65)

7.4. Manejo de las ITS en situaciones especiales

7.4.1 - Personas víctimas de violación sexual (VS)

Definición:

- Violación sexual (VS): consiste en la penetración con el órgano sexual por vía vaginal, anal o bucal o la introducción de cualquier clase de objeto o miembros corporales (ej. los dedos) por vía vaginal o anal.
- Se define a la víctima de abuso sexual cuando la persona ha sido víctima de un acto sexual que no cuenta con su consentimiento, la cual pudo ser sometida bajo amenazas, uso de la fuerza o bajo los efectos de drogas, fármacos u otras que disminuyen o anulan su capacidad.

7.4.1.1 Generalidades para el Abordaje Clínico

- El sistema de salud cumple un rol esencial en el abordaje integral de las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual desarrollando estrategias que reduzcan los daños asociados, además puede actuar como un importante punto de referencia para otros servicios, por ejemplo, el bienestar social y la asistencia jurídica gratuita.
- La atención tras el hecho de violación sexual es una urgencia, para la cual se debe garantizar el acceso y la recepción de la víctima, reconociendo las especificidades de las poblaciones clave y prioritarias.
- Este servicio debe realizarse en un lugar adecuado, con privacidad garantizada y sin juicios morales.
- Una valoración inicial de la persona debe incluir un diálogo sobre el contexto relacionado con la situación de violencia y la relevancia de la prescripción de profilaxis.

- Explicar la importancia de los procedimientos y el tratamiento que se le brindará de acuerdo con su necesidad en salud por el tipo de agresión sufrida y el tiempo transcurrido, con el objetivo de prevenir y tratar las consecuencias de la agresión como ser ITS, VIH, embarazo no deseado o lesiones que pueda presentar.
- Citar a la persona al servicio de salud por cuatro semanas consecutivas para realizar consultas médicas según necesidad de la víctima como ser intolerancia a efectos secundarios del tratamiento, agudización de síntomas y/o deterioro en salud física y mental.
- El trato ha de ser comprensivo en un ambiente que favorezca la comunicación, siempre en un solo acto y de forma simultánea y coordinada, con la finalidad de reducir al menor número posible el impacto psicológico a la persona tras la agresión.
- La prevención de las ITS, en personas que han sido víctimas de violación sexual está orientada a evitar el desarrollo de la fase sintomática y las consecuencias de las infecciones adquiridas producto de este delito.
- La probabilidad de la transmisión de una ITS depende del tipo de contacto sexual, del tiempo transcurrido y prevalencia de las ITS en la comunidad.
- El examen médico debe ajustarse en forma rigurosa a los signos clínicos observados y a los hallazgos encontrados.
- Las infecciones como gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis y sífilis pueden ser prevenidas con la administración de fármacos que correspondan a las patologías.
- La Hepatitis B también puede ser prevenida con la administración precoz de la vacuna anti-Hepatitis B.
- En las mujeres embarazadas, la profilaxis se puede administrar a cualquier edad gestacional.
- La transmisión del VIH previa evaluación individualizada, es factible de prevenir con la administración de ARV según el esquema de profilaxis post exposición al VIH (PPE).
- La atención de las personas víctimas de violación sexual se orienta a la profilaxis, diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico de las ITS/VIH cuando corresponda y derivación a salud mental para atención especializada y a otras especialidades médicas si procede.
- Los criterios para decidir tipo de antibiótico y dosis son: la edad, el grado y riesgo de la exposición (contacto con fluidos), y posibles alergias.
- El tratamiento médico para las personas víctimas de violación sexual consiste en la atención oportuna de las lesiones, la aplicación de medicación para prevenir VIH, Hepatitis B, Tétano, así como otras infecciones de transmisión sexual.
- Para ello el proveedor de salud debe brindar información científica, veraz y objetiva sobre los beneficios y efectos secundarios de los medicamentos, así como los riesgos

potenciales de la falta de estos, que permita a la víctima, decidir libremente, tomar acciones y someterse o no a un tratamiento sin manipulación ni coerción.

- En los casos que lleguen al establecimiento de salud sin interposición de denuncia previa, se debe realizar notificación institucional del caso a las instancias correspondientes.
- El médico que recibe el caso de violación sexual debe de notificar al director o jefe inmediato del establecimiento de salud y en su efecto este lo notifica a la fiscalía correspondiente.
- Explicar a la víctima/sobreviviente el derecho y la importancia de denunciar el evento de violencia sexual al Ministerio Público.

7.4.1.2 Profilaxis post exposición (PPE) de ITS

En caso de violación o relación sexuales de riesgo, deben cumplirse todas las profilaxis descritas

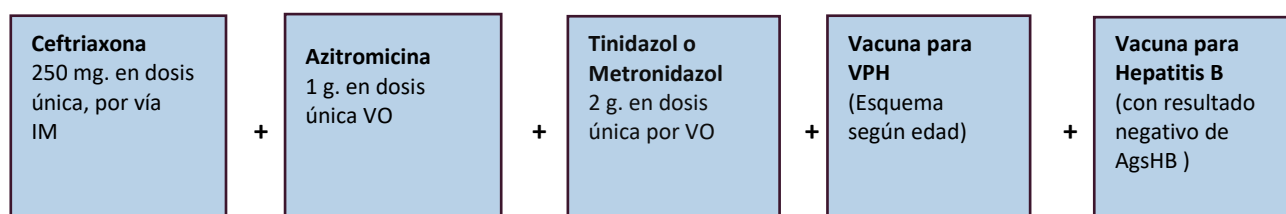
Profilaxis post exposición de las ITS	<ul style="list-style-type: none"> • Idealmente en las primeras 72 horas posteriores al hecho. • El Protocolo de PPE de ITS deberá aplicarse teniendo en cuenta los lineamientos del Protocolo de Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual en el Primer Nivel de Atención de Honduras y del Protocolo de Profilaxis Post Exposición a la Infección por VIH y Otras de Honduras 2017. • Recomendar el uso del condón en toda relación sexual. • Seguimiento de la víctima, citar a la semana por cuatro semanas y a los 3 meses.
Profilaxis post exposición del VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar la profilaxis post exposición, las primeras 72 horas según el protocolo establecido. • Revisar el Protocolo de Profilaxis Post Exposición a la Infección por VIH y Otras de Honduras 2017. • Referir al especialista en manejo de VIH para hacer el seguimiento.
Inmunización profiláctica contra la hepatitis B	<ul style="list-style-type: none"> • Indique vacunación o completar esquema de vacunación contra hepatitis B. • La vacuna contra el virus de la hepatitis B (VHB) puede aplicarse a mujeres embarazadas y a personas con infección por VHB previa o crónica.

<p>Toxoide antitetánico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La prevención del tétano incluye la limpieza cuidadosa de todas las lesiones. • Si presentan rasguños, cortes o abrasiones, evaluar riesgo de tétano y las víctimas deben vacunarse con toxoide antitetánico o completar esquema.
-----------------------------	--

7.4.1.3 Tratamiento profiláctico post exposición de ITS en personas adultas y adolescentes

- La profilaxis de las ITS se realiza una vez tomados los exámenes basales.
- En caso de adolescentes con peso menor de 40 Kg, seguir esquema y dosis indicado en niñas y niños.
- La profilaxis de VIH se debe realizar según se señala en el Protocolo post exposición al VIH de Honduras

Esquema combinado:



En personas con antecedentes confiables de alergia tipo I a la penicilina, Stevens Johnson, necrólisis epidérmica tóxica (NET) y anemia hemolítica por penicilinas, no administrar ceftriaxona y hacer control con RPR en la atención posterior (seguimiento). Por tanto, administrar exclusivamente azitromicina y tinidazol o metronidazol e indicar la vacuna para Hepatitis B y VPH si corresponde

7.4.2 - Niños y Niñas, víctimas de violación sexual

7.4.2.1 Abordaje Clínico

- Es importante el abordaje estandarizado para el manejo de las ITS en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual debido a que la infección puede ser asintomática y/o indetectable.
- Una ITS que no se diagnostica, ni se trata, puede dar lugar a una complicación imprevista en estadios tardíos y existe la posibilidad de transmisión.
- La identificación de un agente patógeno de transmisión sexual en un niño/a después del período neonatal sugiere en la mayoría de los casos, abuso sexual. Sin embargo, hay excepciones: por ejemplo, la infección rectal o genital con *C. trachomatis* en niños y niñas, jóvenes puede originarse a partir de una infección contraída en el período perinatal que puede persistir hasta los tres años. Además, se han identificado vaginosis bacteriana y micoplasma genital en niños/as sometidos y no sometidos/as a abuso sexual.
- Las verrugas genitales, aunque sugieren una agresión, no son específicas de abuso sin otra evidencia. Cuando la única evidencia de abuso es el aislamiento de un microorganismo o la detección de anticuerpos contra un agente de transmisión sexual, los hallazgos se deben confirmar y evaluar cuidadosamente.
- Los proveedores de salud que sospechan un abuso sexual en menores deben tener en cuenta las opciones disponibles con respecto a la consejería especializada, el apoyo social y la reparación del daño.
- El diagnóstico se basa en la historia clínica, la exploración física y exploraciones complementarias. La historia clínica es fundamental, dado que en pocas ocasiones aparecen lesiones en la exploración aun habiendo existido el abuso.
- Ante una sospecha de VS en un niño y niña, se debe notificar de forma inmediata a las autoridades judiciales, quien ordenará la presencia del médico forense para realizar junto al pediatra la exploración del menor y para la toma de muestras de interés legal.
- Los proveedores de salud que trabajan con niños y niñas y adolescentes deben mostrar el debido respeto y mantener la confidencialidad del caso.
- Se debe tener especial cuidado en la recolección de las muestras necesarias con el objeto de evitar traumas psicológicos y físicos.

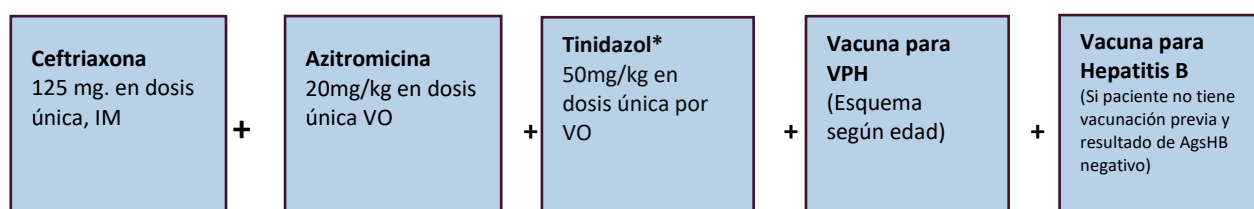
- Las manifestaciones clínicas de algunas ITS pueden ser diferentes en niños, niñas, y adolescentes en comparación con las de los adultos.
- Si el contacto inicial es reciente, el proveedor de salud debe realizar una consulta de seguimiento aproximadamente una semana después del último contacto para repetir la exploración física y recolectar muestras adicionales; de esta manera, transcurrirá suficiente tiempo para permitir la incubación de los agentes infecciosos.
- La VS aumenta el riesgo de transmisión viral en niños y niñas, debido a mayor vulnerabilidad anatómica a los traumatismos, una mucosa vaginal y anal más fina, ectopia cervical, etc. Ante toda penetración confirmada, tanto en niños y niñas, como en adolescentes, está indicado PPE frente al VIH.

7.4.2.2 Tratamiento profiláctico post exposición de ITS en niñas y niños

La decisión de profilaxis debe ser tomada evaluando la edad del niño, niña o adolescente, su nivel de desarrollo puberal y el riesgo de la exposición.

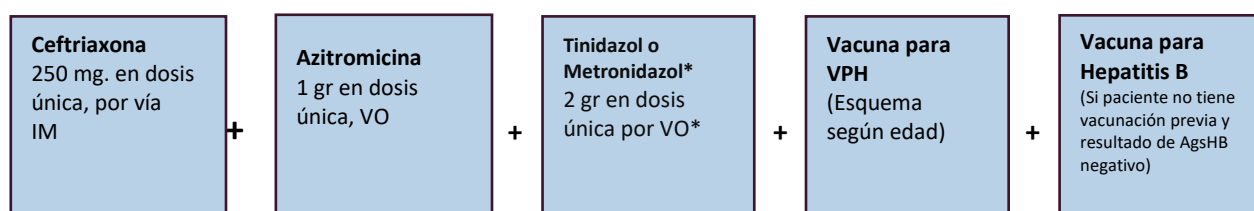
- La profilaxis debe indicarse sólo en aquellos casos con violación sexual aguda de menos de 72 horas, y una vez tomadas las muestras para los test diagnósticos basales.

Esquema de tratamiento combinado en violación sexual en niñas y niños con peso menor de 40 kilos:



*De no disponer de tinidazol, prescribir metronidazol 15 mg/kg cada 8 hrs. por 7 días por vía oral (VO). En casos de niñas y niños menores de 3 años, no utilizar tinidazol, indicar metronidazol.

Esquema de tratamiento combinado en violación sexual en niñas y niños con peso mayor de 40 kilos:



En caso de adolescentes cursando el primer trimestre de embarazo no debe indicarse metronidazol

Fuente: adaptadas de las bibliografías (13)(16)(66)(67)(68)(69)(70)

8. FUNDAMENTO LEGAL

La Constitución de la República de Honduras establece que el fin supremo de la sociedad y del Estado es la persona humana, y que todos los esfuerzos de la Nación deben encaminarse a promover su plena realización, en este sentido, se concibe la salud como un derecho y un deber de todos, en el marco de la ejecución de las decisiones orientadas a proveer servicios de salud a toda la población hondureña. En el Artículo 145 de la constitución de la república, se reconoce el derecho a la protección de la salud. El deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas. ⁽⁷⁶⁾

Las acciones dirigidas a elaborar Leyes y Políticas encaminadas a dar cumplimiento a los compromisos adquiridos por el estado de Honduras en favor de los derechos a la salud y el acceso universal a la misma han tenido avances importantes, entre los que cabe destacar la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR).

La PNSSR es un elemento de ayuda y complementa los esfuerzos de los diferentes sectores estableciendo un marco político y programático para promover de forma integrada la salud.

En su segundo eje estratégico refiere: Acceso Universal a servicios de salud sexual y reproductiva, con enfoque de derechos en el curso de la vida de la población hondureña, en respuesta a necesidades y prioridades como: violencia de género, planificación familiar, prevención del embarazo en adolescentes, VIH, Sífilis y otras-ITS, entre otros, considerando los determinantes sociales de la salud.

En la línea estratégica: Apoyo a las modalidades para alcanzar la cobertura universal en salud se destaca lo siguiente

- Promover la implementación de los documentos de normalización (o normativos) en Salud Sexual y Reproductiva
- Promover la implementación de las normas de atención integral al hombre, para contribuir a la cobertura universal.
- Facilitar el acceso a pruebas de VIH, Sífilis y al diagnóstico de otras ITS, a fin de asegurar el tratamiento oportuno, el seguimiento y el apoyo requerido a la persona (caso) y sus contactos. ⁽⁷⁷⁾

La secretaria de estado en el Despacho de salud como ente rector y regulador tiene la responsabilidad y el mandato de normalizar los requisitos, acciones y esfuerzos encaminados a reducir el impacto negativo de las infecciones de transmisión sexual en la salud de la población hondureña. ⁽⁷⁸⁾

Las acciones relacionadas a las ITS se deben ejecutar cumpliendo con los lineamientos y criterios técnicos contemplados en la Norma Técnica Hondureña del Sector Salud, Atención integral a la población en el abordaje de las Infecciones de transmisión sexual, mencionamos algunos de ellos:

Estar basados en el marco de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género de acuerdo con los convenios internacionales como ser: Principios de Yogyakarta sobre la aplicación del derecho internacional, de derechos humanos a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género. Declaración universal de los derechos humanos.

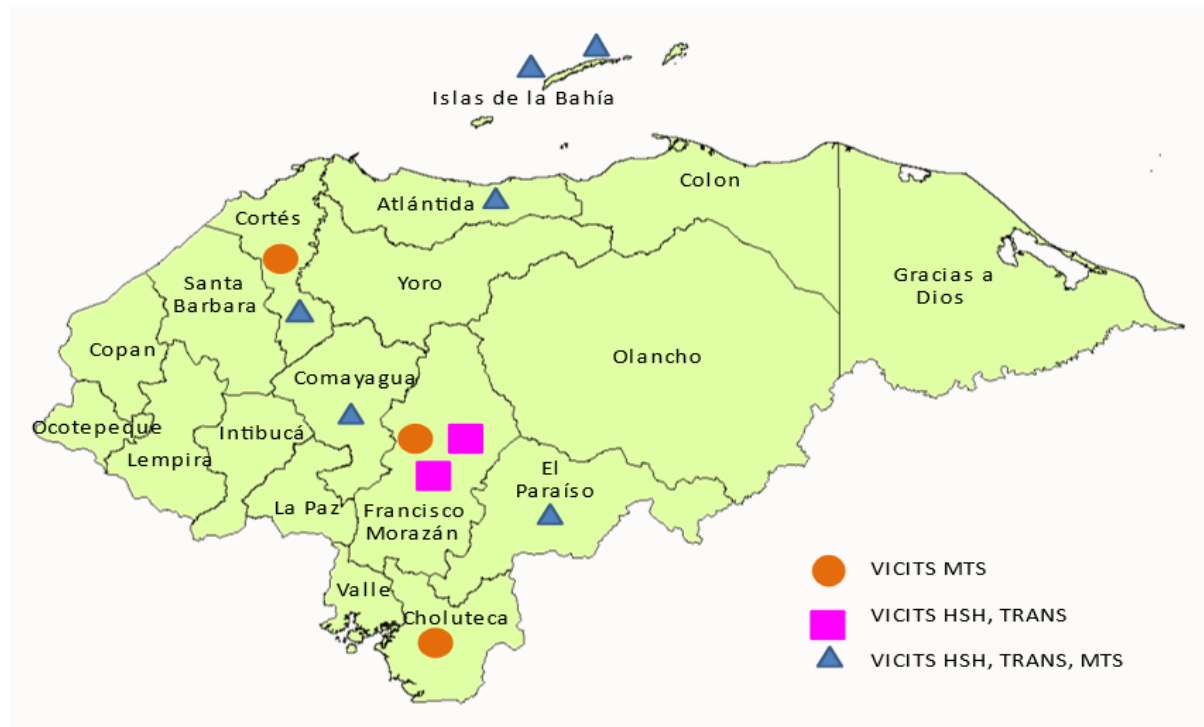
- Ser brindados en espacios libres de estigma y discriminación, basados en el respeto y tolerancia a la ocupación, identidad de género, orientación sexual y creencias.
- Ser acordes a los diferentes ciclos de vida, ambientales del desarrollo humano y considerando la interculturalidad.
- Las acciones o intervenciones de promoción, prevención y diagnóstico de las ITS deben estar estrechamente vinculadas con la prevención del VIH. ⁽⁷⁸⁾

9. ANEXOS

ANEXO No. 1: Localización de las VICITS en Honduras

Para el 2020 la Secretaría de salud cuenta con 11 establecimientos de salud que ofertan los servicios VICITS ubicadas en ciudades donde se concentran el mayor número de casos de ITS y VOH en población clave. En Tegucigalpa se cuenta con 3 servicios VICITS, dos para la atención a HSH y población trans y un servicio para atender MTS; en San Pedro Sula y La Ceiba brindan servicios a las tres poblaciones (HSH, MT y MTS)

Mapa 4. Regiones de Salud que cuentan con los servicios VICITS. Honduras, 2020



Distribución geográfica de los Servicios de Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual en población Clave a nivel nacional en el 2020

Región	VICITS	Población atendida
Atlántida	1. E.S Metropolitano de La Ceiba	MTS, HSH, Trans
Comayagua	2. E.S José María Ochoa	MTS, HSH, Trans
Cortés	3. E.S Cornelio Moncada	MTS
Choluteca	4. Hospital del Sur	MTS
El Paraíso	5. Hospital Gabriela Alvarado	MTS, HSH, Trans
Islas de la Bahía	6. Hospital Roatán	MTS, HSH, Trans
	7. E.S Los Fuertes	MTS, HSH, Trans
Metropolitana de San Pedro Sula	8. E.S Miguel Paz Barahona	MTS, HSH, Trans
Metropolitana de Tegucigalpa	9. E.S Alonso Suazo	HSH, Trans
	10. E.S El Manchen	HSH, Trans
	11. E.S Las Crucitas	MTS

ANEXO No. 2: Criterio de AMSEL

Tabla 4. Sensibilidad, especificidad, valor predictor positivo (VPP) y negativo (VPN) de los parámetros clínicos de Amsel para el diagnóstico de vaginosis bacteriana					
	n muestras analizadas	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	VPP (%)	VPN (%)
Amsel*	94	62,1	92,3	81,8	83,3
Flujo alterado	94	41,4	90,8	66,7	77,6
pH vaginal > 4,5	94	72,4	64,6	47,7	84,0
Presencia de aminas	96	58,1	87,7	69,2	81,4
Presencia de "clue cells"	100	96,9	100	100	98,6
*≥ 3 parámetros positivos. VPP: Valor predictor positivo. VPN: Valor predictor negativo.					

10. BIBLIOGRAFÍA

- 1.** Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021. El fin de las ITS.
- 2.** Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2007 Ginebra, OMS, 2015.
- 3.** Orientaciones Terminológicas ONUSIDA 2015
- 4.** Glosario de términos relacionados con el VIH y los derechos humanos, CNDH, México 2019
- 5.** Datos de la situación epidemiológica de las ITS Honduras, SESAL, 2020.
- 6.** Informe de la Estrategia de Eliminación de la transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis, Honduras, 2014-2016, Honduras, 2017.
- 7.** Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Abreu, Idania Castro. 2010, Revista Habanera de Ciencias Médicas, pág. 707.
- 8.** Módulos de capacitación para el Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual. Módulo 1. Introducción a la prevención y el control de las ITS. 2a edición. s/l, OMS, 2008.
- 9.** Datos de la situación epidemiológica de las ITS Honduras, SESAL, 2020
- 10.** Carlos Cruz Palacios, Ubaldo Ramos Alamillo et al. Guía de prevención, diagnóstico y Tratamiento de las ITS dirigida al personal de salud. México, D.F, Fundación Mexicana para la salud A.C., 2011
- 11.** Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. [aut. libro] Hoja Informativa: Equidad de Género en Salud. Washington D.C: s.n., 2012.
- 12.** Guía para la Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual, Manejo Sindrómico, Ministerio de Salud de Nicaragua, 2013.

- 13.** Norma Técnica de Salud para el Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú, 2018.
- 14.** Guía para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual / Ministerio del Poder Popular para la Salud et al. - Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2018.
- 15.** Análisis de la situación Epidemiológica y Programática de las infecciones de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana en Honduras 2016-2020, Tegucigalpa. M.D.C. Honduras C.A. abril 2021.
- 16.** Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Hoja informativa: Equidad de Género en Salud. Washington D.C: s.n 2012.
- 17.** Department of Health and Human Services Center for Disease Control and Prevention, Morbidity and Mortality Weekly Report, July 23: Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2021.
- 18.** Secretaria de Salud de Honduras, TEPHINET. Guía para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual. Tegucigalpa, M.D.C.; Imprenta Honduras, 2011.
- 19.** Guía práctica del tratamiento sindrómico de las Infecciones de transmisión sexual: una propuesta de tratamiento. Guía de consenso, Cruz-Palacios C, Ramos-Alamillo U, González-Rodríguez, Dermatol Rev, Mex 2014;58:18-32.
- 20.** GAM Online Reporting Tool, Honduras – 2020.
- 21.** Norma de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Ministerio de Salud de Chile, 2016
- 22.** Estrategia de Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Ministerio de Salud de Chile, 2020.
- 23.** Normas de manejo y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)*. Primera parte, Comité Normas Infecciones de Transmisión Sexual - Ministerio de Salud de Chile, 2009

- 24.** Guidelines for the Management of Symptomatic Sexually transmitted infections, June 2021. World Health Organization 2021.
- 25.** Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections 2020: infections that cause genital ulcers]. Ramos MC, Sardinha JC, Alencar HDR, Aragón MG, Lannoy LH. Epidemiol Serv Saude. 2021
- 26.** Guía: Lo que debemos saber sobre las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Presidencia de la Republica del Paraguay. Enero 2014.
- 27.** Síndrome de enfermedades de transmisión sexual, Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Salud Pública. 1999
- 28.** WHO Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis) 2016.
- 29.** WHO guidelines on syphilis screening and treatment for pregnant women. Geneva: World Health Organization, 2016.
(<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550093>, accessed 22 March 2021).
- 30.** Protocolo Brasileiro para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: sífilis congénita y niño expuesto a la sífilis doi: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Centro de Referência e Treinamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, São Paulo, SP, Brasil.
- 31.** WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016 ([https://www.who.int/publications/i/item/who-guidelines-for-the-treatment-of-treponema-pallidum-\(syphilis\)](https://www.who.int/publications/i/item/who-guidelines-for-the-treatment-of-treponema-pallidum-(syphilis)), accessed 22 March 2021).
- 32.** Sífilis congénita en México. Análisis de las normas nacionales e internacionales desde la perspectiva del diagnóstico de laboratorio. Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas, Cuernavaca, Morelos, México. Gac Med Mex. 2019; 155:464-472.

- 33.** Diagnóstico y Tratamiento de sífilis, Recomendaciones para los equipos de Salud. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaria de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Argentina, 2019.
- 34.** Norma para el manejo integral de la sífilis materna y congénita. Tegucigalpa: s.n., 2011.
- 35.** Secretaria de Salud de Honduras. Norma Hondureña del Sector Salud. Atención Durante La Preconcepción, El Embarazo, El Parto, El Puerperio y del Neonato. 2015.
- 36.** Evaluación de los criterios de Nugent y Amsel para el diagnóstico de vaginosis bacteriana. Navarrete Paola, Domínguez Mariana, Castro Ericka y Zeleman Raúl. 7, Santiago: Revista Médica Chile, 2000, Vol. 128.
- 37.** Secretaria de Salud de Honduras. Manual de atención integral al adulto y adolescente con VIH. Tegucigalpa: s.n 2020.
- 38.** Sífilis Gestacional, Direccion de Provision de Servicios de Salud, Grupo Materno Perinatal, 2018. Alcaldia Mayor de Bogota. D.C, Secretaria de Salud Colombia.
- 39.** WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus. Geneva: World Health Organization; 2016, accessed 22 March 2021).
(<https://www.who.int/publications/i/item/978924154987>)
- 40.** Actualización de las pautas de tratamiento de los CDC para la infección gonocócica, 2020, Semanal / 18 de diciembre de 2020/69 (50); 1911–1916
- 41.** WHO Guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae. World Health Organization 2016.
- 42.** Morbidity and Mortality Weekly Report Update to CDC’s Treatment Guidelines for Gonococcal Infection, 2020, US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention, MMWR / December 18, 2020 / Vol. 69 / No.
- 43.** Norma para el manejo integral de la sífilis materna y congénita. Tegucigalpa: s.n., 2011.

44. Evaluación de los criterios de Nugent y Amsel para el diagnóstico de vaginosis bacteriana. Navarrete Paola, Domínguez Mariana, Castro Ericka y Zelelman Raúl. 7, Santiago: Revista Médica Chile, 2000, Vol. 128.
45. Secretaria de Salud de Honduras. Norma de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo(a). Tegucigalpa: s.n., 2014.
46. Secretaria de Salud de Honduras, Norma Técnica Hondureña del Sector Salud, Atención integral a la población en el abordaje de las Infecciones de transmisión sexual, 2015. Pag.10
47. Update to CDC's Treatment Guidelines for Gonococcal Infection, 2020.
48. Guidelines for Treatment of Chlamydia trachomatis, World Health Organization 2016.
49. Documentos Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz Laura Baquedano Mainar, Marta Lamarca Ballester, Fernando Puig Ferrer, Miguel Angel Ruiz Conde. Servicio de Ginecología, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España, Rev Chil Obstet Ginecol 2014; 79(2): 115 – 120
50. Enfermedad Inflamatoria Pélvica, CDC, [https://www.cdc.gov › sp_pelvic_imflam_final508](https://www.cdc.gov/sp_pelvic_imflam_final508) Julio 2017.
51. Wiesenfeld H. Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents. UpToDate. 2019.
52. Actualización sobre enfermedad pélvica inflamatoria Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD, V.10 N.3: 19-25 ISSN-2215 2741, Costa Rica.
53. Gonorrhea CDC Fact sheet (Detailed Version. Division of STD prevention (DSTDP), Center for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/std>.
54. Progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2019
55. Accountability for the global health sector strategies, 2016–2021, World Health Organization 2019.

56. Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-guidelines-for-the-treatment-of-neisseria-gonorrhoeae>, accessed 22 March 2021).
57. WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-guidelines-for-the-treatment-of-chlamydia-trachomatis>, accessed 22 March 2021).
58. Infección por Papilomavirus Humano (HPV)(Verrugas genitales; condilomas acuminados; verrugas venéreas, verrugas anogenitales) Por Sheldon R. Morris , MD, MPH, University of California San Diego, Última modificación del contenido dic. 2020.
59. Human Papillomavirus Vaccination for Adults: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, August 2019.
60. Molusco contagioso - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org › es-es › drc-20375230>.
61. Diagnóstico y Tratamiento de la Conjuntivitis Neonatal Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria Unitat d'Oftalmologia Pediàtrica Servei d'Urgències de Pediatria Servei de Neonatologia diciembre 2019 Universidad Autonoma de Barcelona.
62. Organización Mundial de la Salud. (17 de enero de 2017). Primer Informe de la OPS,sobre la Hepatitis en el Continente Americano. Obtenido de www.paho.org/
63. Update: Interim Guidance for Prevention of Sexual Transmission of Zika Virus - United States. (29 de julio de 2016). Obtenido de www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6529e2.htm, Organización Panamericana de la Salud. (2016).
64. WHO guidelines for the prevention of sexual transmission of Zika virus, World Health Organization 2019.
65. Infecciones de transmisión sexual en el contexto de una agresión sexual, 30 mar. 2019 <https://www.elsevier.es › es-revista-enfermedades-in> a Servicio de Microbiología Clínica y Control de Infección, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Bizkaia, España

- 66.** Atención de la salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2016.
- 67.** Protocolo de Atención Integral a Víctimas, sobrevivientes de Violencia Sexual en el primer nivel de Atención, SESAL, Honduras, 2017
- 68.** Atención de salud dirigida a las mujeres que son sobrevivientes de violencia de pareja o la violencia sexual, Manual Clínico, OMS.
- 69.** Protocolo de atención médica para casos de violencia sexual, Médicos sin Fronteras, 2017, Honduras.
- 70.** Protocolo de Profilaxis post exposición a la infección por VIH y otras ITS, SESAL, enero 2017, pag 18-19-20.
- 71.** Manual de Atención Integral de niño y la niña con VIH, SESAL mayo 2021, pág. 91 a 94.
- 72.** “Informe de línea de base final sobre el perfil de país, con respecto a la situación actual de las hepatitis virales A, B y C y la respuesta del Sector Salud para su control en Honduras”. OPS, 2017.
- 73.** Constitución de la Republica de Honduras, Decreto No.131 del 11 de enero de 1982. Art.145.
- 74.** Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2016/ pág. 46.
- 75.** Secretaria de Salud de Honduras, Norma Técnica Hondureña del Sector Salud, Atención Integral a la población en el abordaje de las Infecciones de Transmisión Sexual 2015. Pag 10

Ilustraciones

1. Ilustración 1 Úlceras y Vesículas en pene, obtenida de:
Cruz-Palacios C, Ramos-Alamillo U, González-Rodríguez
Guía práctica del tratamiento sindrómico de las infecciones de transmisión sexual:
una propuesta de tratamiento. Guía de consenso. Dermatol Rev
Mex 2014; 58:18-32.
2. Ilustración 2 Secreción uretral Obtenida de:
Secreciones en pene, obtenida de:
Cruz-Palacios C, Ramos-Alamillo U, González-Rodríguez
Guía práctica del tratamiento sindrómico de las infecciones de transmisión sexual:
una propuesta de tratamiento. Guía de consenso. Dermatol Rev
Mex 2014; 58:18-32.
3. Ilustración 3 Flujo Vaginal y Cervical obtenida de:
Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS, Dirigida a personal de
servicios de salud
Primera edición, 2011
D.R.© Fundación Mexicana para la Salud A.C.
México,D.F.
Disponible en www.funsalud.org.mx.
4. Ilustración 4 Bubón inguinal. Obtenida de:
Manual para el Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual, Secretaria de
Salud Honduras, agosto 2017.
5. Ilustración 5 Edema de escroto. Obtenida de:
Manual para el Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual, Secretaría de
Salud Honduras, agosto 2017.
6. Ilustración 6 condilomatosis obtenida de:
Cruz-Palacios C, Ramos-Alamillo U, González-Rodríguez
Guía práctica del tratamiento sindrómico de las infecciones de transmisión sexual:
una propuesta de tratamiento. Guía de consenso. Dermatol Rev
Mex 2014; 58:18-32.

- 7.** Ilustración 7 Molusco Contagioso obtenido de:
Cruz-Palacios C, Ramos-Alamillo U, González-Rodríguez
Guía práctica del tratamiento sindrómico de las infecciones de transmisión sexual:
una propuesta de tratamiento. Guía de consenso. Dermatol Rev
Mex 2014; 58:18-32.
- 8.** Ilustración 8 Lesiones provocadas por Escabiosis obtenidas de:
Manual para el Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual, Secretaría de
Salud Honduras, agosto 2017.
- 9.** Ilustración 9 Agente causal de pediculosis pubis, obtenida de:
Manual para el Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual, Secretaría de
Salud Honduras, agosto 2017.
- 10.** Ilustración 10 Neonato con oftalmia gonocócica.
<http://www.clinicavalle.com/galeria-alteraciones-oculares/conjuntiva/>

COORDINACIÓN TÉCNICA PARA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

2021

Dra. Elvia María Ardón

Dr. Mario Ramírez

Dirección General de Normalización, Secretaría de Salud de Honduras

Asistencia técnica y financiera a través de:

Fondo Mundial

Dra. Lícida Bautista.MSP

Consultora

Equipo técnico 2021

Dr. Mario Ramírez	Técnico DGN/ SESAL
Dra. Gabriela Nicole Pineda	Técnica DGN/SESAL
Dr. Marcos Urquía	Técnico DGN/ SESAL
Dra. Sandra Lorenzana	Técnica DGN/SESAL
Licda. Anggie Garcia	Técnica DGN/SESAL
Dra. Vera Acosta	Técnica de la DGVMN/SESAL
Dra. Victoria Vásquez	Técnica DGRIS/SESAL
Dra. Flavia Girón	Técnica de la ULMIE/SESAL
Dra. Kathia Hernández	Técnica de la UVS/SESAL
Dra., Suyapa Mendoza	Jefa del LNITS/ SESAL
Dra. Lourdes Godoy	Medico asistencial VICITS/ SAI Miguel Paz Barahona
Dra. Lyla Vicente	Medico asistencial VICITS/SAI del Manchen
Dra. Claudia Ruiz	Medico asistencial VICITS/SAI Miguel Paz Barahona
Dra. Ana Ligia Chinchilla	Medica Gineco-obstetra IHSS
Dra. Gabriela Cano	Medica consulta SAI Alonso Suazo
Dra. Miriam Mejia	Oficial técnico CHF/GC
Dra. Suyapa Regina Elvir	Medico de apoyo independiente

Participantes Validación de la actualización del Manual de Atención Clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual

No.	NOMBRE	CARGO	REGION SANITARIA
1	Dra. Alma Ruíz	Médico VICITS E.S. José María Ochoa	Comayagua
2	Lic. Claudia Villalta	Punto Focal VIH	Choluteca
3	Dra. Denia Acosta	Médico VICITS	Choluteca
4	Dr. Melvin Espinal	Microbiólogo Regional	Choluteca
5	Dra. Nereyda Murillo	Punto Focal VIH	El Paraíso
6	Dra. Rita Alvarado	Médico VICITS Danlí	El Paraíso
7	Lic. Yisela Martínez	Técnica DGRIS	SESAL
8	Lic. Ninfa Germer	Medico SAI ES Metropolitana Ceiba	Atlántida
9	Dra. Dixiana Flores	Coordinadora SAI ES Metropolitana de La Ceiba	Atlántida
10	Dra. Heidi Flores	Punto Focal VIH	Región Metropolitana DC
11	Dra. Sandra Silva	VICITS E.S. Las Crucitas	Región Metropolitana DC
12	Dra. Noelia Ferrufino	Medico SAI	Hospital Escuela Universitario
13	Carolina Banegas	Oficial Técnico	CHF/GC
14	Dra. Any Aracely Villafranca Lozano	Coordinadora SAI Cofradía	Región Metro SPS
15	Dra. Ana Xiomara Carbajal	Microbióloga Regional	Región Metro SPS
16	Lic. Delmi Aurora Medina López	Responsable Servicios Internos y Externos de la Clínica VIH Episcopal SPS	Región Metro SPS

17	Lic. Iveth Barahona	Punto Focal de Adolescente y Materno Infantil / Apoyo a la Gestión RISS	Región de Cortés
18	Lic. Dr. Ángel Flores	Punto Focal VIH	Región de Cortés
19	Dra. Ivis Andrade	Médico VICITS E.S. Cornelio Moncada Córdova	Región de Cortés
20	Dra. Kateryn Sandoval	Médico SAI Choloma	Región de Cortés
21	Dra. Rosa Elías	Medico SAI Santa Cruz de Yojoa	Región de Cortés
22	Licda. Ellen Rose Frazer Sambula	Punto Focal VIH	Islas de la Bahía
23	Dra. Maribel Guevara	Médico SAI Hospital Roatán (directora Hospital Roatán)	Islas de la Bahía
24	Ammy Tobar	Consultora Nacional	OPS
25	Dra. Karla Zepeda	Coordinadora de País en Honduras	UVG
26	Dra. Mayte Paredes	Coordinadora de País en Honduras	ICAP Global Health
27	Lic. Héctor Franklin González	Coordinador	ASONAPVSI DAH
28	Dra. Elvia Ardón	Directora General	Dirección General de Normalización
29	Dr. Aron Bueso	Punto Focal VIH	Unidad de Vigilancia de la Salud
30	Dra. Anneli Banegas	Técnico DNAP	DGN
31	Lic. Eros Salinas	Punto Focal VIH	DSPNA/DGRISS
32	Dra. Vera Acosta	Punto Focal VIH	DGVMN
33	Dra. Kathia Hernández	Punto Focal ITS-Hepatitis	UVS
34	Dra. Victoria Vásquez	Punto Focal ITS	DGRISS
35	Dra. Flavia Girón	Punto Focal VIH	ULMI
36	Dr. Marco Antonio Urquía	Punto focal VIH	DGN/SESAL
37	Dr. Mario Ramírez	Punto focal VIH	DGN/SESAL
38	Anggie García	Punto focal VIH	DGN/SESAL
39	Dra. Gabriela Pineda	Punto focal VIH	DGN/SESAL
40	Dra. Sandra Lorenzana	Punto focal VIH	DGN/SESAL

41	Dra. Ana Ligia Chinchilla	Ginecóloga (Gerente Clínica Periférica No. 1)	IHSS PERIFERICA 1
42	Dra. Lila Vicente	Médico VICITS	CIS Dr. Manuel Larios El Manchen
43	Dra. Claudia Ruíz	Coordinadora VICITS E.S. MPB	E.S. Miguel Paz Barahona
44	Dra. Lourdes Godoy	Médico VICITS	E.S. Miguel Paz Barahona
45	Dra. Miriam Mejía	Oficial Técnico	CHF/GC
46	Dra. Suyapa Elvir	Médico asesora	Independiente
47	Dra. Licida Bautista	Consultora	Consultora
48	Lic. Imelda Ester Vargas	Técnica	PASMO
49	Dani Montesinos	Técnico	Kukulcán
50	Dr. Sergio Flores	Medico	SAI Ceiba
51	Dra. Rosa Grey	Medica	SAI Hospital Mario Catarino Rivas
52	Dr. Virgilio Maradiaga	Medico	Kukulcán
53	Lic. Lucas Fuentes	Punto Focal VIH	Región Metropolitana de SPS
54	Sra. Gloria Figueroa	Técnica	OPS Honduras
55	Ing. Fernando Zamora	Técnico	DGRISS

Este Manual para el manejo clínico de las
Infecciones de Transmisión Sexual, fue
elaborada con el apoyo técnico y financiero de
Global Communities y Fondo Mundial.

