



Norma de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

2016

Departamento Programa Nacional de Prevención y Control
del VIH/SIDA e ITS
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Ministerio de Salud.

Norma General Técnica N°187 aprobada por Resolución Exenta N°484 del 20 de Mayo 2016

NORMAS DE PROFILAXIS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Todos los derechos reservados.

Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de difusión y capacitación.

ISBN: 978-956-348-103-7

Esta Norma está disponible en www.minsal.cl

Edición: 2.100 ejemplares.

Impresión: MakroPrint Chile S.A.

AUTORES

COMITÉ CIENTÍFICO ASESOR ITS ADULTO	
Dr. Félix Fich Schilcrot	Médico Dermatólogo Jefe Programa de Postítulo en Dermatología, Pontificia Universidad Católica de Chile Sociedad Chilena de Dermatología Miembro American Academy of Dermatology
Dra. Ester Santander Cabello	Médico Dermatóloga Encargada UNACESS, Hospital San José Docente Universidad de Chile Docente Universidad Diego Portales Sociedad Chilena de Dermatología
Dr. Soledad Bertoló Pérez	Médico Dermatólogo Jefa Servicio Dermatología y Venereología Hospital San Juan de Dios Médico Encargada UNACESS Hospital San Juan de Dios Docente Universidad de Chile Sociedad Chilena de Dermatología Miembro American Academy of Dermatology
Dr. Rodrigo Blamey Díaz	Médico Infectólogo Unidad de Infectología Hospital del Salvador Clínica Las Condes Sociedad Chilena de Infectología Miembro Comité Editorial Revista Chilena de Infectología
Dr. Aníbal Hurtado Pinochet	Médico Dermatólogo Unidad de Dermatología Hospital del Salvador Docente Universidad de Chile Sociedad Chilena de Dermatología Asociación Latinoamericana y Caribeña de ITS, ALAC-ITS

COMITÉ CIENTÍFICO ASESOR ITS PEDIÁTRICO	
Dr. Sergio Silva Valenzuela	Médico Dermatólogo y Pediatra Jefe de Departamento Dermatología Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile Sociedad Chilena de Dermatología
Dra. Alejandra Reyes Jiménez	Médico Pediatra Infectóloga Jefe Unidad de Infectología Hospital Félix Bulnes Sociedad Chilena de Pediatría Sociedad Chilena de Infectología
Dra. Ana Chávez Polanco	Médico Pediatra Infectóloga Sociedad Chilena de Pediatría Sociedad Chilena de Infectología
Dra. María Isabel Galaz Letelier	Médico Pediatra Infectóloga Hospital Roberto del Río Comité Nacional de SIDA Pediátrico de la Sociedad Chilena de Pediatría Sociedad Chilena de Infectología
Dra. M. Angélica Martínez Tagle	Magíster en Microbiología Ph.D Programa Microbiología, Profesora Asociada Instituto de Ciencias Biomédicas Facultad de Medicina, Universidad de Chile Docencia e Investigación en ITS
Dra. N. Mónica Muñoz Otárola	Médico Pediatra Especialista en Ginecología pediátrica y adolescente Jefe Unidad de Ginecología Pediátrica Hospital Luis Calvo Mackenna Docente Universidad de Chile. Sociedad Chilena de Pediatría Sociedad Chilena de Endocrinología y Metabolismo Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia Miembro Federation of Pediatric and Adolescent Gynecology
Dra. Patricia Romero Fuentes	Médico Pediatra Especialista en Ginecología pediátrica y adolescente Hospital Luis Calvo Mackenna Docente Universidad de Chile Sociedad de Ginecología Infantil y Adolescente Sociedad Chilena de Pediatría Miembro Federation of Pediatric and Adolescent Gynecology
Dra. María Rosa Olgui Dinator	Médico Pediatra Especialista en Ginecología pediátrica y adolescente Jefe Unidad de Ginecología Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán Docente Universidad de Santiago de Chile Sociedad Chilena de Pediatría Sociedad Ginecología Infantil y Adolescencia

REVISORES MINSAL

DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	
Edith Ortiz Núñez	Jefa Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS Subsecretaría de Salud Pública
Dra. Paulina Troncoso Espinoza	Encargada Nacional del Programa de Salud de la Mujer Departamento Ciclo Vital Subsecretaría de Salud Pública
Eduardo Soto Fernández	Programa de Salud de la Mujer Departamento Ciclo Vital Subsecretaría de Salud Pública
Miriam González Opazo	Programa de Salud de la Mujer Departamento Ciclo Vital Subsecretaría de Salud Pública
Dra. Elena Sepúlveda Parada	Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS Docente Universidad de Santiago Sociedad Chilena de Sexología y Salud Sexual Subsecretaría de Salud Pública

DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN SANITARIA	
Karen Cáceres Burton	Departamento Epidemiología Subsecretaría de Salud Pública

DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL	
Solange Burgos Estrada	Departamento Ges y Redes de Alta Complejidad Subsecretaría de Redes Asistenciales
Inés González Soto	Coordinación de Laboratorios Clínicos Hospitalarios Departamento Gestión de Procesos Clínicos Integrados Subsecretaría de Redes Asistenciales
Carolina Isla Meneses	Unidad de Fármacos e Insumos Departamento Gestión de Procesos Clínicos Integrados Subsecretaría de Redes Asistenciales

DIVISIÓN JURÍDICA	
Isabel Segovia Lastarria	Abogada
Yasmina Viera Bernal	Abogada

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA (ISP)	
Juan Carlos Hormazábal	Jefe Sub departamento Enfermedades Infecciosas Departamento de Laboratorio Biomédico
Juan Roldán Saelzer	Jefe Sub departamento de Farmacovigilancia Departamento Agencia Nacional de Medicamentos
M^a Cecilia López Gutiérrez	Sub departamento de Dispositivos Médicos Departamento Agencia Nacional de Medicamentos

COORDINACIÓN Y EDICIÓN TÉCNICA	
Carolina Peredo Couratier	Matrona Magister en Salud Pública y Planificación Sanitaria Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública

Se agradece el gran aporte realizado por el Dr. Aurelio Salvo Lizama al desarrollo de políticas públicas para la prevención y control de las ITS en el país. Su legado forma parte de las presentes normas. QEPD.

ÍNDICE

Presentación	9
Introducción: Las ITS como problema de salud pública	11
Definiciones conceptuales	11
Bases legales y normativas de la atención de ITS.....	13
Situación epidemiológica de las ITS en Chile	15
Situación epidemiológica de la sífilis.....	15
Situación epidemiológica de gonorrea.....	20
Laboratorio de apoyo al diagnóstico de ITS	23
Serología para sífilis.....	23
Pruebas no treponémicas.....	23
Pruebas treponémicas.....	24
Serología para VIH.....	25
Tinción de Gram.....	26
Cultivo corriente.....	26
Cultivo para Neisseria gonorrhoeae	26
Estudio de flujo directo.....	27
Exámenes para detección de Chlamydia trachomatis	27
Serología para Hepatitis B.....	27
Serología para Hepatitis C.....	27
Gestión farmacéutica para el tratamiento de ITS	28
Arsenal farmacológico.....	28
Condomes de látex.....	28
Profilaxis de ITS en víctimas de violencia sexual	31
Profilaxis de ITS en personas adultas y adolescentes.....	32
Profilaxis ITS en niñas y niños	33
Control de salud a personas que ejercen el trabajo sexual	34
Diagnóstico y tratamiento de las ITS	37
Sífilis.....	37
Sífilis en adultos y adolescentes.....	37
Sífilis en personas con VIH/SIDA.....	47
Sífilis en gestantes.....	49
Sífilis congénita.....	53
Sífilis adquirida en niñas y niños.....	60
Gonorrea	63
Gonorrea en adultos y adolescentes.....	63
Gonorrea en niñas y niños	69

Chlamydia trachomatis en adultos y adolescentes	72
Uretritis/cervicitis no gonocócica	72
Chlamydia trachomatis en niñas y niños.....	75
Condiloma acuminado (verrugas genitales).....	77
Condilomas en adultos y adolescentes	77
Condilomas en personas con VIH e inmunocomprometidas	81
Condilomas y embarazo	82
Condilomas en niñas y niños.....	84
Herpes genital.....	87
Herpes genital en adultos y adolescentes.....	87
Herpes genital en la embarazada.....	90
Herpes neonatal.....	91
Herpes genital en niñas y niños	93
Linfogranuloma venéreo (LGV).....	95
Linfogranuloma en adultos y adolescentes	95
Linfogranuloma en niñas y niños.....	97
Chancroide	98
Otras infecciones genitales: tricomoniasis.....	100
Tricomoniasis en adultos y adolescentes.....	100
Tricomoniasis en niñas y niños.....	102
Otras infecciones genitales: Candidiasis genital.....	104
Lecturas recomendadas	107
Anexo 1: Denuncia y medidas legales de protección de menores	110
Denuncia.....	110
Medidas legales de protección.....	111

PRESENTACIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un grupo de infecciones transmisibles que se caracterizan porque su principal modalidad de transmisión es la vía sexual. El control adecuado de las ITS es fundamental para mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de la población y disminuir el impacto que éstas producen en la Salud Pública de nuestro país.

En este contexto y de acuerdo a los avances tecnológicos, la información científica disponible y la legalidad vigente, se constituyó un equipo multidisciplinario, conformado por un grupo de expertos de vasta experiencia y manejo en el tema, para la actualización de la normativa que regula la forma en la que deben asistirse estas patologías, considerando la perspectiva de género, los determinantes sociales y el enfoque de derechos.

En nombre del Ministerio de Salud y del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, hacemos llegar nuestro reconocimiento a quienes colaboraron en la actualización de este documento, así como también nuestro estímulo a los equipos de gestión y tratantes, que permitirán su implementación en el ámbito de toda la red asistencial pública y privada del país.

Dra. Carmen Castillo Taucher

Ministra de Salud

INTRODUCCIÓN

LAS ITS COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Las infecciones de transmisión sexual constituyen un grupo de patologías transmisibles que continúan afectando a hombres y mujeres en todo el mundo, evidenciando año a año un número elevado de nuevos casos.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 1 millón de personas adquieren una Infección de Transmisión Sexual (ITS) cada día, estimándose que anualmente unos 500 millones de personas contraen alguna de las cuatro infecciones más prevalentes en el mundo: chlamydia, gonorrea, sífilis o tricomoniasis.

Una ITS no tratada o inadecuadamente tratada aumenta la probabilidad de adquirir la infección por VIH, lo que sumado a las consecuencias que estas infecciones tienen en la salud y calidad de vida de las personas, constituyen una carga de enfermedad importante para aquellas sociedades que tienen dificultades para articular una respuesta sostenible en el tiempo, repercutiendo en las economías de los países y los hogares.

El impacto que las ITS tienen en las personas y sus familias, se distribuye de manera desigual, en tanto es desigual el acceso a la información, a los servicios de prevención y atención, a los tratamientos eficaces y a la toma de decisiones para el autocuidado.

Garantizar que todas las personas puedan acceder a servicios e intervenciones eficaces para controlar las ITS, es un enorme desafío para los sistemas de salud, los que deben asumir la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, como herramienta en la reducción de estas enfermedades y el sufrimiento asociado.

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un grupo heterogéneo de patologías transmisibles, cuyo elemento en común es el compartir la vía sexual como principal mecanismo de transmisión.

Las manifestaciones clínicas comprometen, en la mayoría de los casos, el área genital, la piel y las mucosas, y en algunos casos manifestaciones sistémicas. El impacto en salud pública está dado por las complicaciones y secuelas que pueden presentar, principalmente en mujeres y recién nacidos, y en su relación con el aumento de la transmisibilidad del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), desde y hacia las personas infectadas con otras ITS. Las ITS se pueden clasificar tomando en consideración diferentes aspectos como el agente causal (clasificación etiológica), la patología que produce (clasificación patológica) o los síntomas y manifestaciones clínicas (clasificación sindrómica).

Considerando esta clasificación se derivan estrategias de abordaje como el Manejo Etiológico y el Manejo Sindrómico. Esto con el propósito de favorecer el tratamiento oportuno de estas infecciones.

El Manejo Etiológico requiere que se compruebe el agente causal de la infección para indicar el tratamiento. En el Manejo Sintomático el tratamiento se otorga basándose en la clasificación de acuerdo a las manifestaciones clínicas. Este manejo se recomienda cuando no existen posibilidades de llegar a un diagnóstico etiológico o se estima altamente probable que la persona que consulta, no vuelva a control. En Chile, este manejo se sugiere exclusivamente, para zonas aisladas.

Síndromes de ITS comunes, sus patologías y sus agentes etiológicos

SÍNDROME CLÍNICO	PATOLOGÍAS ASOCIADAS	PRINCIPAL AGENTE ETIOLÓGICO
Descarga Uretral	Uretritis	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Mycoplasma genitalium</i> <i>Ureaplasma urealyticum/parvum</i> Bacilos Gram negativo y otros
	Epididimitis (poco frecuente)	
Inflamación Escrotal	Epididimitis	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>
Descarga Vaginal	Cervicitis	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
	Vaginitis	<i>Chlamydia trachomatis</i>
	Vulvovaginitis	<i>Candida albicans</i> y otras <i>Trichomonas vaginalis</i> Otros
Dolor Abdominal Bajo	Enfermedad pélvica inflamatoria aguda	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>
	Dispareunia	Otros
Lesiones Ulcerativas Genitales	Herpes	<i>Virus Herpes simplex tipo 1 y 2 (VHS-1, VHS-2)</i>
	Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>
	Chancroide	<i>Haemophilus ducreyi</i>
	Linfogranuloma venéreo	<i>Chlamydia trachomatis</i> L1, L2 y L3
Lesiones Vegetantes Genitales	Condiloma Acuminado	<i>Virus Papiloma Humano (VPH)</i>
	Condiloma plano	<i>Treponema pallidum</i>
	Molusco contagioso	<i>Molluscum contagiosum virus</i>
Conjuntivitis Neonatal	Conjuntivitis	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>

Fuente: OMS, 2008

BASES LEGALES Y NORMATIVAS DE LA ATENCIÓN DE ITS

Las bases legales para la atención de las Infecciones de Transmisión Sexual se encuentran establecidas en un conjunto de documentos jurídicos, que contemplan Leyes, Decretos, Reglamentos y Normativas.

Estos documentos establecen la forma en la que se hará la lucha antivenérea y la educación sexual, así como las condiciones en las que se podrá examinar, obligar a tratarse o internar para su curación, a las personas que se dediquen al comercio/trabajo sexual y a las que estén afectadas de males venéreos que constituyan una amenaza para la salud pública.

El **Código Sanitario** Párrafo II del Título II del Libro I, de las Enfermedades Venéreas, señala:

Art. 38. “El Servicio Nacional de Salud (hoy Ministerio de Salud y la red asistencial del Sistema Público de Salud) tendrá a su cargo la lucha contra las enfermedades venéreas y procurará evitar su propagación por todos los medios educacionales, preventivos o de otro orden que estime necesarios”.

El **Reglamento de ITS**¹, establece:

Art. 7. “La atención que presten los Servicios de Salud en sus establecimientos respecto de las infecciones de transmisión sexual será totalmente gratuita, comprendiéndose en ella el diagnóstico, tratamiento y control, los exámenes de laboratorio clínico y demás necesarios.

Art. 8. “Cada Servicio de Salud deberá disponer, al menos en uno de los establecimientos que conforman su red asistencial, de una dependencia especializada en infecciones de transmisión sexual. En aquellos establecimientos en que no haya un centro de salud especializado en dichas patologías deberán existir los mecanismos y procedimientos que permitan la atención y tratamiento oportuno de las mismas, incluyendo la derivación en caso necesario”.

Art. 9. “Los Servicios de Salud deberán disponer, en los establecimientos necesarios para permitir el fácil acceso a las personas de su área de competencia, de horas para la atención de salud sexual de personas con conductas de riesgo, entre las que se incluyen las que declaran voluntariamente el ejercicio del comercio sexual. Dicha atención deberá realizarse de acuerdo a las disposiciones del presente reglamento y de las normas técnicas vigentes para tal efecto.

La asistencia a control de salud sexual será voluntaria y estará sujeta a la confidencialidad establecida en el presente reglamento”.

Art. 10. “El establecimiento de salud que brinde atención de salud sexual a trabajadores(as) sexuales, deberá llevar una estadística sanitaria del número de personas en control de manera periódica. Los datos sobre el número de personas registradas y atendidas deberán ser entregados al Servicio de Salud respectivo, organismo que los remitirá al Ministerio de Salud en una fecha preestablecida, para la confección anual de un consolidado de los asistentes regulares a control, deserciones y traslados, que permita la planificación y adopción de medidas sanitarias acordes a esa realidad”.

La **Ley 20.584** precisa:

Art. 12. “La ficha clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que

1 Decreto 206 del año 2005 del Ministerio de Salud y publicado en el Diario Oficial el 8 de mayo del 2007.

tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella.

Toda la información que surja, tanto de la ficha clínica como de los estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, será considerada como dato sensible, de conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2º de la ley N° 19.628”.

Art. 13. “La ficha clínica permanecerá por un período de al menos quince años en poder del prestador, quien será responsable de la reserva de su contenido”.

“...Los terceros que no estén directamente relacionados con la atención de salud de la persona no tendrán acceso a la información contenida en la respectiva ficha clínica. Ello incluye al personal de salud y administrativo del mismo prestador, no vinculado a la atención de la persona”.

Es decir, aquellos profesionales y funcionarios administrativos que participan del proceso asistencial, **deben** acceder a la información contenida en la ficha clínica para entregar una atención completa. Un funcionario que toma conocimiento de esta información producto del ejercicio de su trabajo, debe guardar secreto sobre la misma, obligación que no cesa por haber terminado sus actividades en ese campo. (Art. 7, Ley 19.628).

Art. 14. “Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 16.

Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10”.

Art. 15. “No obstante lo establecido en el artículo anterior, no se requerirá la manifestación de voluntad en las siguientes situaciones:

a) En caso que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones señalados en el artículo anterior supongan un riesgo para la salud pública, de conformidad con lo dispuesto en la ley, debiendo dejarse constancia de ello en la ficha clínica de la persona”.

De todo lo anterior se desprende que la Red Asistencial de cada Servicio de Salud debe colaborar y complementarse con la de los otros Servicios, y con otras instituciones públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

Además de estas regulaciones específicas, la atención de salud de las ITS debe enmarcarse en las regulaciones generales que establece la Reforma de Salud, el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud², Ley 19.628 de Derecho a la Privacidad³, y otras que regulen la salud de las personas y el accionar de los profesionales del área de la salud.

2 Ministerio de Salud, Decreto N° 140, abril 2005.

3 Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Ley 19.628 actualizada 2012.

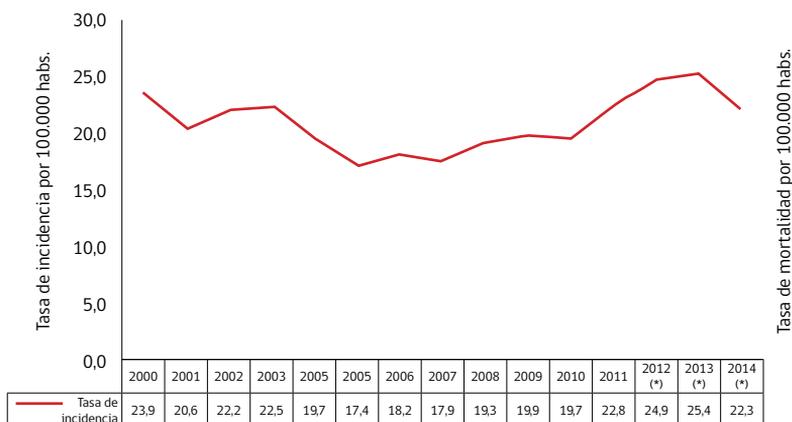
SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ITS EN CHILE

Situación Epidemiológica de la Sífilis

Los últimos 14 años, la notificación de casos de sífilis en Chile ha mostrado tasas relativamente estables que fluctúan entre 19,7 por cien mil hab. en el 2005 y un máximo de 25,4 por cien mil hab. en el 2013. El año 2011 se observó un leve repunte, el que se mantiene hasta el 2014, donde se alcanza una tasa de 22,3 por cien mil hab. (Gráfico 1).

Los egresos hospitalarios por sífilis en el periodo 2005 a 2010 muestran tasas que han fluctuado entre 1,4 a 1,6 casos hospitalizados por cien mil hab., representando el 0,02% del total de egresos. Los hombres hospitalizados por esta causa concentran el 57%. Del total de egresos por esta infección, la sífilis congénita (CIE-10: A50) representa el 55% de los casos en el año 2010, dando cuenta de la gravedad e importancia de la infección en este grupo de edad.

Gráfico 1. Tasas de incidencia por sífilis en todas sus formas. Chile 2000-2014 (*)

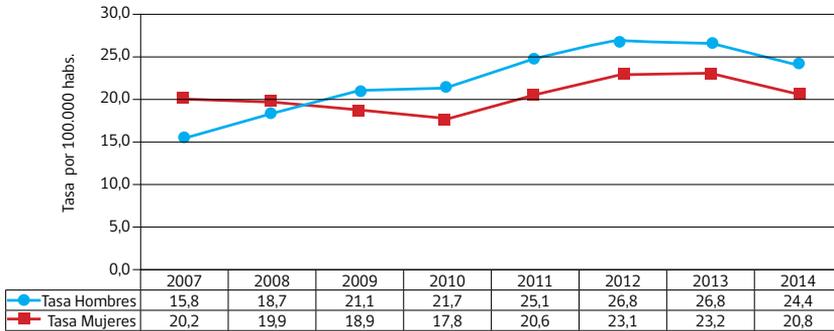


(*) Datos provisorios en proceso de validación.

(**) 2012 último año con datos de mortalidad disponibles.

Fuente: Base de datos ENO (DEIS) y Dpto. Epidemiología, DIPLAS, MINSAL, Chile.

Hasta el año 2008 las mujeres presentaban tasas de incidencia mayores a la de hombres, a partir del 2009 se presenta una inversión de esta relación, atribuible a un aumento de la tasa en hombres, más que a una disminución de la tasa de mujeres. Desde el año 2011, se observa un ascenso de las tasas de ambos sexos, con una leve baja el 2014, la que llega a 24,4 por cien mil hab. en hombres y a 20,8 en mujeres (Gráfico 2).

Gráfico 2. Tasas de sífilis según sexo. Chile 2000-2014 (*)

(*) 2012-2014 datos provisorios.

Fuente: Base de datos ENO.DEIS. Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

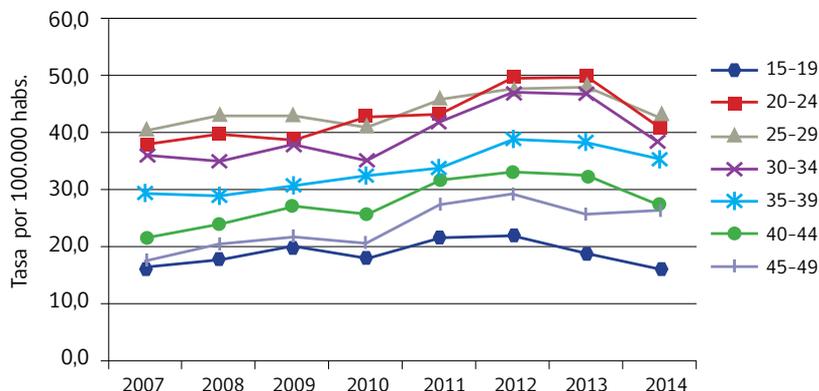
Desde el año 2007, las tasas más elevadas de sífilis se concentran entre los 20 a los 34 años representando alrededor del 45% del total de casos. El promedio de edad de los casos de sífilis presenta una elevación desde 33,5 años en el 2007 a 38,4 años en el 2014.

A partir del año 2011, se observa una tendencia al aumento de las tasas entre los 15 a los 49 años de edad, la que el año 2013 se estabiliza en relación al año anterior y el 2014 presenta una leve baja en todos los grupos quinquenales de edad. En relación a los grupos específicos de edad entre los 20 a 24 años y los 25 a 29 años, se observan tasas similares para todo el periodo, siendo el año 2014 de 41,0 y 42,5 por cien mil hab. respectivamente (Gráfico 3).

Los menores de 15 años representan alrededor del 1,0% de los casos. Desde el 2011 la tasa en los menores de 5 años se ha mantenido relativamente estable en 3 casos por cien mil hab., bajando levemente el 2014 a 2,5 por cien mil hab. Se debe tener presente que la sífilis en menores pueden ser producto de violencia sexual.

Hasta el año 2007, las tasas de mujeres fueron superiores a la de los hombres, dado predominantemente por el grupo entre 15 y 34 años. No obstante, en años posteriores la tendencia cambia presentándose un ascenso progresivo de las tasas de hombres, situación debida fundamentalmente a un aumento de tasas en el grupo de hombres de 35 y más años.

En el grupo de adolescentes (15 a 19 años) se observa durante todo el periodo estudiado que el grupo de mujeres supera el riesgo de los hombres, sin embargo en el 2012 esta distancia se estrecha debido a una leve disminución de la tasa de mujeres y un aumento de la tasa de hombres. El 2013 y 2014, se observa una disminución en la tasa de hombres de este grupo de edad.

Gráfico 3. Tasas de incidencia por sífilis según grupos quinquenales de edad. Chile 2007-2014 (*)

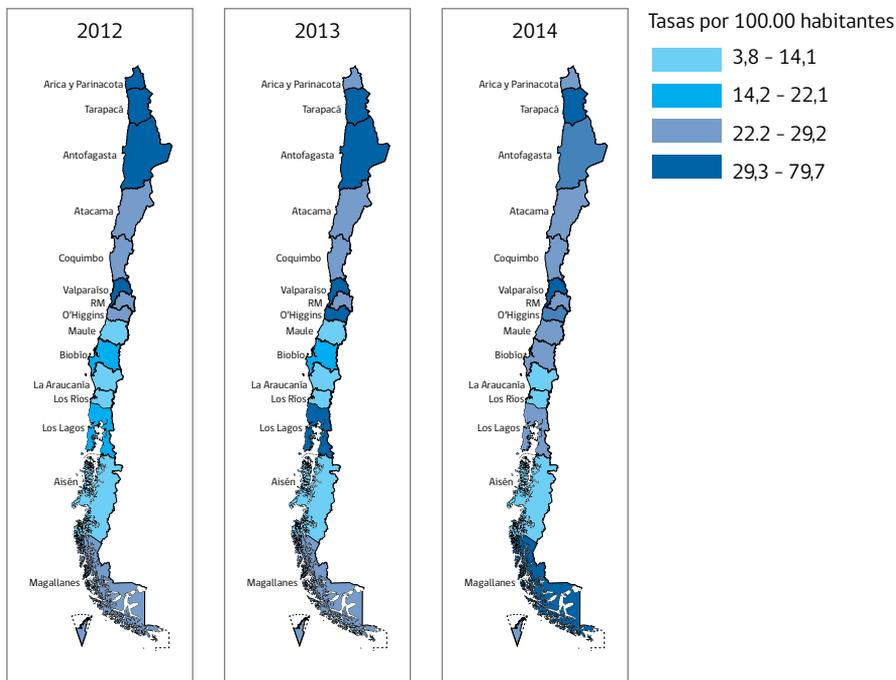
(*) 2012-2014 datos provisorios.

Fuente: Base de datos ENO.DEIS. Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

En relación a la etapa de notificación de la sífilis, no se observan grandes variaciones en términos relativos en el periodo de estudio. La mayor parte de los casos son notificados en etapas latentes de la infección representando alrededor del 50%, seguido de la sífilis sin especificar (20%).

La sífilis primaria y secundaria son las formas de mayor transmisibilidad de la infección, éstas concentran entre el 24% al 32% de los casos. La sífilis congénita en términos de porcentaje muestra un descenso pasando de representar un 2% en el año 2007 a un 0,7% en el año 2014.

Según distribución geográfica, en los últimos 3 años las mayores tasas se han agrupado en el extremo norte y centro del país, siendo las regiones de Tarapacá, Antofagasta y Valparaíso las que presentan las mayores tasas (mapa 1). Se destaca que el año 2014, Magallanes aumenta en 3,6 veces la tasa del año anterior.

Mapa 1. Tasa de incidencia de sífilis, por región. Chile 2012-2014 (&)

& Datos provisionarios.

Sífilis Gestacional

Las gestantes notificadas con sífilis representan entre el 20% y 24% de los casos notificados en mujeres. Se destaca que del total de mujeres notificadas con sífilis en el grupo de 15 a 19 años entre el 30% y 40% corresponde a mujeres gestantes.

De las gestantes, el 55% se encuentra en el grupo de 20 a 29 años, seguido de un 27% en el grupo de 30 a 39 años.

Alrededor del 50% de las gestantes cursan en etapas precoces de la sífilis, sin embargo, durante el año 2014 se observa una leve disminución de las gestantes en etapa precoz (46%). La etapa de presentación de la sífilis es relevante, dado que la probabilidad de transmisión vertical, es mayor en etapas precoces de la infección.

Sífilis Congénita

Desde el año 2000 en adelante, la sífilis congénita ha mantenido tasas bajo 0,3 por mil nacidos vivos corregidos (NVC), estando por debajo de la meta propuesta por la OMS⁴ (0,5 por mil nacidos

4 La meta OPS incluye en la tasa de sífilis congénita a los casos ocurridos en mortinatos. La cifra presentada por el país sólo incluye a los Nacidos Vivos.

vivos)*. El año 2014 se notificaron 27 casos de sífilis congénita, con una tasa de 0,11 por mil NVC. (Tabla N°1)

Tabla 1. Casos y Tasas de sífilis congénita. Chile 2000-2014

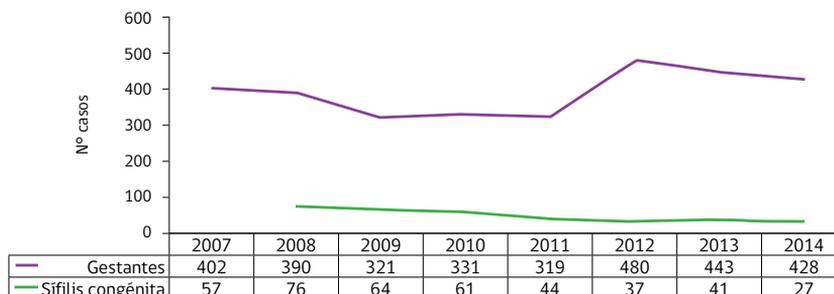
Año	Casos	Tasa*
2000	68	0,26
2001	41	0,16
2002	65	0,26
2003	59	0,24
2004	61	0,25
2005	48	0,21
2006	59	0,24
2007	57	0,24
2008	76	0,31
2009	64	0,25
2010	61	0,24
2011	44	0,18
2012	37	0,15
2013	41	0,17
2014	27	0,11

Fuente: Boletines ENO- DEIS.

*Tasa por mil RNVC.

En el gráfico 4 se comparan las notificaciones realizadas en el periodo 2007-2014 de sífilis en gestantes y congénita, observándose que durante el periodo, las notificaciones de sífilis congénita se mantienen relativamente estables hasta el 2010, en los siguientes 3 años se observa una baja de los casos, lo que coincide con un refuerzo de la vigilancia de la transmisión vertical de sífilis. Las notificaciones en gestantes muestran a partir del 2012 un aumento y una posterior estabilidad.

Gráfico 4. Casos de sífilis en gestantes y sífilis congénita. Chile 2007-2014*



Fuente: ENO.DEIS -MINSAL. *Datos provisorios.

Mortalidad

Para el período 2000–2012, las tasas de mortalidad se mantienen relativamente estables entre 0,02 y 0,04 por cien mil hab. Desde el año 2000 al 2004 el mayor número de muertes se concentró en los menores de 1 año, todos ellos fallecidos por sífilis congénita (11 casos). Durante los años 2005, 2008 y 2009 no se registraron muertes en menores de 5 años por esta causa, sin embargo, en el 2010 y 2011 fallecieron 2 lactantes cada año causada por sífilis congénita, en el 2012 se presenta un caso fallecido. Se destaca que estas muertes pueden ser evitables, lo que sigue siendo un desafío para la Salud Pública en Chile.

Situación Epidemiológica de Gonorrea

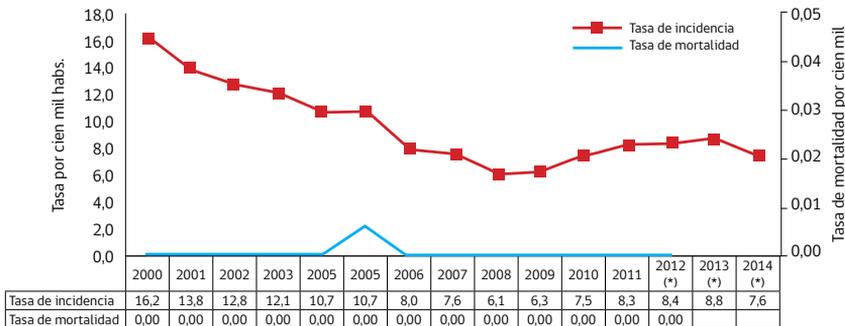
Desde el año 2000, se observa una tendencia progresiva a la disminución de las tasas de incidencia, estabilizándose a partir del año 2006 entre 7 y 8 por cien mil hab. Excepto en los años 2008 y 2009 donde se presentó una discreta variación disminuyendo las tasas. En el 2014 se presentó una tasa de 7,6 casos por cien mil hab. (Gráfico 5).

En relación a la mortalidad, en el periodo 2000 al 2012, existe sólo un caso fallecido por esta causa el año 2005 con una tasa de 0,01 por cien mil hab., que correspondió a un hombre de 83 años. (Gráfico 5).

Según edad, las infecciones de transmisión sexual (ITS) presentan las mayores tasas entre los 15 a 39 años de edad. En gonorrea, este grupo etario representa el 90% de los casos. Desde el año 2007 las tasas más elevadas se muestran en el grupo de 20 a 24 años, observándose un constante aumento en los años siguientes, excepto el 2014 donde muestra una variación a la baja (26,6 por cien mil hab.). A partir de los 35 años las tasas disminuyen paulatinamente (Gráfico 6).

Destaca lo ocurrido en el grupo de 15 a 19 años, donde se observa un aumento sostenido de la tasa a partir del año 2009 con un valor máximo en el año 2013 (31,6 por cien mil hab.), superando al grupo de 25 a 29 años. Este último grupo presenta una relativa estabilización de su tasa desde el año 2010, mostrando el 2014 una tasa de 16,9 casos por cien mil hab. (Gráfico 6).

Gráfico 5. Tasas de incidencia y mortalidad por gonorrea. Chile 2000–2014(*)



(*) Años 2012–2014 datos provisorios.

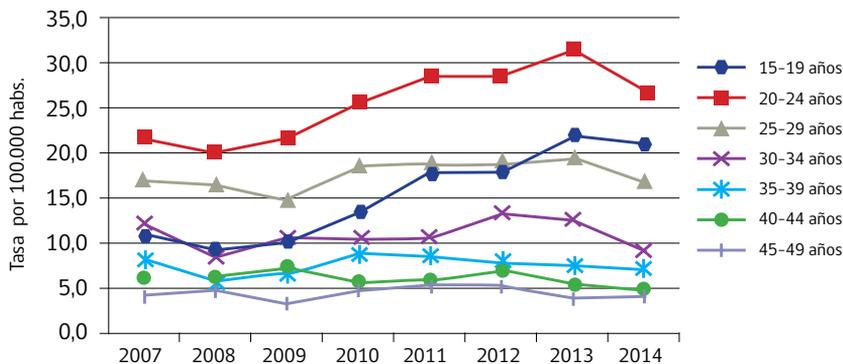
2012 último año con datos de mortalidad disponible.

Fuente: Base de datos ENO (DEIS) y Dpto. Epidemiología, DIPLAS, MINSAL, Chile.

Dada la presentación clínica sintomática en los hombres, éstos concentran la mayor proporción de casos notificados, representando en todo el periodo de estudio un 87% de los casos.

Los menores de 10 años representan 1% de los casos. Se debe tener presente que la infección gonocócica en menores debe alertar al equipo de salud ya que puede ser producto de violencia sexual.

Gráfico 6. Tasas de incidencia de gonorrea según grupos quinquenales. Chile 2007-2014 (*)



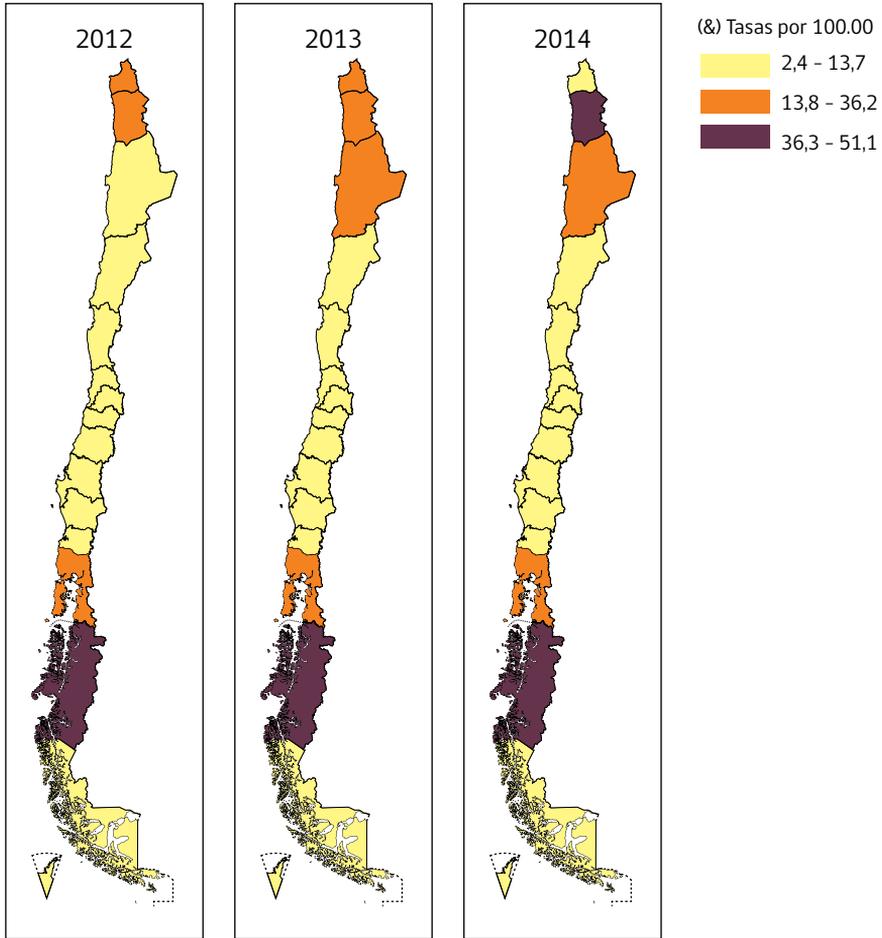
(+) 2012-2014 datos provisorios.

Fuente: Base de datos ENO (DEIS) y Dpto. Epidemiología. DIPLAS, MINSAL, Chile.

El año 2014, las gestantes notificadas con gonorrea concentran 3% (n=5 casos) del total de notificaciones realizadas en mujeres y los menores de 1 año representan 0,8% del total de casos (n=11 casos).

Según distribución geográfica, las mayores tasas de incidencia durante el 2014 se presentaron en los extremos del país, en las regiones de Tarapacá (51,1 por cien mil habs.) y Aisén (46,6 por cien mil hab.), superando 6 veces a la tasa nacional (7,6 por cien mil habs.). Seguida por las regiones de Los Lagos, Antofagasta, Arica y Paríacota y Coquimbo, todas ellas sobrepasan la tasa del país.

En general, en los últimos 3 años la infección gonocócica ha mantenido una distribución geográfica similar, concentrando los mayores riesgos en el norte, en la Región de Los Lagos y principalmente en Aisén (Mapa 2). Destaca que desde el año 2011 en adelante, la región de Aisén mostró un gran número de casos, entre el 2013 y 2014 la magnitud se ha mantenido estable. Ante esta situación, la región está desarrollando acciones integradas para la prevención y control de las ITS.

Mapa 2. Tasas de incidencia de gonorrea por región. Chile 2012-2014 (&)

(&) Tasas por 100.000.

LABORATORIO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO DE ITS

Los exámenes básicos de laboratorio que deben apoyar el diagnóstico de ITS son:

EXÁMENES BÁSICOS
Serología para Sífilis
Serología para VIH
Bacteriología para detección Gonorrea
Estudio de flujo directo
Exámenes para detección de Chlamydia
Serología para Hepatitis B
Serología para Hepatitis C

SEROLOGÍA PARA SÍFILIS

Existen dos tipos de exámenes de laboratorio, que permiten realizar el diagnóstico de sífilis, los **no treponémicos**, y los **treponémicos**.

Pruebas no treponémicas

Se usan como técnicas de tamizaje, de diagnóstico y de seguimiento. Miden anticuerpos contra antígenos de la célula huésped que ha sido dañada por el *Treponema pallidum*. Por lo tanto, determinan anticuerpos no específicos frente al *Treponema pallidum*. Un examen no treponémico con resultado reactivo, sin otra evidencia clínica o epidemiológica no confirma una infección por sífilis.

En esta categoría se encuentran:

- **VDRL (Venereal Disease Research Laboratory):** es la técnica de referencia (“gold standard”) para tamizaje, clasificación de etapa clínica de la sífilis y control de tratamiento, en adultos y niños.

Esta técnica corresponde a una reacción antígeno-anticuerpo de tipo floculación. Utiliza una suspensión de antígeno que está compuesta por cardiolípidina, lecitina y colesterol. Mide anticuerpos IgM e IgG en respuesta al material lipoidal liberado de las células dañadas, así como material semejante a lipoproteína y posiblemente cardiolípidina liberado desde los treponemas.

Los anticuerpos antilipoidales son anticuerpos que se producen no sólo como consecuencia de la sífilis, sino que en algunos casos puede asociarse a otras condiciones, en las cuales hay daño de los tejidos. La técnica VDRL permite el análisis cualitativo y cuantitativo de las muestras de suero y líquido cefalorraquídeo (LCR).

Las diluciones de suero que se informan son: sin diluir y reactivo débil, que equivalen a dilución 1:1, luego las diluciones continúan en progresión geométrica, 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32, 1:64, 1:128, 1:256 o más.

En una persona sana sin antecedentes de sífilis el resultado debiera ser “no reactivo”.

- **RPR (Rapid Plasma Reagin):** es una técnica cualitativa que se emplea como técnica de tamizaje. Cuando es cuantificada, se utiliza para tamizaje, clasificación de etapa clínica de la sífilis y control de tratamiento, en adultos y niños.

Esta técnica corresponde a una reacción antígeno-anticuerpo unido a partículas de carbón. Mide anticuerpos IgG e IgM producidos en respuesta al material lipoidal liberado desde las células dañadas del huésped, así como al material semejante a lipoproteína y posiblemente cardiolipina, liberado desde los treponemas.

La técnica de RPR permite el análisis de las muestras de plasma y suero. No está validada para análisis del LCR.

- Existen otras técnicas que no han sido suficientemente estudiadas en su desempeño con nuestra población, como elUSR (Unheated Serum Reagin), por lo que aún no se recomienda su uso. La literatura describe una sensibilidad variable según la etapa clínica de la sífilis y una especificidad del 99%.

Es importante recordar que las diluciones de VDRL y RPR no son equivalentes, ni comparables entre sí. Por lo anterior, los usuarios sometidos a seguimiento deben ser controlados siempre con la misma técnica.

Pruebas treponémicas

Detectan específicamente los anticuerpos contra *Treponema pallidum* y su utilidad está orientada a confirmar serológicamente el contacto de la persona con la bacteria. Estas pruebas una vez que se hacen reactivas, permanecen reactivas para toda la vida. Por tanto no son útiles al momento de distinguir enfermedad actual de enfermedad antigua, por lo que no se utilizan para seguimiento clínico de pacientes. En esta categoría se encuentran:

- **FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption):** es una técnica de anticuerpos fluorescentes indirecta empleada como examen confirmatorio de la presencia de anticuerpos específicos contra *Treponema pallidum*, que emplea este agente como antígeno. Esta técnica es operador dependiente, es decir su desempeño depende de la experiencia del profesional que la realiza.
- **MHA-Tp (Microhemagglutination assay for Antibody to *Treponema Pallidum*):** es la técnica de elección para la confirmación de sífilis en la red asistencial, por su costo efectividad. Es una técnica de hemoaglutinación pasiva basada en la aglutinación de eritrocitos sensibilizados con el antígeno de *Treponema pallidum*.
- Existen otras pruebas treponémicas como el Test de ELISA para treponema y la Quimioluminiscencia que no se recomiendan para el diagnóstico en pacientes. La Inmuncromatografía, es una técnica cualitativa para detección de anticuerpos específicos contra *Treponema pallidum* empleada como point of care⁵. En Chile, dada la estructura del sistema sanitario, y la variabilidad de resultados observados en su desempeño, no se justifica su uso, por tanto no debe utilizarse ni como tamizaje ni como confirmación.

⁵ SDI Report, Diagnostics Evaluation Series N° 1 WHO/TDR ,2003. <http://who.int/tdr/publications/documents/sdi.pdf>

Sensibilidad y especificidad de los exámenes serológicos para sífilis

Sensibilidad (%) según etapa clínica

Examen	SENSIBILIDAD (%) según etapa clínica*				ESPECIFICIDAD
	Primaria	Secundaria	Latente precoz	Latente tardía	
VDRL ⁶	80 (70-87)	100	96 (88-100)	71 (37-94)	98%
RPR ⁶	86 (81-100)	100	98 (95-100)	73 (36-96)	98%
FTA-Abs ⁶	84 (70-100)	100	100	96	97%
MHA-TP ⁶	88 (86-100)	100	100	94	96%
ELISA ⁷	92 (88-97)	100	99 (96-100)	100	**
QUIMIOLUMINISCENCIA ⁸	97,5	100	100	100	**

* Entre paréntesis resultados variables reportados.

** Se requieren mayores estudios para dimensionar el real desempeño de ELISA y Quimioluminiscencia, en especial el impacto de falsos positivos⁹.

Todo tamizaje no treponémico que presente un resultado reactivo, debe ser cuantificado. Los laboratorios deben informar siempre al clínico la técnica utilizada.

El tiempo de respuesta de los exámenes, (en personas no gestantes testeadas por sospecha clínica o como parte del tamizaje programático) desde el momento en que son solicitados, hasta que se dispone del resultado debe ser de máximo 7 días. Se puede hacer excepción en los Test treponémicos, en los que el tiempo puede ser de 15 días como máximo.

SEROLOGÍA PARA VIH

Examen de detección: la serología VIH se realiza a nivel local mediante tamizajes de diferentes marcas comerciales que han sido evaluados y recomendados por el ISP, y que se encuentran disponibles en el mercado. Los reactivos comerciales para el tamizaje de VIH pueden ser visuales y requieren de profesional capacitado para la interpretación de los resultados, o pueden ser instrumentales los cuales requieren de equipamiento específico y profesional capacitado en el manejo del equipo y la interpretación de los resultados. Las muestras reactivas deben ser reanalizadas en duplicado con la **misma técnica** y, en caso de obtenerse resultados reactivos en 2 de los 3 análisis, el laboratorio debe enviar la misma muestra al Instituto de Salud Pública para la confirmación de VIH.

6 Can. J. Infect. Dis. Med Microbiol. 2005, 16(1):45-51

7 Fuente: Manual of Clinical Microbiology, 9º Ed, 2007. Murray *et al.*

8 Sex Transm Infect 2009; 85:19-23. <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28/ensayo-immulite-2000-syphilis-screen-cribado-sifilis-90000994-cartas-cientificas-2011>

9 Can. J. Infect. Dis. Med Microbiol. 2015.26 (SuplA): 6A-12A

Examen de Confirmación: la confirmación de la infección viral en adultos y niños mayores de 2 años, se realiza principalmente con la demostración de la presencia de anticuerpos específicos anti-VIH o antígenos del virus en el suero o plasma del paciente. Es realizada exclusivamente por el Instituto de Salud Pública. Para esto se realiza una secuencia lógica de técnicas (algoritmo). En el caso que el Instituto de Salud Pública confirme el resultado positivo de la muestra enviada, el establecimiento que solicitó el examen debe tomar una segunda muestra para la **confirmación de identidad** antes de la entrega del resultado. En esta nueva muestra se realizará un solo tamizaje con el mismo reactivo comercial originalmente utilizado por el laboratorio. En caso de resultar reactivo, confirma la identidad de la persona y determina que el procedimiento no tiene errores, y el resultado del examen puede ser entregado.

En la eventualidad que la confirmación de identidad resulte negativa o discordante con el resultado del Instituto de Salud Pública, no se debe informar al paciente y se debe comunicar inmediatamente al Centro Nacional de Referencia de SIDA del Instituto de Salud Pública.

TINCIÓN DE GRAM

Ésta es una técnica de laboratorio que permite diferenciar distintos grupos de bacterias según su morfología (coco, bacilo) y la coloración obtenida (Gram positivo o Gram negativo), lo que permite un diagnóstico rápido de microorganismos presentes en fluidos corporales. La diferente coloración que adquieren las bacterias Gram positivo se basa en el mayor grosor y menor contenido de lípidos de la pared celular en comparación con los Gram negativos. Las bacterias Gram positivo se tiñen violeta, mientras que las Gram negativo se tiñen rosadas.

La tinción de Gram es de utilidad en la identificación de las infecciones por *Neisseria gonorrhoeae*, ya que se observa como diplococos Gram negativo fagocitados por leucocitos polimorfonucleares neutrófilos. En los casos de uretritis no gonocócica en el hombre, es útil la visualización de polimorfonucleares en ausencia de bacterias.

En la mujer este examen tiene bajo rendimiento para diagnóstico de gonorrea, por lo cual no se recomienda hacer diagnóstico por este método. Sin embargo es muy útil para el diagnóstico de vaginosis bacteriana.

CULTIVO CORRIENTE

Es un examen de laboratorio que a partir de muestras de secreciones localizadas en la faringe, la uretra, o tracto genital se siembran en medios de cultivos enriquecidos para el desarrollo y crecimiento de distintas bacterias con la finalidad de aislar e identificar el o los microorganismos causantes de una infección.

CULTIVO PARA *NEISSERIA GONORRHOEAE*

La *Neisseria gonorrhoeae* es una bacteria del tipo diplococo Gram negativo, frágil de crecimiento lento y con requerimientos nutricionales estrictos. Su cultivo es difícil por muchos factores que intervienen en el proceso (toma de muestra, transporte y medio de cultivo).

Se cultiva en medios muy selectivos. El medio empleado es Thayer Martin modificado, que contiene suplemento nutritivo, vancomicina, colistina, nistatina y lactato de trimetropima. Los

antibióticos inhiben el desarrollo de microorganismos contaminantes y permite el crecimiento de *N. gonorrhoeae* y *N. meningitidis*, por lo que se utiliza como confirmación diagnóstica. La diferencia entre las especies se realiza con diferentes pruebas bioquímicas.

Este examen debe realizarse ante sospecha de gonorrea en la mujer.

ESTUDIO DE FLUJO DIRECTO

Es un examen de laboratorio que se basa en el análisis directo al microscopio, de la muestra obtenida. Es de utilidad cuando se requiere de un diagnóstico rápido del agente causal por observación directa. Es útil para el diagnóstico de *trichomonas*.

EXÁMENES PARA DETECCIÓN DE *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Las técnicas diagnósticas para detección de *Chlamydia trachomatis* consideran varios tipos de exámenes. En Chile se emplean la Inmunofluorescencia directa (IFD) y las técnicas de amplificación de los ácidos nucleicos (TAAN).

Inmunofluorescencia directa (IFD): esta técnica utiliza anticuerpos monoclonales conjugados con fluoresceína, los que reaccionan contra antígenos de la membrana de la *C. trachomatis* en las células infectadas del extendido, permitiendo identificar el agente causal en muestras de secreción uretral, secreción endocervical, secreción conjuntival y aspirado nasofaríngeo. IFD tiene una sensibilidad de 80%-85%.

Técnicas de Amplificación de Ácidos Nucleicos (TAAN): técnicas que permiten identificar el material genético de *C. trachomatis* en orina, muestras vaginales, cervicales y uretrales. Poseen valores de sensibilidad y de especificidad de hasta 100% y 99,7% respectivamente.

SEROLOGÍA PARA HEPATITIS B

Las técnicas más utilizadas son del tipo ELISA, las cuales utilizan un anticuerpo anti-HBsAg en fase sólida, que se une al antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B presente en el suero del paciente, el cual reacciona frente a un conjugado marcado con una enzima, la que en contacto con un sustrato apropiado, desarrolla una reacción colorimétrica, la que puede ser leída visual o instrumentalmente. Se recomienda confirmar estas técnicas de tamizaje con técnicas suplementarias.

SEROLOGÍA PARA HEPATITIS C

Para su diagnóstico se utilizan técnicas de ELISA específicas para la detección de anticuerpos IgG, las que utilizan antígenos que se unen a los anticuerpos presentes en el suero, desarrollándose a través de reacción enzimática o de fluorescencia. Dado los numerosos resultados falsos positivos que tienen actualmente las técnicas de tamizaje para anticuerpos VHC, se recomienda confirmarlas con técnicas suplementarias.

GESTIÓN FARMACÉUTICA PARA EL TRATAMIENTO DE ITS

ARSENAL FARMACOLÓGICO

La atención de las ITS debe contemplar la disponibilidad de los medicamentos en dosis y cantidad requerida para el tratamiento de cada una de las patologías.

Cada establecimiento debe definir la cantidad de fármacos necesarios para brindar el tratamiento, así como los mecanismos que faciliten el despacho y administración inmediata de las dosis de medicamentos en el mismo momento de la atención.

La responsabilidad de la mantención del arsenal farmacológico, así como la programación de compra y definición de stock crítico¹⁰ corresponde al Jefe de Farmacia.

Los profesionales de la salud y los centros asistenciales tienen por norma, el deber de notificar las reacciones adversas de las que tomen conocimiento. Esto es particularmente relevante puesto que frecuentemente la intolerancia de los pacientes a los medicamentos, afecta la adherencia a tratamientos, impide el corte de la cadena de transmisión y fomenta la resistencia antibiótica de los agentes causales.

Los centros asistenciales cuentan con un encargado de coordinar las actividades de Farmacovigilancia; todas las sospechas de reacciones adversas deben canalizarse a través de este encargado, de acuerdo a los procedimientos que el establecimiento haya definido. Debe priorizarse la notificación de las reacciones adversas graves (cualquier reacción adversa que sea mortal o que pueda poner en peligro la vida o que implique incapacidad o invalidez grave o que tenga por consecuencia la hospitalización o prolongación de la misma).

El funcionamiento del Sistema Nacional de Farmacovigilancia está descrito en la Norma General Técnica N°140 de 2012. El Instituto de Salud Pública tiene una página web con esta y otra información respecto del ejercicio de la farmacovigilancia en Chile (Consultar http://www.ispch.cl/anamed/subdeptofarmacovigilancia/notificacion_ram).

CONDONES DE LÁTEX

El condón masculino de látex es la tecnología individual disponible más eficaz para reducir la transmisión sexual del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (declaración conjunta de OMS, ONUSIDA Y UNFPA realizada en Marzo del 2009)¹¹.

Los estudios de laboratorio han demostrado que ofrecen una barrera esencialmente impermeable a las partículas del tamaño de los agentes patógenos de las ITS.

El uso del condón es más eficaz para la prevención de las infecciones transmitidas por secreciones dado que la protección contra las úlceras genitales o las verrugas depende del

¹⁰ Stock crítico: es la cantidad mínima de cada fármaco que se debe tener en existencia. Estas cantidades se determinan localmente de acuerdo al volumen y perfil de los consultantes de ITS, y considera los tiempos involucrados en la reposición de cada producto.

¹¹ FUENTE: http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2009/20090319_preventionposition.asp

sitio en que éstas se localizan, debido a que los condones de látex solo ofrecen protección en las áreas genitales que están cubiertas o protegidas por éste.

La entrega de condones en los establecimientos de salud, tiene como fin fomentar la adherencia en su uso y promover el autocuidado, por lo tanto corresponde a un apoyo a la decisión preventiva del usuario(a). En ningún caso pretende cubrir el total de las necesidades de condones que puede tener el o la consultante. Por este motivo, es fundamental reforzar la educación y motivación para su uso en todas las oportunidades de diálogo entre el personal de salud y el o la consultante, haciendo énfasis en la información necesaria sobre certificación de calidad, vencimiento y almacenaje.

Este diálogo y orientación debe considerar el abordaje de las dificultades que puede tener la persona para acceder a condones en otros lugares (vergüenza, lenguaje, privacidad).

Cada Servicio de Salud deberá programar la cantidad y distribución de condones de acuerdo a los recursos disponibles, considerando que los establecimientos de especialidades (UNACESS) y de APS que atienden ITS deben disponer de condones para ofrecer a los siguientes consultantes:

Todas las personas que consultan por una ITS o por conductas de riesgo en su primera visita. (16 condones mensuales).

Todas las personas con diagnóstico de una ITS en los controles posteriores mientras dure el periodo transmisible de la infección. En el caso de las gestantes se debe reforzar la prevención durante el periodo que mantenga vida sexual activa para evitar reinfecciones. (16 condones mensuales).

Todas las personas que declaran ejercer trabajo sexual y asisten periódicamente a control de salud preventivo destinado para este fin. Con este grupo de personas es necesario reforzar la educación y motivación para que asuman el uso de los condones como parte de su autocuidado y consideren la compra de éstos de manera directa en el mercado, si corresponde. (32 condones mensuales).

Mantenimiento del stock de condones en los Establecimientos

El "stock crítico" es la cantidad mínima de condones que debe tener cada establecimiento para responder a la demanda en un período determinado.

Esta cantidad y el período de tiempo deben ser definidos localmente en conjunto con el Gestor de Redes correspondiente. Las cantidades se determinan considerando el volumen y perfil de atención de los establecimientos y los tiempos involucrados en la reposición.

Almacenamiento y calidad de los condones de látex

En Chile los condones de látex son considerados dispositivos médicos sujetos a control obligatorio, por lo que los distribuidores y fabricantes deben certificar su calidad según la normativa vigente. El Instituto de Salud Pública (ISP) publica periódicamente en su página web los condones de látex certificados.

Dado que los condones, son productos perecederos porque el medio ambiente los afecta en forma directa, la vigilancia de la calidad es un aspecto central, para que las unidades sean entregadas al usuario(a) en forma óptima y oportuna. Por lo tanto debe existir un sistema de vigilancia de la calidad en todo el proceso¹².

En el almacenamiento de los condones de látex, debe tomarse en cuenta que el objetivo fundamental es evitar el deterioro, mantener en buenas condiciones del producto y llevarlo a los usuarios en condiciones que garanticen su efectividad:

- “Los condones deben ser almacenados en un lugar fresco y seco y deben ser mantenidos en contenedores que los protejan del daño mecánico o de la luz del sol. Tan pronto como un condón muestre signos de deterioro del látex, por ejemplo: condón pegajoso o frágil, éste debe ser destruido”.
- “El condón de látex no debe ser puesto en contacto con antisépticos a base de aceites, fenoles o sus derivados, grasas derivadas del petróleo, esencias, kerosene u otros productos orgánicos relacionados”.

Los profesionales que promuevan el uso del condón de látex deben informar a los usuarios/as las medidas para su uso correcto y los cuidados que deben tener en la compra, transporte y almacenamiento.

Declaración de ruptura o daño de los condones

El Instituto de Salud Pública, dispone un Sistema de Vigilancia (Tecnovigilancia) para estos dispositivos con el objetivo de contribuir a la protección de la salud y la seguridad de las personas, reduciendo los riesgos que puedan resultar de su utilización.

Para esto el Instituto de Salud Pública (ISP) ha dispuesto el Formulario SDM/006, Notificación del usuario al Sistema de Tecnovigilancia de Dispositivos Médicos, http://www.ispch.cl/anamed_/gestion_tramites/dispositivos, el cual debe ser completado y enviado al correo electrónico: tecnovigilancia@ispch.cl.

Se recomienda que cualquier falla o deterioro de las características de los condones (ruptura) se notifique al ISP a través del profesional del establecimiento.

12 Minsal, Norma Técnica N°147, De Buenas Prácticas de Almacenamiento y Distribución para Droguerías y Depósitos de Productos Farmacéuticos de uso Humano, aprobadas por Decreto Exento N°57 del 25 de Febrero 2013.

PROFILAXIS DE ITS EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

La prevención de Infección de Transmisión Sexual (ITS), en personas que han sido víctimas de violencia 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.

La atención de una persona víctima de violencia sexual debe ser realizada según la "NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL" vigente.

El examen médico debe ajustarse en forma rigurosa a los signos clínicos observados y a los hallazgos objetivos.

Las infecciones como gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis y sífilis pueden ser prevenidas con la administración de una asociación de antibióticos. La Hepatitis B también puede ser prevenida con la administración precoz de la vacuna anti Hepatitis B. La transmisión del VIH previa evaluación individualizada, es factible de prevenir con antiretrovirales.

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.

Test Basales:

Para un adecuado seguimiento posterior a la primera atención, es fundamental documentar la situación microbiológica basal, con respecto a ciertas infecciones. Es preciso disponer de exámenes para detección de: VIH, Hepatitis B, sífilis, gonorrea y **chlamydia trachomatis**.

Exámenes:

Examen	Agente	Enfermedad	Sitio anatómico	Tipo de Muestra
VIH	VIH	VIH	Antebrazo	Venosa
VDRL	<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis	Antebrazo	Venosa
PCR	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorrea	Sólo en caso de secreción muestra uretral (ambos sexos) y/o vaginal	Orina Secreción
PCR	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Clamidiasis	Sólo en caso de secreción muestra uretral (ambos sexos) y/o vaginal	Orina Secreción
Directo al fresco	<i>Trichomonas</i>	Tricomoniasis	Vaginal	Secreción
Antígeno de superficie Hepatitis B	<i>Virus Hepatitis B</i>	Hepatitis B	Antebrazo	Venosa

Si las condiciones clínicas impiden la toma de muestra, éstas deben ser diferidas al control de seguimiento, indicando en ficha clínica que éstas se difieren.

En el caso de la Hepatitis B, el año 2005 se incluyó la vacuna en el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) a todos los lactantes desde los 2 meses de vida (3 dosis). Es importante preguntar el antecedente de vacuna a personas nacidas antes del 2005. En el caso que haya sido vacunado/a no requiere realizar examen ni profilaxis.

Si la víctima no está vacunada, se debe tomar muestra para Antígeno de Superficie Hepatitis B (AgsHB) y posteriormente, con el resultado de examen, si es negativo, indicar esquema de vacunación. En caso que el resultado sea positivo derivar a especialista (gastroenterólogo, hepatólogo o infectólogo). En caso que el agresor sea portador de VHB y la víctima no esté vacunada, debe considerarse el uso de Ig anti VHB.

En el caso de profilaxis del Virus Papiloma Humano (VPH), el registro sanitario de la vacuna la autoriza a partir de los 9 años. A partir del año 2014 se incorpora al PNI a las niñas que se encuentran cursando 4º año básico. Esta vacuna es profiláctica y no terapéutica, por lo que su indicación, en el caso que ya estuviera infectada, previene la reinfección. Se indica la inmunización a todas las víctimas (hombres y mujeres) que no han sido vacunadas, en el siguiente esquema según la edad:

- Entre 9 y 13 años, 11 meses y 29 días: 2 dosis con intervalo de 12 meses entre ellas.
- Entre 14 y 20 años: 3 dosis, en el esquema 0,2 y 6 meses.
- 20 años a 26 años: según evaluación médica, estén expuestas al riesgo de contagio de HPV, con esquema establecido de 3 dosis: 0, 2 y 6 meses.

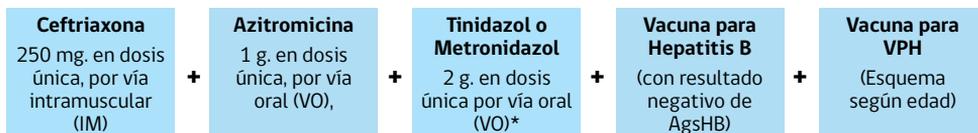
PROFILAXIS DE ITS EN PERSONAS ADULTAS Y ADOLESCENTES

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 la norma de atención a víctimas de violencia sexual vigente.

Esquema combinado no gestantes:

Ceftriaxona 250 mg. en dosis única, por vía intramuscular (IM)	+	Azitromicina 1 g. en dosis única, por vía oral (VO)	+	Tinidazol o Metronidazol 2 g. en dosis única por vía oral (VO)*	+	Vacuna para Hepatitis B (con resultado negativo de AgsHB)	+	Vacuna para VPH (Esquema según edad)
---	---	---	---	---	---	--	---	---

En personas con antecedentes confiables de alergia tipo I a la penicilina, Stevens Johnson, necrolisis epidérmica toxica (NET) y anemia hemolítica por penicilinas, **no administrar ceftriaxona** y hacer control con VDRL 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.

Esquema combinado en embarazadas:

*Evitar el uso de Metronidazol, Secnidazol o Tinidazol en el primer trimestre de embarazo.

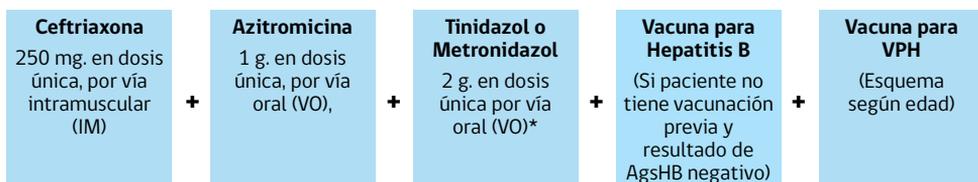
PROFILAXIS ITS EN NIÑAS Y NIÑOS

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 violencia sexual aguda de menos de 72 horas, y una vez tomadas las muestras para los test diagnósticos basales.

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

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

Seguimiento

El seguimiento posterior a la primera atención, debe ser realizada en la UNACESS correspondiente o en el establecimiento que defina cada red asistencial. Esta atención se orienta a la evaluación clínica y serológica para la pesquisa de ITS y debe contemplar la repetición de exámenes serológicos y de secreciones.

CONTROL DE SALUD A PERSONAS QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL

Es el control de salud, biopsicosocial, voluntario y periódico, que se otorga a personas que ejercen el trabajo sexual, dirigido hacia aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva y la mantención de condiciones saludables, con énfasis en la prevención, detección y tratamiento precoz de las ITS.

La persona que se adscribe a control debe aceptar las características de periodicidad de éste. La frecuencia es bimestral (cada dos meses).

En la UNACESS o establecimiento donde se realiza este control, se debe realizar un censo estadístico de la población bajo control cada 6 meses y reportarlo al Ministerio de Salud a través de los mecanismos establecidos. (Código Sanitario, Párrafo II: De las enfermedades venéreas: estadística sanitaria)¹³. Es responsabilidad de la o el profesional que realiza la actividad, la elaboración y entrega del informe estadístico al funcionario/a que realizará el reporte al Ministerio de Salud.

El control de salud de Trabajadoras/es Sexuales contempla:

- Orientación general respecto del control de salud sexual.
- Anamnesis con énfasis en la identificación de factores de riesgo y derivación oportuna según corresponda.
- Examen físico general (piel, mucosas)
- Examen físico segmentario (boca y garganta, mamas, palpación en busca de adenopatías inguinales e inspección visual de genitales).
- Especuloscopia, Papanicolaou y tacto vaginal.
- Solicitud de exámenes y consejería en gestión de riesgo de acuerdo a la clínica o a la exposición al riesgo¹⁴:
 - Serología no treponémica cuantificable (VDRL o RPR)
 - Cultivos y estudio de secreciones (cervical, vaginal, uretral, anal) según corresponda
 - Estudio de Chlamydias y Mycoplasmas
 - Estudio para gonococo cervical, anal y faríngeo
 - Antígeno de superficie para Hepatitis B en personas no vacunadas
 - Serología para Hepatitis C
 - Serología para VIH
- Orientación para la vida sexual en pareja (no cliente)
- Educación Personalizada

13 Artículo 41 inciso primero del Código Sanitario: "Para las personas que se dedican al comercio sexual, se llevará una estadística sanitaria, no permitiéndose su agrupación en prostíbulos cerrados o casas de tolerancia".

14 En el caso de la solicitud del examen de detección del VIH, éste debe realizarse según se señala en la regulación vigente.

- Oferta y entrega de condones en el box de atención.
- Consejería en Salud Sexual y Reproductiva
- Prescripción, control y seguimiento de métodos de regulación de la fertilidad si corresponde.
- Derivación a consulta de morbilidad
- Derivación a consejería en gestión de riesgo de ITS
- Establecer referencia y contrarreferencia con los establecimientos de la red
- Registro en documentos vigentes: ficha clínica, informe diario de actividades, estadística mensual.

Frecuencia mínima de exámenes en mujeres

Examen	Frecuencia
VDRL / RPR	4 meses
Antígeno de superficie para Hepatitis B	12 meses
Serología para Hepatitis C	12 meses
Serología para VIH	12 meses
Papanicolaou	12 meses

Frecuencia mínima de exámenes en hombres

Examen	Frecuencia
VDRL / RPR	4 meses
Antígeno de superficie para Hepatitis B	12 meses
Serología para Hepatitis C	12 meses
Serología para VIH	12 meses

Observación: la consulta y el control de personas transexuales que ejercen el trabajo sexual debe adecuarse a las indicaciones entregadas de acuerdo al sexo genital del o la consultante, y considerar tanto su condición de transexual, transgéneras como su orientación sexual como parte del proceso de consejería.

Se debe vacunar contra la Hepatitis B a todas las personas en control. Para indicar la vacunación se debe realizar antígeno de superficie para Hepatitis B (HBsAg). Si una persona tiene antígeno de superficie (HB Ag(s)) positivo, no requiere vacuna, pues ya se contagió con el virus de Hepatitis B y debe ser derivado a especialista.

Si el resultado es negativo se vacuna según esquema vigente. Se debe extender una orden indicando la vacunación, la que debe ir con identificación, fecha de nacimiento y RUT. Para especificar el grupo objetivo al que pertenece, y mantener la confidencialidad de los/as usuarios/as en dicha orden se identificará con la palabra TS. Con la orden, las personas deben dirigirse al vacunatorio más cercano, para su administración.

El 90% de la población vacunada alcanza niveles de inmunidad suficientes para su protección durante al menos 20 años, no siendo necesaria la medición de antígeno de superficie como screening. Solo un pequeño grupo de personas necesitarán refuerzo para alcanzar la inmunidad.

Para saber si una persona alcanzó el nivel de anticuerpos esperado, se le puede solicitar la medición de títulos de anticuerpos anti antígeno de superficie (Ac anti HB Ag(s)) post vacunación. Esto permite conocer a aquellas personas que no han respondido adecuadamente al esquema de vacunación estándar y que pueden requerir dosis extra de vacuna para quedar protegidas.

Si el antígeno de superficie para Hepatitis B o C es reactivo, realizar derivación a gastroenterólogo para manejo según Guía Clínica de Hepatitis.

COBERTURA:	100% de la demanda.
CONCENTRACIÓN:	6
INSTRUMENTO:	Hora profesional asignado, cautelando que el control de mujeres y mujeres trans con genitales femeninos debe ser realizado por matrona/on.
RENDIMIENTO:	Ingreso: 2 por hora; controles: 3 por hora.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ITS

SÍFILIS

SÍFILIS EN ADULTOS Y ADOLESCENTES

I. Descripción de la enfermedad

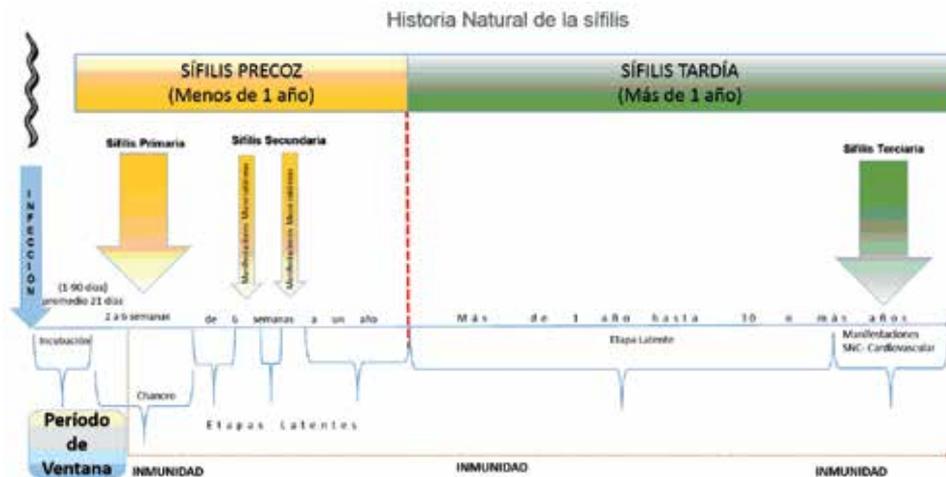
La sífilis es una enfermedad sistémica causada por el *Treponema pallidum*, espiroqueta de reservorio humano exclusivo.

La sífilis ha sido clasificada en etapa precoz y tardía, cuyo límite se sitúa por consenso nacional en un (1) año. Esta clasificación tiene importancia epidemiológica por la posibilidad de transmisión de la enfermedad. Las lesiones cutáneo mucosas de las formas precoces son contagiosas y las manifestaciones de las formas tardías no lo son. Siempre deben realizarse esfuerzos en precisar la etapa clínica para determinar tratamiento correcto, pronóstico y seguimiento correspondiente.

La evolución natural de la enfermedad tiene un curso variable, algunos de los infectados evolucionan espontáneamente hacia la recuperación total sin tratamiento, otro porcentaje importante permanece en etapas latentes de la enfermedad que se evidencia solamente con test serológicos reactivos, y en otro porcentaje de personas, la enfermedad se manifiesta clínicamente (sífilis primaria y secundaria), pudiendo evolucionar en forma excepcional hacia la etapa destructiva (sífilis terciaria).

Etapas clínicas de la sífilis

La etapificación de la sífilis es un consenso y no representa siempre la etapa real de la enfermedad por lo que debe tenerse en cuenta la historia clínica y epidemiológica, el examen físico y los exámenes de laboratorio.



Fuente: Esquema de elaboración propia CPC. MINSAL.

Clasificación general de los estados de la sífilis

a. Sífilis Precoz

- Sífilis primaria
- Sífilis secundaria
- Sífilis latente precoz

b. Sífilis tardía

- Sífilis latente tardía
- Sífilis terciaria

c. Sífilis congénita

- Sífilis congénita precoz
- Sífilis congénita tardía

d. Neurosífilis:

- Neurosífilis precoz
- Neurosífilis tardía

Riesgo de transmisión por vía de exposición según etapa clínica de la sífilis						
Vía de exposición	Etapas					
	Incubación	Sífilis primaria	Sífilis secundaria	Sífilis latente precoz	Sífilis latente tardía	Sífilis terciaria
Sexual	NO	SI	SI alta	NO	NO	NO
Sanguínea	S/E ¹⁵	SI	SI	SI	SI	SI
Transplacentaria (transmisión vertical)	S/E ¹⁶	SI	SI	SI	SI ↓	S/E ¹⁷

II. Diagnóstico de la sífilis

El diagnóstico de sífilis es el resultado de la correlación entre la clínica, los exámenes de laboratorio y los antecedentes epidemiológicos.

En el cuadro siguiente se resumen las etapas clínicas de la sífilis y su relación con algunos parámetros de análisis para contribuir a la clasificación diagnóstica:

15 S/E: No se dispone de evidencia que descarte o confirme riesgo.

16 S/E: No se dispone de evidencia que descarte o confirme riesgo.

17 S/E: No se dispone de evidencia que descarte o confirme riesgo.

Período de tiempo	(1 - 90 días) 21 días	Hasta 1 año			Más de 1 año	
		Sífilis primaria	Sífilis secundaria	Sífilis latente precoz	Sífilis latente tardía	Sífilis terciaria
Síntomas	NO	SI	SI	NO	NO	SI
Resultado no treponémico	No reactivo	Reactivo	Reactivo a diluciones $\geq 1:4$	Reactivo a diluciones variables dependiendo del tiempo de evolución	Reactivo a diluciones $\leq 1:4$	Reactivo a dilución baja
Resultado examen treponémico	No reactivo	Reactivo	Reactivo	Reactivo	Reactivo	Reactivo

II. 1. Diagnóstico de sífilis primaria

Corresponde a la primera etapa de la infección por *Treponema pallidum*.

El período de incubación es de 4 semanas (rango entre 1 y 90 días).

Manifestaciones clínicas:

La primera manifestación clínica, denominada chancro primario, aparece en el punto de inoculación (puerta de entrada) del treponema, como una pequeña erosión que posteriormente se ulcera, es habitualmente única, indolora, con bordes bien definidos, base indurada, con exudado seroso en su superficie. Se asocia con adenopatía regional no dolorosa, única o múltiple. Sin tratamiento, el chancro desaparece espontáneamente en un período de 3 a 8 semanas.

La ubicación más frecuente del chancro primario en el hombre es el surco balanoprepucial, el glande y el cuerpo del pene. En la mujer, puede encontrarse en la vulva, paredes vaginales o cuello uterino. Las localizaciones extra genitales en ambos sexos se observan en ano, labios y mucosa oral.

Laboratorio de apoyo:

- Test serológico no treponémico habitualmente reactivo (VDRL o RPR).
- Test serológico treponémico reactivo (MHA-TP/FTA-Abs).
- Demostración de *Treponema pallidum* en una muestra clínica mediante microscopía directa de campo oscuro o inmunofluorescencia directa.

El chancro primario puede evolucionar con serología no reactiva, los primeros 10 días, por lo que ante la sospecha se indica tratar.

Criterios de diagnóstico:

- Presencia de chancro primario.
- Adenopatía regional.
- Habitualmente exámenes no treponémicos reactivos.

II. 2. Diagnóstico de sífilis secundaria

Etapa de la infección que corresponde a la diseminación hematógena del *Treponema pallidum*. Se manifiesta en el primer año, de preferencia dentro de los 6 primeros meses después de aparecido el chancro.

Manifestaciones clínicas:

En un 30% de los pacientes, la lesión primaria puede estar aún presente cuando aparecen las manifestaciones secundarias.

El comienzo del período secundario se acompaña a menudo de síntomas similares a un estado gripal tales como fiebre, cefalea y decaimiento, acompañado de un rash cutáneo y linfadenopatía generalizada.

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

Se presentan lesiones en mucosas tales como condilomas planos, parches mucosos, queilitis angular y otras. Los condilomas planos se localizan en áreas húmedas y calientes como la región vulvar y perianal, se presentan como pápulas o placas húmedas con olor característico. Los parches mucosos, en forma de placas blanquecinas húmedas, se ubican en mucosa bucal y genital.

En esta etapa las lesiones húmedas son altamente infectantes por contener gran cantidad de treponemas en su superficie.

El compromiso de fanéreos se manifiesta por alopecia en parches y alopecia de la cola de las cejas.

La linfadenopatía se caracteriza por ganglios generalizados pequeños y no dolorosos. Puede cursar con hepatoesplenomegalia y parámetros bioquímicos alterados.

Sin tratamiento estas manifestaciones cutáneas y mucosas desaparecen espontáneamente. Se presentan en episodios de tres a cuatro semanas de duración y en forma recurrente.

Laboratorio de apoyo:

La serología es siempre reactiva

- Test serológicos no treponémicos reactivos a diluciones elevadas $\geq 1:4$
- Test serológicos treponémicos (MHA-TP/FTA-Abs) reactivos
- Demostración de *Treponema pallidum* en una muestra clínica mediante microscopía directa de campo oscuro
- En casos dudosos tomar biopsia de lesión

Criterios de diagnóstico:

- Manifestaciones muco cutáneas compatibles
- Linfadenopatía generalizada
- Exámenes no treponémicos siempre reactivos a diluciones elevadas

En casos en que la clínica es compatible y la prueba no treponémica de laboratorio indica un resultado “**no reactivo**” se debe solicitar al laboratorio realizar dilución de la muestra para detectar si hay efecto “prozona”.

Sólo excepcionalmente se requiere demostración de *Treponema pallidum* en muestra de lesión o test treponémico de confirmación.

II. 3. Diagnóstico sífilis latente precoz

Es el estadio de la infección ocurrido durante los primeros 12 meses de adquirida la infección. Se caracteriza por presentar test serológicos positivos y ningún signo al examen físico. Puede ocurrir que la o el usuario no recuerde alguna lesión previa compatible con sífilis clínica.

Manifestaciones clínicas: no presenta

Laboratorio de apoyo:

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

Criterios de diagnóstico:

Test no treponémico reactivo en ausencia de signos y síntomas.

Se confirma diagnóstico con test treponémico reactivo más una de las siguientes condiciones:

- Seroconversión o aumento del test no treponémico en más de 2 diluciones durante los últimos 12 meses.
- Pareja con serología no treponémica reactiva sin antecedentes de tratamiento previo.
- Relato de:
 - Síntomas concordantes con sífilis primaria o secundaria no tratada durante los últimos 12 meses.
 - Contacto sexual en los últimos 12 meses con pareja con antecedente documentado de sífilis primaria o secundaria o sífilis latente precoz.

II. 4. Diagnóstico sífilis latente tardía

Es el estadio de la infección ocurrido después de los 12 meses de adquirida la infección. Puede ocurrir que la o el usuario no recuerde alguna lesión previa compatible con sífilis clínica. Esta etapa puede prolongarse por décadas.

Manifestaciones clínicas: no presenta

Laboratorio de apoyo:

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

Criterios de diagnóstico:

- Serología no treponémica reactiva a diluciones bajas en ausencia de signos y síntomas.
- Test treponémico reactivo.
- Ausencia de signos y síntomas de compromiso del Sistema Nervioso Central (SNC) (sin síntomas ni clínica neurológica y fondo de ojo normal).

II. 5. Diagnóstico sífilis terciaria

La sífilis terciaria es la etapa destructiva de la enfermedad, por lo general se desarrolla muchos años después de la infección primaria en pacientes no tratados o tratados inadecuadamente. En pacientes VIH positivos e inmunodeprimidos, puede ocurrir precozmente.

La sífilis terciaria es diagnosticada con criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio (serología, estudio cardiovascular y radiografía de huesos largos).

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

En la sífilis terciaria la presencia de treponemas en las lesiones es rara e infrecuente y las lesiones destructivas son producto de una reacción de hipersensibilidad.

Manifestaciones clínicas:

Las manifestaciones de la sífilis terciaria son:

- **Sífilis cardiovascular:** compromiso de grandes vasos y válvulas cardíacas. Se manifiesta por una aortitis que puede complicarse con estenosis coronaria, aneurisma aórtico acompañado de compromiso de las coronarias e insuficiencia valvular aórtica.
- **Gomas sifilíticas:** lesiones granulomatosas características de la sífilis tardía. Pueden ser de tres tipos:
 - **Gomas cutáneas:** lesiones granulomatosas destructivas que aparecen en cualquier área de la piel.
 - **Gomas mucosas:** comprometen la boca, paladar, faringe, laringe y tabique nasal, se ulceran quedando lesiones con aspecto de sacabocado. Puede haber destrucción de las estructuras óseas subyacentes.
 - **Gomas óseas:** lesiones difusas del periostio, que comprometen con mayor frecuencia los huesos largos (borde anterior de la tibia). La radiología muestra un engrosamiento del periostio. La cicatrización con neoformación de hueso lleva a la formación de callos óseos irregulares y sensibles que, en ocasiones, pueden palparse.

Las lesiones osteolíticas pueden producir perforación del paladar duro o del tabique nasal; las lesiones en el cráneo se describen radiológicamente como "comido por gusanos".

Laboratorio de apoyo:

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

- Estudio radiológico y cardiovascular
- Biopsia de lesiones cutáneas, mucosas y otros tejidos

Criterios de diagnóstico:

- Cuadro clínico compatible
- Antecedente de sífilis no tratada
- Test treponémico y no treponémico reactivos
- Radiología y estudio cardiovascular compatible
- Biopsia confirmatoria en los casos que ameriten según signos clínicos

OBSERVACIÓN: Es necesario hacer notar que no todos los pacientes presentan estrictamente todas las etapas antes mencionadas de la sífilis. Hay pacientes que:

1. No recuerdan haber presentado chancro
2. No recuerdan lesiones secundarias de sífilis o fueron confundidas con cuadros alérgicos
3. Cursando sífilis primaria presentan signos de secundarismo (30% de los casos). Esta condición es más frecuente en personas que viven con VIH.
4. Excepcionalmente se presenta sífilis terciaria, sin embargo se recomienda descartarla en pacientes inmunocomprometidos.

II. 6. Diagnóstico neurosífilis

Se puede manifestar en cualquiera de las etapas de la sífilis y consiste en el compromiso del Sistema Nervioso Central (SNC) por *Treponema pallidum*. Se presenta clínicamente como: meningitis sifilítica, compromiso de los pares craneanos, sífilis meningovascular, tabes dorsal y parálisis general progresiva.

La neurosífilis puede ser asintomática, sin manifestaciones clínicas, pero con alteraciones en el líquido cefalorraquídeo. Es importante examinar el líquido cefalorraquídeo de todos los pacientes con sífilis cuya respuesta serológica después de un tratamiento adecuado no disminuye según lo esperado

Todo paciente portador de sífilis, con signos neurológicos, debe ser evaluado como un caso de neurosífilis. Entre las múltiples manifestaciones de neurosífilis se incluyen: déficit cognitivo, déficit motor o sensorial, síntomas oftálmicos (uveítis, neurorretinitis y neuritis óptica), compromiso de los pares craneanos III (motor ocular común), IV (patético), VII (facial) y VIII (auditivo), además de síntomas y signos de meningitis.

Podemos agrupar la neurosífilis en formas que se presentan con mayor frecuencia en la sífilis precoz y otras en la sífilis tardía.

MANIFESTACIONES FORMAS PRECOCES: Menos de 1 año de evolución de la enfermedad.	MANIFESTACIONES FORMAS TARDÍAS: Más de 1 año de evolución de la enfermedad.
<p>Sífilis meningovascular: El compromiso de las arterias cerebrales semeja una enfermedad cerebrovascular, como el accidente vascular encefálico o crisis isquémica transitoria.</p> <p>Meningitis sífilítica: Se manifiesta como una meningitis leve, con cefalea, irritabilidad, paresia de pares craneanos y alteraciones pupilares.</p> <p>Neurosífilis asintomática: Se diagnostica con examen VDRL reactivo en LCR. Se debe realizar estudio citoquímico.</p>	<p>Tabes dorsal: Existe alteración de la propiocepción y disminución de los reflejos tendinosos por compromiso de las raíces posteriores de la médula espinal. Se manifiesta con dolores agudos en extremidades inferiores denominados "terebrantes", y por la presencia de "marcha tabética".</p> <p>Parálisis general: Se presenta con un sutil cambio de la personalidad, con pérdida de memoria, irritabilidad y falta de concentración. Posteriormente puede presentarse delirio de grandeza y síntomas maníacos, hasta llegar a la demencia.</p> <p>El examen físico puede revelar temblor en la lengua, labios, manos y desorientación. Pueden también aparecer reflejos alterados y otras formas de parálisis, tales como incontinencia de orina y heces.</p>

El tratamiento de neurosífilis debe realizarse con el paciente hospitalizado bajo control neurológico o psiquiátrico.

El control del paciente con neurosífilis requiere repetir la punción lumbar cada 6 meses hasta negativización del VDRL en LCR. Si esto no ocurre a los 24 meses, se repite el tratamiento y se re evalúa por el equipo multidisciplinario.

Siempre se debe hacer un estudio radiológico y cardiovascular en pacientes con neurosífilis tardía para detectar posibles manifestaciones de sífilis terciaria.

Indicación de punción lumbar

- En todo paciente con sífilis y síntomas neurológicos, oftalmológicos (uveítis, retinitis) u otológicos.
- En pacientes cuya respuesta serológica después de un tratamiento adecuado no disminuye según lo esperado.
- En todo paciente VIH positivo con sífilis confirmada que presenta: CD4 menor de 350, o test no treponémico VDRL igual o mayor a 1:16, o RPR igual o mayor 1:32, o signos neurológicos, oftalmológicos u otológicos compatibles.
- En pacientes con diagnóstico de sífilis terciaria.

Laboratorio de apoyo:

- Test serológicos treponémicos y no treponémicos en sangre, reactivos.
- Estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) con:
 - Recuento celular: más de 5 leucocitos mononucleares por mm³. En personas inmunocomprometidas 20 o más leucocitos mononucleares por mm³.
 - Proteínas totales: aumento (más de 45 mg/dl).
 - VDRL: reactivo a cualquier dilución.

III. Tratamiento

Sífilis primaria, Sífilis secundaria, Sífilis latente precoz					
	Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
NO ALÉRGICOS	Penicilina benzatina	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	2 semanas consecutivas
ALÉRGICOS A PENICILINA excepto gestantes	Doxiciclina	100 mg.	oral	cada 12 horas	15 días
	Tetraciclina	500 mg.	oral	cada 6 horas	15 días

Sífilis latente tardía y Sífilis cardiovascular					
	Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
NO ALÉRGICOS	Penicilina benzatina	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	3 semanas consecutivas
ALÉRGICOS A PENICILINA excepto gestantes	Doxiciclina	100 mg.	oral	cada 12 horas	30 días consecutivos
	Tetraciclina	500 mg.	oral	cada 6 horas	30 días consecutivos

Neurosífilis					
	Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
NO ALÉRGICOS	Penicilina sódica	3.000.000 a 4.000.000 UI	endovenoso	cada 4 horas	14 días consecutivos
ALÉRGICOS A PENICILINA excepto gestantes	Doxiciclina	200 mg.	oral	cada 12 horas	28 días consecutivos
	Ceftriaxona*	2 g.	intramuscular o endovenoso	cada 24 horas	14 días consecutivos

* La administración de ceftriaxona en pacientes que refieren alergia a la penicilina (no documentada) requiere de todas las medidas de control y monitoreo para evitar shock anafiláctico debido a la posibilidad de reacción cruzada. El riesgo de reacción cruzada entre penicilina y ceftriaxona es muy bajo.

Las personas que refieran alergia a la penicilina deben ser re-evaluados respecto a su alergia antes de decidir tratamiento con medicamentos alternativos.

Las personas que se encuentren cursando con neurosífilis y refieran alergia a la penicilina tipo I (shock anafiláctico), Síndrome de Stevens Johnson, necrosis epidérmica tóxica o anemia hemolítica, NO son pacientes susceptibles de realizarles NINGÚN test cutáneo ni de provocación, estos pacientes deberán evitar definitivamente e indefinidamente, el uso de penicilinas. En estos casos se indicará tratamiento con medicamentos señalados en cuadro anterior.

IV. Seguimiento de la sífilis

El seguimiento serológico de la sífilis se realiza utilizando siempre la misma técnica no treponémica cuantificada.

A toda persona tratada por sífilis, en cualquier etapa, debe realizarse seguimiento serológico con test no treponémico cuantitativo en los meses 1º - 3º - 6º y 12º post tratamiento.

La persona con sífilis debe recibir educación e información sobre el uso consistente y sistemático del condón en todas sus relaciones sexuales.

Los contactos sexuales declarados de pacientes con sífilis deben ser citados a control, evaluados y tratados siempre.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

Un paciente adecuadamente tratado se define como:

Sífilis precoz: disminución en 2 o más diluciones del test no treponémico al mes post tratamiento.

Sífilis tardía: por imposibilidad de evidenciar disminución de las diluciones del test no treponémico se evalúa respuesta al tratamiento según evolución clínica.

Fracaso del tratamiento y/o reinfección se define según etapa como:

Sífilis precoz: la mantención o aumento de las diluciones del test no treponémico al mes del tratamiento.

Sífilis tardía: el aumento de 2 o más diluciones evidencia siempre reinfección.

Reacción de Jarisch–Herxheimer

Es una reacción febril aguda, que se presenta en algunos pacientes 4 a 12 horas después de la administración de la primera dosis con penicilina, resolviéndose dentro de 24 horas y no se repite con los tratamientos posteriores. El mecanismo de producción no está bien definido, podría deberse a la destrucción masiva de espiroquetas. Se manifiesta en el 50% de los casos de sífilis primaria, en el 90% de sífilis secundaria y el 25% en sífilis latente precoz. Es poco frecuente en sífilis latente tardía.

Los pacientes presentan cefalea, decaimiento, fiebre leve a moderada, con escalofríos y rubor, debido a vasodilatación periférica. Las lesiones mucosas y cutáneas pueden exacerbarse y, a veces, puede presentarse un rash cutáneo.

Esta reacción puede ocurrir posterior a un tratamiento antibiótico por otra causa, en pacientes portadores de una sífilis no detectada.

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

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

SÍFILIS EN PERSONAS CON VIH/SIDA

I. Descripción de la enfermedad

La experiencia internacional concluye que en la mayoría de los casos, los pacientes VIH positivos con sífilis sus exámenes treponémicos y no treponémicos se comportan igual que en los pacientes VIH negativos.

Sin embargo, debido al estado inmunitario deficiente en los pacientes VIH positivos puede ocurrir que los exámenes de laboratorio, tanto treponémicos como no treponémicos, no reflejen exactamente la evolución de la sífilis. Se han descrito infrecuentes casos con diluciones mayores a lo esperado y otros casos con respuestas falsas negativas. En estos casos se debe indicar tratamiento y repetir los test serológicos al mes y recurrir a biopsias de lesiones cutáneas y otras técnicas para confirmar el diagnóstico si es necesario.

II. Diagnóstico

Laboratorio de apoyo:

- Test serológicos no treponémicos reactivos (VDRL o RPR)
- Test serológicos treponémicos reactivos (MHA-TP/FTA-Abs)
- Biopsia de lesión

En todo paciente VIH positivo con manifestaciones neurológicas debe descartarse el diagnóstico de neurosífilis. Así también, en pacientes VIH positivo con VDRL igual o mayor a 1:16 y RPR igual o mayor a 1:32 y recuento CD4 inferior a 350 por mm³ dado que el riesgo de neurosífilis es mayor.

III. Tratamiento

Sífilis primaria, Sífilis secundaria, Sífilis latente precoz y Sífilis latente tardía					
	Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
NO ALÉRGICOS	Penicilina benzatina	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	3 semanas consecutivas
ALÉRGICOS A PENICILINA	Doxiciclina	100 mg.	oral	cada 12 horas	30 días

Neurosífilis					
	Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
NO ALÉRGICOS	Penicilina sódica	3.000.000 a 4.000.000 UI	endovenoso	cada 4 horas	14 días consecutivos
ALÉRGICOS A PENICILINA excepto gestantes	Doxiciclina	200 mg.	oral	cada 12 horas	28 días consecutivos
	Ceftriaxona*	2 g.	intramuscular o endovenoso	cada 24 horas	14 días consecutivos

* La administración de ceftriaxona en pacientes que refieren alergia a la penicilina (no documentada) requiere de todas las medidas de control y monitoreo para evitar shock anafiláctico debido a la posibilidad de reacción cruzada. El riesgo de reacción cruzada entre penicilina y ceftriaxona es mínimo.

Las personas que refieran alergia a la penicilina deben volver a ser evaluadas respecto de su alergia antes de decidir tratamiento con medicamentos alternativos.

Las personas que se encuentren cursando con neurosífilis y refieran alergia a la penicilina tipo I (shock anafiláctico), Síndrome de Stevens Johnson, necrolisis epidérmica tóxica o anemia hemolítica, NO son pacientes susceptibles de realizarles NINGÚN test cutáneo ni de provocación, estos pacientes deberán evitar definitivamente e indefinidamente, el uso de penicilinas. En estos casos se indicará tratamiento con medicamentos señalados en cuadro anterior.

IV. Seguimiento

Efectuar seguimiento clínico a todos los pacientes VIH positivo con sífilis, a través de pruebas serológicas cuantitativas al mes, 3, 6, 9 y 24 meses post tratamiento, para evaluar respuesta terapéutica.

La persona con sífilis debe recibir consejería para la gestión de riesgo y prevención de ITS, así como educación e información sobre el uso consistente y sistemático del condón en todas las relaciones sexuales.

Los contactos sexuales declarados de pacientes con sífilis deben ser citados a control, evaluados y tratados siempre.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

Sífilis precoz: disminución en 2 o más diluciones del test no treponémico al mes post tratamiento.

Sífilis tardía: por imposibilidad de evidenciar disminución de las diluciones del test no treponémico se evalúa respuesta al tratamiento según evolución clínica.

SÍFILIS EN GESTANTES

I. Descripción de la sífilis en embarazo

La sífilis en gestantes constituye una urgencia médica pues se trata de una enfermedad infecciosa sistémica con alto riesgo de transmisión hacia el niño/a en gestación.

Riesgo de transmisión de la sífilis durante la gestación

- **Sífilis primaria, secundaria y latente precoz** (menos de un año de evolución): **75% a 95%**
- **Sífilis latente tardía y terciaria** (más de un año de evolución): **10% a 35%**

Si el diagnóstico y tratamiento de la gestante no se realizan de manera oportuna y adecuada, los resultados esperados son:

- Aborto en el 25% de los casos.
- Mortinato en el 25% de los casos.
- El 50% restante que corresponde a los recién nacidos vivos, tiene una alta probabilidad de estar infectado.

Si la gestante infectada es tratada en forma oportuna y adecuada se evitará la enfermedad en el 100% de los recién nacidos.

II. Diagnóstico de la sífilis gestacional

El tamizaje para sífilis se realiza con examen no treponémico durante tres momentos de la gestación y al momento del parto, de acuerdo al siguiente esquema:

- **Primer examen:** en el ingreso al control prenatal.
- **Segundo examen:** a las 24 semanas de gestación.
- **Tercer examen:** entre las 32 y 34 semanas de gestación.
- **Cuarto examen:** al parto o en el puerperio inmediato.

Debe testearse con examen no treponémico a toda gestante al momento de ingresar al Servicio de Obstetricia y Ginecología por motivo de parto, aborto o mortinato. El laboratorio debe entregar el resultado del examen antes del alta de la usuaria.

Todo tamizaje que presente un resultado reactivo, debe ser cuantificado. Los laboratorios deben informar siempre al clínico la técnica utilizada.

Caso probable:

Se considera caso probable toda serología no treponémica reactiva en gestante, debiendo realizarse tratamiento inmediato, independiente de la dilución.

Gestante cuya pareja presenta VDRL o RPR reactivo, a pesar que ella presente un VDRL no reactivo.

Laboratorio de apoyo:

- Test serológicos no treponémicos reactivos (VDRL o RPR)
- En ausencia de serología de la pareja o serología no reactiva de dicha pareja es imprescindible realizar test serológicos treponémicos.

La serología materna reactiva al parto no es sinónimo de sífilis activa, pero debe evaluarse el comportamiento de la curva serológica, para descartar una reinfección.

El hallazgo de serología no treponémica reactiva en la mujer al momento del parto o aborto, sin historia de sífilis previa debe ser considerada sífilis presunta por lo que debe recibir tratamiento inicial (primera dosis), con penicilina benzatina en 2.400.000 UI por vía intramuscular, tomar examen treponémico (MHA-TP) para confirmar diagnóstico y su recién nacido debe ser evaluado para sífilis al nacer.

Al alta del Servicio de Obstetricia y Ginecología, la mujer debe ser derivada para etapificación, completar tratamiento y manejo de contactos al establecimiento de atención de ITS en el sistema público o al dermato venereólogo en el sistema privado.

Los establecimientos asistenciales (Servicio de Obstetricia y Ginecología y laboratorios) deben mantener registros de las pérdidas reproductivas (abortos y mortinatos) y la correspondiente información de la serología materna para sífilis a fin de realizar los análisis estadísticos, epidemiológicos y auditorías de caso.

III. Tratamiento de la sífilis en la gestante

Toda gestante con serología reactiva a cualquier dilución, debe recibir un tratamiento inicial (primera dosis) en el centro de salud donde se realiza el control del embarazo, con penicilina benzatina en 2.400.000 UI por vía intramuscular. Luego debe ser derivada a la UNACCESS en el sistema público o con médico dermato venereólogo en sistema privado de salud, dentro de la semana para estudio de confirmación, etapificación, completar tratamiento y seguimiento hasta el parto.

En localidades aisladas el estudio, manejo y seguimiento del caso debe ser realizado por el equipo local responsable de la atención prenatal, asesorado por la UNACCESS correspondiente e informando a la Encargada de Programa para el seguimiento del caso.

Toda gestante mayor de 24 semanas con sospecha diagnóstica de sífilis secundaria (serología no treponémica reactiva y manifestaciones clínicas compatibles) **con primera dosis de tratamiento administrada**, debe ser derivada dentro de las 24 horas, a la urgencia del Servicio de Obstetricia y Ginecología definido en la red pública y privada, para evaluación de la unidad feto placentaria.

Los contactos sexuales de la gestante deben ser estudiados y tratados siempre, independiente de su serología, debido a la existencia del periodo de ventana para los exámenes no treponémicos. De no tratarse a la pareja se considera el tratamiento inadecuado y al recién nacido en riesgo potencial de sífilis congénita.

a) **Sífilis primaria, sífilis secundaria, sífilis latente precoz** (sífilis de menos de 1 año de evolución):

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Penicilina benzatina	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	2 semanas consecutivas

b) **Sífilis latente tardía** (sífilis con más de 1 año de evolución):

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Penicilina benzatina	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	3 semanas consecutivas

IMPORTANTE

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

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

Alergia a la Penicilina

En gestantes con alergia documentada a la penicilina y a sus derivados, el tratamiento indicado es eritromicina, de acuerdo a la etapa de la enfermedad en que sean diagnosticadas.

La eritromicina no es efectiva para prevenir la **sífilis congénita**, por tener un paso transplacentario pobre e irregular. Por lo que se considera al recién nacido en riesgo potencial de sífilis congénita.

El uso de ceftriaxona no tiene evidencia científica para la prevención de sífilis congénita, sin embargo en algunos estudios ha demostrado eficacia en pacientes no gestantes.

Debido a la reacción cruzada que pudiera existir a ceftriaxona en personas con alergia a la penicilina, se puede utilizar como alternativa en casos de alergia no documentada y no tipo I (hipersensibilidad inmediata), requiriendo de todas las medidas de control y monitoreo para evitar shock anafiláctico.

No se debe usar ceftriaxona en personas con antecedente de alergia a la penicilina tipo I, Stevens Johnson, necrosis epidérmica tóxica, anemia hemolítica.

a) **Sífilis primaria, sífilis secundaria, sífilis latente precoz en gestante alérgica a la penicilina**

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Eritromicina	500 mg.	oral	cada 6 horas	14 días consecutivos
Ceftriaxona*	1 g.	intramuscular o endovenoso	diaria	14 días

*La administración de ceftriaxona en pacientes que refieren alergia a la penicilina (no documentada) requiere de todas las medidas de control y monitoreo para evitar shock anafiláctico debido a la posibilidad de reacción cruzada.

b) Sífilis latente tardía gestante alérgica a la penicilina

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Eritromicina	500 mg.	oral	cada 6 horas	28 días consecutivos
Ceftriaxona*	1 g.	intramuscular o endovenoso	diaria	14 días

*La administración de ceftriaxona en pacientes que refieren alergia a la penicilina (no documentada) requiere de todas las medidas de control y monitoreo para tratar shock anafiláctico debido a la posibilidad de reacción cruzada.

Todo tratamiento de sífilis en gestantes que se realice con medicamentos diferentes a penicilina se considera, para efectos de estudio en el recién nacido como "tratamiento inadecuado" y al recién nacido como caso probable o presunto de sífilis congénita. Situación que debe ser informada a la gestante al momento que ella indique ser alérgica a la penicilina.

No se recomienda indicar azitromicina como tratamiento alternativo para las personas con sífilis dado que se han reportado casos de resistencia.

IV. Seguimiento de la sífilis en la gestante

Debe realizarse seguimiento serológico con examen no treponémico (VDRL o RPR) mensual hasta el parto a la gestante tratada, para detectar una posible reinfección. La gestante debe recibir consejería para la gestión de riesgo y prevención de ITS, así como educación e información sobre el uso consistente y sistemático del condón en todas las relaciones sexuales para evitar reinfecciones.

Los contactos sexuales declarados de gestantes con sífilis deben ser citados a control, evaluados y tratados siempre.

Toda mujer atendida por causa de parto o pérdida reproductiva (aborto o mortinato) debe ser testeada para sífilis con VDRL/RPR, y no puede ser dada de alta sin conocer su resultado serológico.

Aquellos establecimientos de salud que dispongan de laboratorio de anatomía patológica, deben estudiar las placentas de los mortinatos y/o los restos de aborto de todas las puérperas con serología reactiva para sífilis, para identificar los casos de sífilis congénita con resultado de muerte fetal.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

Una gestante adecuadamente tratada es aquella que recibió tratamiento con penicilina benzatina 2.400.000 UI, última dosis al menos 1 mes antes del parto y que baja 2 o más diluciones de la serología no treponémica al mes de finalizado el tratamiento.

SÍFILIS CONGÉNITA

I. Descripción de la enfermedad

Sífilis congénita corresponde a la infección transplacentaria por *Treponema pallidum* al embrión o feto, desde una madre con sífilis no tratada o inadecuadamente tratada. Ocurre una diseminación hematogena de la infección comprometiendo prácticamente todos los sistemas y tejidos del organismo, siendo piel, mucosas, huesos, hígado, bazo y sistema nervioso central los más afectados.

El recién nacido infectado puede presentarse con una amplia gama de manifestaciones: desde asintomático hasta gravemente enfermo.

Su diagnóstico es complejo por el paso de anticuerpos IgG maternos (treponémicos y no treponémicos) al feto, lo que dificulta la interpretación de los resultados serológicos.

Las manifestaciones de la infección por *T. pallidum* in útero dependen de:

- a. La etapa evolutiva de la enfermedad en la gestante
- b. Edad gestacional, al momento de la infección
- c. Tratamiento efectivo en la gestante

La severidad de la infección se relaciona con el momento en que la madre adquirió la sífilis y, por lo tanto, con el estadio de infección materna al momento del embarazo, la edad gestacional al momento de la infección, la carga de treponemas que infectan al feto y la oportunidad de la respuesta inmunológica de la madre.

La sífilis congénita puede prevenirse y tratarse eficazmente in útero, siempre y cuando el diagnóstico se haga en forma oportuna y el tratamiento sea adecuado, en la gestante y su pareja.

Manifestaciones clínicas:

1. **Aborto o Mortinato:** Más del 50% de los fetos infectados muere.
2. **Multisistémica:** corresponde al niño que nace gravemente enfermo, con retraso del crecimiento, anemia, hepatoesplenomegalia, lesiones cutáneas variadas, compromiso del SNC. Es la forma menos frecuente, indistinguible de otros cuadros sépticos pero generalmente de fácil diagnóstico por serología.
3. **Oligosintomática:** se presenta generalmente en los primeros 6 meses de vida. Las principales manifestaciones son rinorrea serohemática, lesiones cutáneas descamativas y alteraciones óseas. El cuadro clínico con escasa signología hace que frecuentemente se haga un diagnóstico tardío.
4. **Asintomática:** constituye la forma de presentación más frecuente. El 60% de los RN infectados son asintomáticos al nacimiento, los que desarrollarán síntomas entre las 3 a 8 semanas de vida si no reciben tratamiento.

Las manifestaciones clínicas en los hijos de madre con sífilis no tratada o inadecuadamente tratada se clasifican en precoces y tardías:

A. **Sífilis congénita precoz:** se manifiesta hasta los dos primeros años de vida como:

1. Cuadro multisistémico fulminante, similar a otros cuadros sépticos del recién nacido.
2. Lesiones cutáneas y mucosas a partir de las 2 a 10 semanas de vida :
 - **Lesiones mucosas:** rinitis mucosa, mucopurulenta o sanguinolenta entre los 7 y 14 días de nacido. Los parches mucosos son placas blanquecinas de la lengua, borde lingual y garganta que pueden producir estridor laríngeo. Pueden aparecer además condilomas planos.
 - **Lesiones cutáneas:** exantema maculopapular simétrico y, menos frecuente pero muy específico, lesiones ampollares palmo-plantares (pénfigo sifilítico).
 - **Lesiones óseas:** osteocondritis que puede generar una pseudoparálisis de Parrot, epifisitis y periostitis de las falanges proximales (dactilitis) detectadas por radiografía generalmente después del primer mes de vida.
4. Linfadenopatía generalizada
5. Bajo peso al nacer
6. Anemia, trombocitopenia e ictericia
7. Hepatoesplenomegalia
8. Alteración de líquido cefalorraquídeo con o sin manifestaciones neurológicas.
9. Manifestaciones oculares: uveítis, glaucoma y coriorretinitis en "sal y pimienta"
10. Compromiso renal: glomerulonefritis o síndrome nefrótico.
11. Otras: neumonía alba, miocarditis, pancreatitis, etc.

B. **Sífilis congénita tardía:** manifestaciones que aparecen después de los 2 años de vida, siendo más frecuente en la pubertad debido a la inflamación crónica de los tejidos afectados.

Las manifestaciones de la sífilis congénita tardía son similares a las de la sífilis terciaria del adulto:

- Queratitis intersticial
- Formación de granulomas necrotizantes (gomas)
- Sífilis cardiovascular (poco frecuente).

Algunos casos pueden presentar secuelas (denominadas estigmas) como:

- Dientes de Hutchinson
- Molares de mora
- Perforación del paladar duro
- Nariz en silla de montar
- Tibias en "sable"
- Opacidades corneales
- Atrofia óptica
- Sordera por compromiso del octavo par
- Hidrartrosis (articulación de Clutton)

C. **Neurosífilis:** se puede presentar tanto en etapa precoz como tardía con o sin manifestaciones neurológicas.

II. Diagnóstico

El diagnóstico es el resultado del análisis de:

1. Antecedentes epidemiológicos maternos:

- ITS de la madre y sus parejas/contactos sexuales, durante el embarazo actual o en embarazos anteriores.
- Ausencia de control de embarazo, o control irregular
- Abuso de sustancias (alcohol, drogas, medicamentos, etc.)
- Situación de riesgo psicosocial
- Inadecuada evolución de la curva serológica materna
- Tratamiento inadecuado o incompleto de la madre y sus parejas/contactos sexuales

La gestante que recibió eritromicina, ceftriaxona u otro antibiótico se considera como inadecuadamente tratada para efectos de evaluación del recién nacido.

2. Serología neonatal:

El hallazgo de test serológicos no treponémicos y treponémicos reactivos en el hijo al nacimiento puede deberse al traspaso transplacentario de IgG materna y no deben ser considerados diagnóstico.

Hasta el momento no hay disponible una prueba diagnóstica que permita asegurar la presencia de infección en un RN.

Si no existe infección, los anticuerpos adquiridos por el RN en forma pasiva a través de la placenta, deben disminuir a los 3 meses de edad y desaparecer a los 6 meses. Por lo general, el VDRL o RPR se hace NO REACTIVO a los 3 meses de edad.

La IgM específica reactiva para *Treponema pallidum* en el RN, es signo de sugerente de infección. Se detecta en más del 80% de los niños sintomáticos, pero suele estar ausente en hasta 35% de niños asintomáticos. Tiene valor diagnóstico, sólo si la madre no ha recibido tratamiento o ha sido inadecuadamente tratada.

Los exámenes treponémicos no son útiles para el diagnóstico de sífilis congénita, sin embargo confirman el diagnóstico de forma retrospectiva cuando son positivos después de los 12 meses de vida. En la misma situación un test treponémico negativo no descarta este diagnóstico, porque el recién nacido tratado precozmente podría no haber alcanzado a desarrollar respuesta inmune.

En un recién nacido un VDRL o RPR reactivo en 2 o más diluciones por sobre la dilución materna es diagnóstico de sífilis congénita. (Por ejemplo: madre VDRL o RPR 1:2 y recién nacido VDRL o RPR 1:8).

Si este criterio no está presente no descarta diagnóstico ya que esto se debe a que hay evidencia de muestras pareadas de suero de madres infectadas y sus hijos que indica que solo 30% de los niños tiene títulos superiores a los de la madre.

El único método diagnóstico útil para el diagnóstico de neurosífilis es el VDRL reactivo en LCR.

Ningún recién nacido debe ser dado de alta sin conocer el estado serológico para sífilis de la madre.

3. Hallazgos al examen físico del niño/a:

La presencia de signos de sífilis descritos en las formas clínicas sugiere caso probable o presunto.

4. Alteraciones de exámenes de laboratorio y radiológicos:

- VDRL reactivo en líquido cefalorraquídeo.
- Hallazgos anormales en el LCR de acuerdo a la edad gestacional y/o cronológica. La interpretación de estos parámetros en el recién nacido es difícil por su amplia variabilidad, pero valores de leucocitos mayores a 5 por mm^3 y/o proteínas mayor a 40mg/dl, se consideran como alterados.
- Alteración de función hepática y renal compatibles con manifestaciones clínicas descritas
- Rx. de huesos largos compatible con hallazgos descritos.
- Alteración del fondo de ojo compatible con la enfermedad.

Definición clínica de sífilis congénita

Probable o presumta (CASO SOSPECHOSO): recién nacido hijo de madre con sífilis no tratada o inadecuadamente tratada, con signos clínicos o de laboratorio sugerentes de infección o con imposibilidad de descartarla.

Confirmada (CASO CONFIRMADO):

Sífilis congénita precoz:

- Test no treponémico reactivo a cualquier dilución, con alteraciones de laboratorio y/o clínicas compatibles con hepatoesplenomegalia, rash maculopapular con compromiso de palmas y plantas, pénfigo sifilítico, coriza serohemorrágica, fisuras peri orales y/o perianales (râgades), condilomas planos, pseudoparálisis de Parrot, compromiso del SNC.
- Test no treponémico reactivo mayor o igual a 2 diluciones comparado con el test no treponémico de la madre, con lactante sin sintomatología.

Sífilis congénita tardía:

- Test no treponémico reactivo después de los 2 primeros años de vida, con antecedente de madre con sífilis confirmada durante la gestación no tratada o inadecuadamente tratada y sin tratamiento al nacer, en ausencia de contacto sexual y alguna de las siguientes condiciones:
- Ausencia de signos y síntomas.

- Presencia de estigmas sífilíticos.
- Presencia de test no treponémico reactivo en líquido cefalorraquídeo, con o sin sintomatología neurológica.

Se debe estudiar y tratar todos los recién nacidos que:

1. Evidencien enfermedad activa (examen físico, radiografías, laboratorio).
2. Sean hijos de madres inadecuadamente tratadas de acuerdo a la definición establecida o no tratadas.
3. Madres con serología reactiva sin control de embarazo.
4. Madres que no hayan presentado respuesta esperada al tratamiento o que se sospeche reinfección.
5. Madres sin historia de sífilis previa, con serología reactiva a diluciones bajas (menor de 1: 4) al parto.
6. Madres con sífilis tratada pero con seguimiento serológico insuficiente.
7. Madres cuyos contactos sexuales no han sido tratados.

La evaluación clínica y de laboratorio de estos recién nacidos incluye:

1. Examen físico completo para determinar la existencia de manifestaciones clínicas de sífilis congénita precoz.
2. Examen no treponémico en sangre.
3. VDRL en LCR cuando examen no treponémico en sangre sea reactivo a cualquier dilución.
4. Análisis de LCR (estudio citoquímico).
5. Hemograma y recuento de plaquetas.
6. Exámenes de función hepática y renal de acuerdo a la clínica.
7. Radiografía de huesos largos.
8. Fondo de ojo.
9. Rx. de tórax, en caso de presentar sintomatología respiratoria.

III. Tratamiento de la sífilis congénita

La penicilina sódica es el tratamiento de elección (50.000 UI por kilo de peso por dosis). La frecuencia de administración debe adecuarse según avanza la edad del recién nacido.

Edad	Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
0 - 7 días	Penicilina G sódica	50.000 UI por kilo de peso	endovenosa	cada 12 horas	por 10 días consecutivos
8 - 28 días	Penicilina G sódica	50.000 UI por kilo de peso	endovenosa	cada 8 horas	por 10 días consecutivos
Más de 28 días	Penicilina G sódica	50.000 UI por kilo de peso	endovenosa	cada 4 ó 6 horas	por 10 días consecutivos

La penicilina benzatina no se indica para el tratamiento de sífilis congénita dada las dificultades y complicaciones de la administración por la vía intramuscular y porque no alcanza niveles útiles en líquido cefalorraquídeo.

El RN con sífilis congénita se debe tratar por 10 días con penicilina sódica. En caso de punción lumbar frustra o hemorrágica, no insistir y administrar tratamiento. Antes del alta realizar punción lumbar y solicitar VDRL y citoquímico. Esto para definir esquema de seguimiento en caso de neurosífilis.

IV. Seguimiento

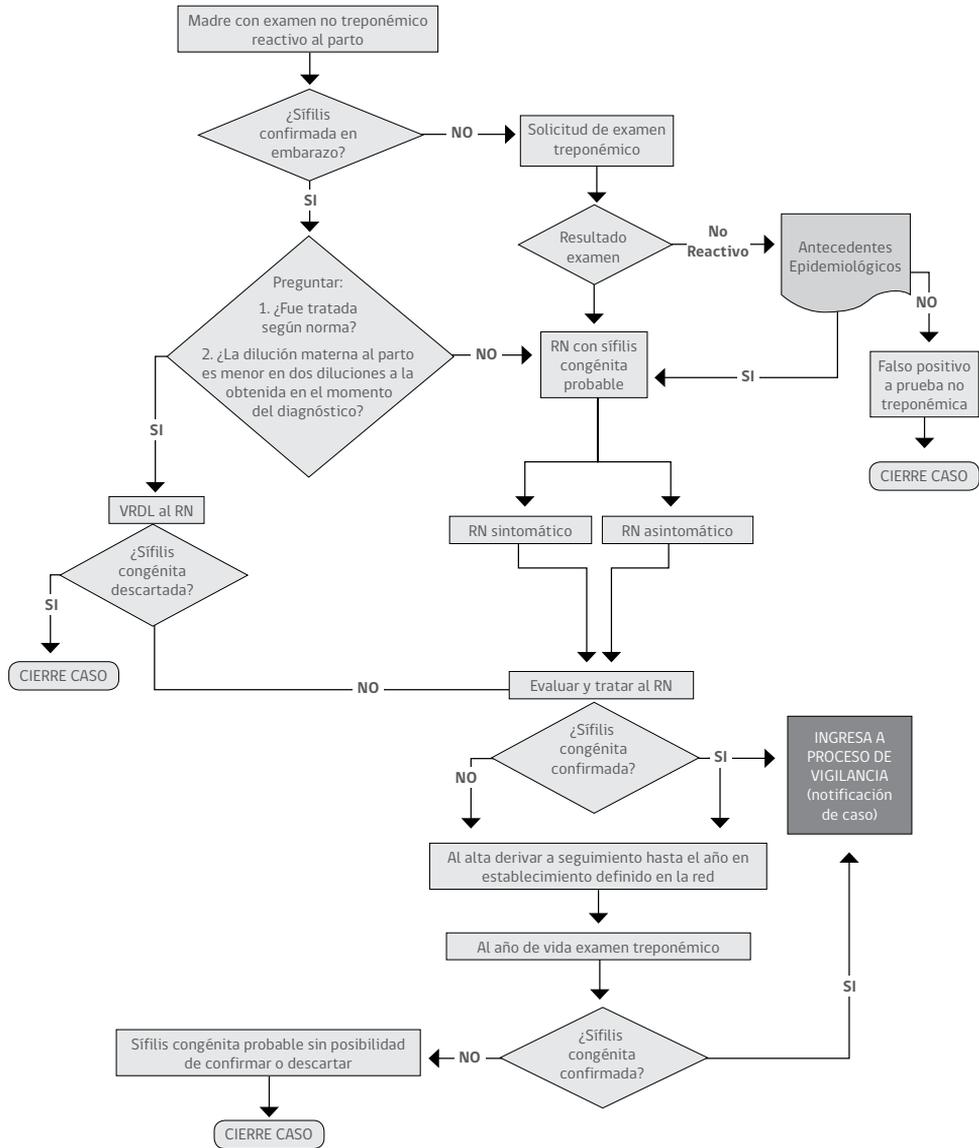
Se diferencian 3 situaciones específicas:

Madre adecuadamente tratada y RN con VDRL o RPR periférico reactivo no tratado	RN con sífilis congénita tratada (probable y/o confirmada)	RN con neurosífilis
<ol style="list-style-type: none"> 1. Control médico y VDRL o RPR al mes, a los 2 meses, a los 3 meses o hasta que el examen no treponémico sea NO REACTIVO. 2. Si las diluciones de VDRL o RPR se mantienen estables o aumentan se debe volver a evaluar al niño e indicar tratamiento. 3. A los 6 meses de vida, debe negativizarse el VDRL o RPR, en caso contrario, volver a evaluar al niño. 4. Alta luego de corroborar que el VDRL o RPR sea NO REACTIVO. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control médico y con VDRL o RPR al mes, a los 2, 3, 6 meses y 12 meses de vida. 2. Si el VDRL o RPR permanece reactivo a los 6 meses de edad, se debe volver a evaluar al niño/a. 3. A los 12 meses de edad realizar pruebas treponémicas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control médico y VDRL o RPR al mes, a los 2, 3, 6 meses y 12 meses de vida. 2. Control de VDRL en LCR a los 6 meses de edad, para corroborar que sea NO REACTIVO. En caso contrario, volver a evaluar y a tratar al niño 3. A los 12 meses de edad realizar pruebas treponémicas. 4. Realizar seguimiento neurológico, por otorrino y oftalmólogo a los 3, 6 y 12 meses de edad.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

El lactante adecuadamente tratado es aquel en que el seguimiento serológico no treponémico se hace “no reactivo” durante el primer año de vida, habitualmente durante los primeros 6 meses.

Flujo decisiones gestante serología no treponémica reactiva al parto



SÍFILIS ADQUIRIDA EN NIÑAS Y NIÑOS

I. Descripción de la enfermedad

La infección adquirida por niñas y niños pre púberes es confirmatoria de violencia sexual. Las manifestaciones de la sífilis primaria, secundaria y latente en los niños y niñas no difieren de las manifestaciones observadas en el adulto.

Manifestaciones de la neurosífilis

Se produce por compromiso del SNC, en pacientes con sífilis confirmada, se puede presentar en cualquier etapa clínica de la enfermedad. En etapas primaria y secundaria se produce un compromiso predominantemente de tipo inflamatorio, con o sin manifestaciones clínicas.

Neurosífilis meníngea

- a. **Meningitis sifilítica aguda**, forma parte del diagnóstico diferencial de meningitis aguda en el adolescente. Se presenta hasta 4 años después de la primoinfección, caracterizada por irritabilidad, cefalea, fiebre, signos meníngeos y signos focales como paresia de nervios craneanos. El LCR es claro, con aumento de la celularidad y predominio de leucocitos mononucleares. El VDRL siempre es reactivo en LCR.
- b. **Meningitis sifilítica tardía**, se presenta después de 4 años de la primoinfección y se manifiesta por compromiso de pares craneanos especialmente el III, IV y VI y signos de hipertensión endocraneana secundaria a hidrocefalia obstructiva. El citoquímico del LCR puede estar alterado y el VDRL en LCR es reactivo.
 - **Neurosífilis meningovascular**, forma parte del diagnóstico diferencial de AVE en el adolescente. Se presenta con manifestaciones focales motoras, alteraciones del lenguaje, convulsiones y compromiso variable de conciencia. El citoquímico está alterado y el VDRL reactivo en LCR.
 - **Neurosífilis de nervios craneanos**, se puede manifestar como neuritis óptica y en algunos casos por alteraciones auditivas y del equilibrio secundario al compromiso coclear o vestibular. El citoquímico está alterado y el VDRL reactivo en LCR.
 - **Neurosífilis asintomática**, corresponde al compromiso del SNC confirmado por VDRL reactivo o alteraciones en el citoquímico del LCR no explicados por otra causa.

La punción lumbar está indicada en pacientes con sífilis que tienen:

- Inmunosupresión
- Manifestaciones neurológicas
- Fondo de ojo alterado
- Mala respuesta serológica al tratamiento (descenso del VDRL menor a 2 diluciones en 1 mes después de finalizado el tratamiento)

II. Diagnóstico

Sífilis primaria	Sífilis secundaria	Sífilis latente	Neurosífilis
<ul style="list-style-type: none"> - Cuadro clínico sugerente y - Test serológico no treponémico reactivo - Test serológico treponémico reactivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuadro clínico sugerente y - Test serológico no treponémico reactivo. - Test serológico treponémico reactivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Serología no treponémica reactiva, y - Test treponémico reactivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Serología no treponémica reactiva, - Test treponémico reactivo - VDRL en LCR reactivo - Con o sin signos neurológicos

III. Tratamiento

SÍFILIS PRECOZ: Sífilis primaria, Sífilis secundaria, Sífilis latente precoz						
	Medicamento	Dosis	Dosis máxima	Vía	Frecuencia	Duración
NO ALÉRGICOS	Penicilina benzatina	50.000U/kg.	2,4 millones de unidades por vez	intramuscular	1 vez por semana	2 semanas consecutivas
	Ceftriaxona	100 mg/kg/día	1 g. al día	endovenosa o intramuscular	1 vez al día	10 días
ALÉRGICOS A PENICILINA (Mayores de 8 años)	Doxiciclina (monohidrato)	100 mg.	200 mg. al día	oral	cada 12 horas	15 días
ALÉRGICOS A PENICILINA (Menores de 8 años)	Eritromicina	50 mg/kg/día	2 g. día	oral	cada 6 horas	14 días

SÍFILIS TARDÍA: Sífilis latente tardía						
	Medicamento	Dosis	Dosis máxima	Vía	Frecuencia	Duración
NO ALÉRGICOS	Penicilina benzatina		2,4 millones de unidades por vez	intramuscular	1 vez a la semana	3 semanas consecutivas
ALÉRGICOS A PENICILINA (Mayores de 8 años)	Doxiciclina (monohidrato)		200 mg. al día	oral	cada 12 horas	28 días consecutivos
ALÉRGICOS A PENICILINA Menores de 8 años)	Eritromicina	50 mg/kg/día	2 g. día	oral	cada 6 horas	28 días

NEUROSIFILIS						
	Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración	
NO ALÉRGICOS	Penicilina G sódica	50.000 UI/kg/día	endovenoso	cada 4 horas	10 días consecutivos	

En niñas y niños alérgicos a la penicilina menores de 8 años con neurosífilis, el equipo de salud debe derivar al centro de mayor complejidad que exista en la red, para ser re-evaluados respecto a su alergia a penicilina y decidir tratamiento.

IV. Seguimiento

El seguimiento serológico de la sífilis se realiza utilizando siempre la misma técnica no treponémica cuantificada en los meses 1º - 3º - 6º y 12º post tratamiento.

MEDIDAS CAUTELARES

Considerando que la sífilis adquirida (no por transmisión vertical) siempre es indicadora de violencia sexual en menores de 14 años, se deben solicitar todas las medidas cautelares definidas por ley y la normativa vigente (ver anexo 1).

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

Disminución en 2 diluciones al mes de concluido el tratamiento.

GONORREA

GONORREA EN ADULTOS Y ADOLESCENTES

I. Descripción de la enfermedad

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

Manifestaciones clínicas:

La principal manifestación clínica es la secreción uretral purulenta o muco purulenta en el hombre y cervical en la mujer. Tiene un periodo de incubación de 3 a 5 días (rango de 1 a 20 días). Existen portadores asintomáticos de *Neisseria gonorrhoeae*, a nivel anal, vaginal y faríngeo.

El período de transmisibilidad puede durar meses o años, especialmente en los casos asintomáticos. El tratamiento adecuado interrumpe la transmisibilidad en pocas horas.

En hombres: descarga uretral purulenta abundante, con disuria y aumento de la frecuencia miccional (uretritis gonocócica). Ocasionalmente la secreción es mucoide o muco purulenta escasa, o sólo eritema del meato, principalmente cuando existe automedicación antibiótica. La infección puede ser autolimitada o pasar a estado de portador asintomático, con la presencia de gonococos limitada a la uretra anterior.

En mujeres: la infección en muchos casos es asintomática, (20% - 50%). Cuando se manifiesta, puede presentarse con disuria y descarga vaginal que al examen con espéculo se ve proveniente del cuello uterino (cervicitis gonocócica). Hasta en un 20% de los casos puede haber invasión uterina en los primeros meses post infección, con síntomas de endometritis, salpingitis o peritonitis pélvica.

Otras manifestaciones en hombres y mujeres:

1. **Proctitis**, es generalmente asintomática en ambos sexos, pero puede aparecer descarga rectal, ardor rectal, sensación de humedad persistente o irritación perianal persistente. La anoscopía muestra eritema, sangrado puntiforme y exudación purulenta.
2. **Faringitis gonocócica**, se puede presentar con odinofagia y al examen se encuentra exudado muco purulento escaso, eritema y adenopatías.
3. **Conjuntivitis gonocócica**, en adultos se presenta generalmente unilateral, con edema de los párpados, quemosis y secreción purulenta abundante. El período de incubación es corto (1 a 4 días) y sin tratamiento conduce a una ceguera secundaria por ulceración corneal. La oftalmia gonocócica neonatal (oftalmia neonatorum) es la complicación más importante de la gonorrea en el embarazo. Sin la realización de medidas profilácticas tiene una transmisibilidad de 30% al 50% hacia los recién nacidos de madres con gonorrea en el momento del parto (parto vaginal). Se presenta de uno a trece días después del parto, casi siempre es bilateral caracterizado por edema, hiperemia y secreción conjuntival purulenta.

Sin tratamiento evoluciona a edema, opacidad y úlcera corneal, durante la segunda o tercera semana, con un riesgo alto de ceguera. El tratamiento oportuno produce una mejoría en las primeras 24 horas.

La profilaxis de oftalmía gonocócica del recién nacido se realiza post parto a todo recién nacido, con solución oftálmica de cloramfenicol al 0,5% o ungüento de eritromicina al 0,5% en cada ojo por 1 vez.

Complicaciones:

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

En hombres:

- Epididimitis
- Orquitis
- Estenosis uretral
- Prostatitis aguda o crónica

En mujeres:

- Enfermedad inflamatoria pelviana que puede dejar como secuela infertilidad.
- Absceso de glándulas de Bartholino.
- Perihepatitis gonocócica (Síndrome de Fitz Hugh Curtis).

Las complicaciones sistémicas en hombres y mujeres son poco frecuentes, entre éstas:

- Infección gonocócica diseminada, puede ocurrir en ambos sexos, siendo más frecuente en mujeres. La manifestación clínica más importante es la artritis gonocócica (rodillas, tobillos y muñecas) que puede estar asociada con una erupción cutánea hemorrágica o necrótica (similar a la meningococcemia), fiebre y tenosinovitis.
- Endocarditis y meningitis.

II. Diagnóstico

Laboratorio de apoyo:

a) En hombres:

- Tinción de Gram: la presencia de diplococos Gram-negativos intracelulares en secreción uretral o conjuntival es evidencia suficiente de infección gonocócica. Sensibilidad del 90% y especificidad del 99%. El hallazgo de diplococos Gram-negativos extracelulares hace sospechar la presencia de infección gonocócica. Estos casos requieren confirmación con cultivo en medio selectivo.

b) En mujeres:

- Tinción de Gram: siendo una técnica poco sensible para el diagnóstico se requiere cultivo de secreción endocervical en medio selectivo.
- Cultivo: esta técnica si bien es de menor rendimiento, por su menor sensibilidad es el gold standard para diagnóstico clínico y vigilancia de resistencia antimicrobiana.

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

Otros exámenes para detección en personas asintomáticas:

- TAAN: en distintas muestras biológicas (dependiendo de la sospecha diagnóstica: orina, secreción uretral o cervical). De alta sensibilidad y especificidad.

TODAS LAS PERSONAS CON SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE GONORREA DEBEN SER ESTUDIADAS CON CULTIVO PARA VIGILANCIA DE RESISTENCIA ANTIMICROBIANA.

Criterios para el diagnóstico:**a) En hombres**

- Secreción uretral purulenta.
- Tinción de Gram: diplococos Gram negativos intracelulares.
- Contacto sexual con caso confirmado.

b) En mujeres

- Secreción cervical purulenta.
- Examen de laboratorio compatible.
- Contacto sexual con caso confirmado.

c) En ambos sexos

- Secreción rectal mucosa o purulenta.
- Examen de laboratorio compatible.

CASOS CONFIRMADOS	
En hombres	En mujeres
Secreción purulenta o muco purulenta confirmada con Gram y/o cultivo y/o TAAN.	Secreción purulenta o muco purulenta confirmada con laboratorio (cultivo y/o TAAN) , y/o antecedente de contacto con caso confirmado.

III. Tratamiento

La sensibilidad de las cepas de gonococos a diferentes antibióticos es materia de permanente revisión, por lo que todo esquema de tratamiento propuesto requiere ser actualizado de acuerdo a la información nacional e internacional disponible.

En Chile, el ISP es el Laboratorio Nacional y de Referencia para *Neisseria gonorrhoeae* y le corresponde según lo establece el Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria D.S. N°158/2004, confirmar y vigilar la susceptibilidad antimicrobiana de los aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae* realizados por los laboratorios clínicos públicos y privados del país.

En nuestro país no se ha detectado hasta el momento, cepas resistentes a cefalosporinas de tercera generación, si bien durante las últimas 2 décadas en algunos países se ha descrito cepas resistentes a este grupo de antimicrobianos.

Por lo anterior, todo laboratorio que obtenga cultivo de gonococo positivo debe enviar la cepa correspondiente al ISP, para efectos de vigilancia.

**Resultados análisis de susceptibilidad de cepas *N. gonorrhoeae*
Chile, 2010-2014**

Año	Categorías de susceptibilidad		Antibióticos				
			CRO	CIP	AZM	PEN	TET
2010	Sensible	n	500	354	183 ^a	79	258
		%	100,0%	66,8%	97,3%	14,9%	68,4%
	Intermedio	n	0	14	4 ^a	278	79
		%	0,0%	2,6%	2,1%	52,5%	21,0%
	Resistente	n	0	162	1 ^a	173	40
%		0,0%	30,6%	0,5%	32,6%	10,6%	
Total de aislamiento evaluados			500	530	188	530	377
2011	Sensible	n	707	482	614 ^a	32	541
		%	100,0%	68,2%	86,8%	4,5%	76,5%
	Intermedio	n	0	5	79 ^a	434	110
		%	0,0%	0,7%	11,2%	61,4%	15,6%
	Resistente	n	0	220	14 ^a	241	56
%		0,0%	31,1%	2,0%	34,1%	7,9%	
Total de aislamiento evaluados			707	707	707	707	707
2012	Sensible	n	740	498	583 ^a	31	507
		%	100,0%	67,3%	78,8%	4,2%	68,5%
	Intermedio	n	0	11	139 ^a	466	179
		%	0,0%	1,5%	18,8%	63,0%	24,2%
	Resistente	n	0	231	18 ^a	243	54
%		0,0%	31,2%	2,4%	32,8%	7,3%	
Total de aislamiento evaluados			740	740	740	740	740
2013	Sensible	n	884	516	555 ^a	70	665
		%	100,0%	58,1%	79,4%	7,9%	74,9%
	Intermedio	n	0	13	129 ^a	583	183
		%	0,0%	1,5%	18,5%	65,7%	20,6%
	Resistente	n	0	139	15 ^a	235	40
%		0,0%	40,4%	2,1%	26,5%	4,5%	
Total de aislamiento evaluados			884	888	699	888	888
2014	Sensible	n	1159	506	1027 ^b	82	793
		%	100,0%	43,6%	99,4%	7,1%	68,4%
	Intermedio	n	0	33	0 ^b	646	296
		%	0,0%	2,8%	0,0%	55,7%	25,5%
	Resistente	n	0	621	6 ^b	432	71
%		0,0%	53,5%	0,6%	37,2%	6,1%	
Total de aislamiento evaluados			1.159	1.160	1.033	1.160	1.160

a. Según EUCAST, 2013.

b. Puntos de corte para Azitromicina, de acuerdo consenso establecido según recomendaciones del Center of Disease Control (CDC), European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST) y bibliografía Internacional; Concentración crítica a Azitromicina, CIM= 1 ug/ml. Resistencia a la Azitromicina, CIM ≥ 2 ug/ml. CRO: Ceftriaxona, CIP: Ciprofloxacino, AZM: Azitromicina, TET: Tetraciclina, PEN: Penicilina.

Fuente: Laboratorio de agentes de Infección de Transmisión Sexual. Instituto de Salud Pública de Chile, 2015.

Tratamiento de gonorrea no complicada: cervicitis, uretritis y recto (alternativas)				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Ceftriaxona	250 mg.	intramuscular	dosis única	1 vez
Cefixima	400 mg.	oral	dosis única	1 vez
Cefpodoximo*	400 mg.	oral	dosis única	1 vez

* En caso de no poder utilizar los fármacos de 1º línea: utilizar azitromicina 2 g. oral por 1 vez, en dosis de 1g. dos veces al día, para evitar la intolerancia gástrica que esta dosis produce.

Tratamiento de gonorrea faríngea				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Ceftriaxona	250 mg.	intramuscular	dosis única	1 vez

Tratamiento de artritis gonocócica				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Ceftriaxona	1 g.	endovenoso o intramuscular	diaria	10 días

Tratamiento de conjuntivitis gonocócica				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Ceftriaxona	1 g.	intramuscular	dosis única	1 vez

Tratamiento de gonorrea en embarazadas (alternativas)				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Ceftriaxona	250 mg.	intramuscular	dosis única	1 vez

IMPORTANTE

SIEMPRE ASOCIAR TRATAMIENTO PARA *C. Trachomatis* (Azitromicina 1g.) CUANDO SE UTILICEN CEFALOSPORINAS.

IV. Seguimiento

Se debe citar a seguimiento a los siete días, para repetición de exámenes de laboratorio y confirmar la curación de la infección.

La persona con gonorrea debe recibir consejería para la gestión de riesgo y prevención de ITS, así como educación e información sobre el uso consistente y sistemático del condón en todas las relaciones sexuales.

Los contactos sexuales declarados de pacientes con gonorrea deben ser citados a control, evaluados y tratados siempre.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

Cultivos y exámenes negativos post tratamiento.

GONORREA EN NIÑAS Y NIÑOS

I. Descripción de la enfermedad

Por la microbiología del gonococo, es preciso el contacto estrecho entre mucosas para que se transmita. La violencia sexual es la causa más frecuente de infección por gonorrea en niñas y niños prepuberales y adolescentes sin actividad sexual. El período de incubación habitual es de 2 a 7 días. A los 7 meses el 87% de niñas prepuberales no tratadas se encuentran libres de infección.

Manifestaciones Clínicas:

- **Conjuntivitis:** se manifiesta como secreción mucopurulenta y/o purulenta profusa. Puede ocurrir como manifestación única o asociada a otras localizaciones como vulvovaginitis y/o uretritis.
- **Vulvovaginitis:** en la niña prepuberal es la manifestación más común debido a que la *N. gonorrhoeae* infecta el epitelio pluriestratificado plano no cornificado que reviste la vagina y se presenta como una descarga vaginal mucopurulenta inodora, abundante, de comienzo brusco, ocasionalmente acompañada de disuria. Sin embargo, puede ser asintomática o con escasa secreción no patognomónica.
- **Proctitis:** ocurre en 50% de niñas con vaginitis, puede ser asintomática o causar prurito perianal, ardor, descarga purulenta, rectorragia, dolor, tenesmo, constipación.
- **Uretritis:** en la mayoría de los casos, se presenta con disuria y secreción uretral mucopurulenta.
- **Epididimitis:** en niños pre púberes es infrecuente. En adolescentes se manifiesta por disuria y secreción uretral mucopurulenta, edema y dolor escrotal, inguinal y en flancos.
- **Salpingitis:** es frecuente en adolescentes. En niñas prepuberales se han reportado casos aislados.
- **Faringitis:** generalmente asintomática, puede favorecer la infección gonocócica diseminada, y debe tratarse siempre.
- **Infección gonocócica diseminada:** es poco frecuente en niñas y niños. Se presenta como un cuadro febril similar a meningococcemia. Las manifestaciones genitales están ausentes. Se caracteriza por:
 - **Compromiso cutáneo:** máculas, pápulas, petequias estrelladas algunas con centro necrótico, lesiones hemorrágicas de borde eritematoso de ubicación preferente palmo plantar.
 - **Compromiso articular:** tenosinovitis, artritis migratoria, siendo las articulaciones más comprometidas: muñecas, rodilla y tobillo. Se ha descrito casos de endocarditis y meningitis en pacientes inmuno comprometidos.

II. Diagnóstico

Laboratorio de apoyo:

- La tinción de Gram no tiene utilidad en niñas y niños.
- Cultivo en medio selectivo con identificación microbiológica por pruebas bioquímicas. Las muestras deben ser guardadas por al menos un año, por si se requiere realizar otros estudios y por constituir una prueba legal.
- TAAN.

Toma y traslado de muestras:

- Es preciso que la muestra para cultivo de *N. gonorrhoeae* sea la primera que se toma para obtener una mayor carga bacteriana.
- Las muestras para cultivo deben ser tomadas con tórula de dacron, rayon, nylon, o alginato de calcio. El algodón y la madera puede inhibir el desarrollo de la bacteria.
- Se recomienda que la muestra sea depositada en medio de transporte Stuart o Amies.

Niñas:

- Cultivo de faringe, vagina y ano en pacientes sintomáticas, o asintomáticas con sospecha de violencia sexual.
- TAAN de vagina o de orina (primer chorro) en pacientes sintomáticas o asintomáticas con sospecha de violencia sexual.

Niños:

- Cultivo de faringe, uretra y ano.
- TAAN en orina y secreción uretral.

III. Tratamiento

Tratamiento de vulvovaginitis, uretritis, proctitis, faringitis					
	Medicamentos	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Niños/as <45 kg.	Ceftriaxona	125 mg.	intramuscular	dosis única	1 vez
Niños/as y adolescentes >45 kg.	Ceftriaxona	250 mg.	intramuscular	dosis única	1 vez

Siempre asociar tratamiento para uretritis no gonocócica (azitromicina 20 mg/kg por 1 vez max. 2 g.)
En caso de alergia a ceftriaxona, consultar con especialista.

Tratamiento de infección gonocócica diseminada					
	Medicamentos	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Niños/as < 45 kg.	Ceftriaxona	50 mg/kg/día Dosis máxima: 1 g./día	endovenoso	cada 24 horas	7 días
Niños/as y adolescentes > 45 kg.	Ceftriaxona	1 g.	endovenoso	cada 24 horas	7 días

En caso de alergia a ceftriaxona, consultar con especialista.

Tratamiento conjuntivitis gonocócica					
	Medicamentos	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Niños/as <45 kg.	Ceftriaxona	50 mg/kg Dosis máxima: 125 mg.	intramuscular o endovenoso	dosis única	1 vez
Niños/as y adolescentes >45 kg.	Ceftriaxona	1 g.	intramuscular o endovenoso	dosis única	1 vez
En caso de alergia a ceftriaxona, consultar con especialista.					

IV. Seguimiento

Control a los 7 días con resultado de cultivo inicial y toma de cultivo de control.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

Cultivos y exámenes negativos post tratamiento.

MEDIDAS CAUTELARES

Considerando que la gonorrea (excluyendo transmisión vertical) siempre es indicadora de violencia sexual en niñas y niños, se deben solicitar todas las medidas cautelares definidas por ley y la normativa vigente (ver anexo 1).

El hallazgo de *N. gonorrhoeae* en niñas y niños por las repercusiones medico legales obliga a realizar denuncia y, ofrecer medida de protección según legislación vigente.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN ADULTOS Y ADOLESCENTES

URETRITIS/CERVICITIS NO GONOCÓCICA

I. Descripción de la enfermedad

La uretritis no gonocócica (UNG) es un síndrome clínico causado por diversos agentes patógenos, siendo la principal etiología la *Chlamydia trachomatis*, seguida por *Ureaplasma spp.* y *Mycoplasma genitalium*. Aunque en muchos casos pueden existir coinfecciones se recomienda sólo hacer estudio específico dirigido a detectar *Chlamydia trachomatis*. En muchos casos no es posible demostrar presencia de microorganismos a pesar de realizar estudio específico, sin embargo, igualmente responden al tratamiento antibiótico.

La cervicitis no gonocócica es causada principalmente por *C. trachomatis*. La prevalencia de cervicitis por *M. genitalium* es desconocida a nivel global.

Agentes etiológicos de UNG:

- *Chlamydia trachomatis* (más frecuente).
- *Ureaplasma spp* (segunda frecuencia).
- *Mycoplasma genitalium* (raro).
- *Trichomonas vaginalis* (raro).
- *Virus herpes simplex* (raro).
- Enterobacterias en hombres que tienen sexo anal.
- Levaduras, adenovirus, *Haemophilus spp*, etc.

Manifestaciones clínicas:

Los hallazgos clínicos de la UNG son similares a los de la gonorrea aguda, pero de menor intensidad. Se presenta con secreción uretral escasa, mucosa y de aspecto claro. Puede haber disuria. El período de incubación es de 7 a 21 días. La cervicitis se manifiesta con descarga cervical de aspecto mucopurulento. El cérvix puede estar friable y sangrar con facilidad.

La infección por *C. trachomatis* cursa en forma asintomática en 20% a 50% de los hombres y 60% a 75% en mujeres. Puede existir asociación con gonorrea hasta en un 40% de los casos, lo que se debe tener presente cuando se realiza tratamiento en cualquiera de estas patologías.

Manifestaciones clínicas causadas por *Chlamydia trachomatis*:

En hombres

- Epididimitis
- Proctitis
- Artritis o tenosinovitis reactiva
- Sd. de Reiter (uretritis, conjuntivitis, artritis y dermatitis)

En mujeres

- Cervicitis
- Salpingitis
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Embarazos ectópicos
- Infertilidad

La *Chlamydia trachomatis* puede producir conjuntivitis en adultos así como conjuntivitis y neumonía en recién nacidos.

II. Diagnóstico

Laboratorio de apoyo para uretritis y cervicitis no gonocócica:

- Tinción de Gram: leucocitos polimorfo nucleares > 5 PMN x campo.
- Ausencia de diplococos Gram negativos.
- Cultivo de secreción negativo para *Neisseria gonorrhoeae*.
- Estudios de diagnóstico etiológico para *C. trachomatis*. Las TAAN son más sensibles y específicas que las técnicas inmunológicas. La inmunofluorescencia directa puede ser de utilidad para el diagnóstico de UNG y de cervicitis, siempre que la obtención de la muestra clínica sea adecuada. Se requiere hacer un raspado de la mucosa para obtener células.
- En uretritis persistente se recomienda descartar reinfecciones y hacer búsqueda de otros agentes.

Criterios de diagnóstico para uretritis y cervicitis no gonocócica:

En hombres

- Secreción uretral mucosa.
- Tinción de Gram compatible.
- Recurrencia de flujo uretral post tratamiento de gonorrea.

En mujeres

- Secreción cervical mucosa o muco purulenta.
- Sangramiento intermenstrual o postcoital.
- Dolor abdominal bajo y disuria.
- Dolor anexial al tacto vaginal.

Caso confirmado: secreción uretral o cervical con Gram compatible, cultivo Thayer Martin negativo y/o test para *C. trachomatis* positivo (TAAN o ID).

III. Tratamiento

Tratamiento uretritis, endocervicitis, proctitis por <i>Chlamydia trachomatis</i> y/o <i>Mycoplasmas</i> (alternativas)				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Azitromicina	1 g.	oral	dosis única	1 vez
Doxiciclina	100 mg.	oral	cada 12 horas	por 7 días

Asociar siempre tratamiento para gonorrea

En casos de uretritis y/o cervicitis persistente considerar resistencia antibiótica y prescribir levofloxacino 500 mg. al día por 7 días. Si existe falla de tratamiento, hacer estudio para otros agentes como *trichomonas vaginalis* y/o herpes.

Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Azitromicina	1 g.	oral	dosis única	1 vez
Eritromicina	500 mg.	oral	cada 6 horas	por 7 días

IV. Seguimiento

Control a los 7 días con resultado de cultivo inicial y toma de cultivo de control. La gestante debe recibir consejería para la gestión de riesgo y prevención de ITS, así como educación e información sobre el uso consistente y sistemático del condón en todas las relaciones sexuales para evitar reinfecciones. En adolescentes, no se recomienda hacer control post tratamiento para *C. trachomatis*. Lo que se recomienda es efectuar control 3-4 meses después por posible reinfección.

Los contactos sexuales declarados de pacientes con infección por chlamydia deben ser citados a control, evaluados y tratados siempre.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

Exámenes negativos post tratamiento.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN NIÑAS Y NIÑOS

I. Descripción de la enfermedad

Entre el 25% al 75% de los recién nacidos hijos de madres con infección activa por *C. trachomatis* pueden adquirir la infección. En mayores de 3 años la infección se adquiere por contacto de mucosas con secreciones corporales infectadas, contacto más probable de naturaleza sexual por lo que se debe investigar violencia sexual.

Manifestaciones clínicas de la transmisión vertical

- RN peso bajo.
- Infección perinatal: 50%-75% en parto eutócico, también descrito en parto por cesárea luego de rotura prematura de membranas. La adquisición perinatal puede persistir 36 meses.
- Conjuntivitis: de inclusión, la más común 25%-50%, sintomática (5 días - 6 sem) secreción acuosa a mucopurulenta, hiperemia, edema conjuntival y de párpados. Sin tratamiento puede evolucionar a cicatrización de la córnea y ceguera.
- Neumonía: 3%-20% de RN de madre infectada, sintomática en 3 a 19 semanas post-parto con rinorrea, taquipnea y tos irritativa. Puede aparecer en 48 hrs. en RN pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria, apnea. Rx tórax hiperinsuflación e infiltrado intersticial.
- Faringitis.
- Colonización asintomática vaginal y rectal: menos frecuente, persiste hasta 18 meses.

Manifestaciones clínicas de la transmisión sexual

- **Niñas y niños:** asintomáticos en la mayoría de los casos. Se puede manifestar como vulvovaginitis o genitorragia, y uretritis con descarga, disuria y prurito en varones prepúberes.

II. Diagnóstico

Cuadro clínico	Laboratorio de apoyo al diagnóstico
Conjuntivitis	IFD o PCR en secreción ocular La detección de <i>C. trachomatis</i> en secreción ocular obliga a descartar compromiso respiratorio
Neumonía	PCR de aspirado nasofaríngeo o secreción traqueal
Secreción uretral, cervical, anal	PCR en orina primer chorro

III. Tratamiento

Tratamiento conjuntivitis y neumonía				
Medicamentos	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Azitromicina	10 mg/kg/día	oral	cada 24 horas	por 5 días

Tratamiento uretritis niños y cervicitis, vaginitis en niñas				
Medicamentos	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Azitromicina	20 mg/kg	oral	dosis única	1 vez
Doxiciclina (solo > de 8 años)	100 mg.	oral	cada 12 horas	por 7 días

IV. Seguimiento

Controlar en 2 a 4 semanas de indicado el tratamiento para seguimiento clínico y repetir exámenes a los 3 meses.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

Exámenes negativos post tratamiento.

MEDIDAS CAUTELARES

Considerando que la infección por *Chlamydia trachomatis* en niñas y niños debe hacer sospechar algún tipo de contacto con mucosas infectadas de tipo sexual, se deben solicitar todas las medidas cautelares definidas por ley y la normativa vigente (ver anexo 1).

CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS GENITALES)

CONDILOMAS EN ADULTOS Y ADOLESCENTES

I. Descripción de la enfermedad

Infección causada por ciertos tipos de Virus papiloma humano (VPH), virus con un marcado tropismo por células epiteliales.

Más de 30 genotipos de VPH pueden infectar la región genital y anal. La mayor parte de las verrugas genitales y anales son causadas por los tipos 6 y 11.

Los genotipos 16, 18, 31, 33 y 35 se encuentran ocasionalmente en las verrugas genitales externas y están fuertemente asociados a diversos grados de displasia de los epitelios anal y genital como carcinoma in situ de células escamosas, eritroplasia de Queyrat, enfermedad de Bowen genital y cánceres genitales: cérvico-uterino, vulvar, de pene y anal.

Manifestaciones clínicas:

La mayoría de las infecciones por VPH son subclínicas o no detectables. Comienzan como pápulas rosadas o rojas del tamaño de la cabeza de un alfiler, que crecen con proliferaciones filiformes en su superficie que le dan un aspecto de coliflor.

La ubicación depende del sitio de inoculación, con un período de incubación que varía de 1 a 6 meses. Se desarrollan en superficies húmedas como debajo del prepucio, meato urinario y uretra en hombres y en la vulva, paredes vaginales y cuello uterino en mujeres y en la región perianal, perineal y en la mucosa bucal, en ambos sexos.

Dependiendo del tamaño y la ubicación pueden ser pruriginosas, raramente dolorosas, friables, pero lo habitual es que sean asintomáticas.

II. Diagnóstico

Criterios de diagnóstico:

1. Clínico: lesiones papilomatosas, de superficie con aspecto de coliflor, únicas o múltiples.
2. Biopsia: se justifica sólo en casos de:
 - a. Diagnóstico dudoso.
 - b. Lesiones que no responden a la terapia o se agravan durante terapia.
 - c. Verrugas son pigmentadas, duras o ulceradas.

III. Tratamiento

El objetivo del tratamiento es eliminar las verrugas sintomáticas. Las verrugas no tratadas pueden desaparecer espontáneamente, permanecer en el tiempo o aumentar en número y tamaño.

Determinar si el tratamiento reducirá la transmisión es difícil de establecer, porque no hay un marcador de infectividad en el laboratorio y porque estudios clínicos que buscan presencia de DNA viral en los tejidos genitales, después del tratamiento, han logrado resultados variables.

Los datos disponibles señalan que las terapias en uso pueden reducir pero no eliminar la infectividad.

No hay evidencia definitiva que un tratamiento sea superior a otros o que un tratamiento sea ideal para todos los pacientes o todas las verrugas.

Los tratamientos pueden clasificarse en:

1. Auto aplicados por el o la paciente
2. Aplicados por el profesional médico o matrona o enfermera capacitados

Tratamiento verrugas externas: peneanas, vaginales y perianales			
Tipo	Nombre	Forma de aplicación Frecuencia	Consideraciones- Observaciones
Auto aplicadas por el o la usuaria	Podofilotoxina al 0.5%	Aplicación local dos veces por día por 3 días consecutivos y 4 días sin aplicar. Repetir hasta por 4 ciclos.	La podofilotoxina es uno de los componentes activos de la resina de podofilina. Su eficacia es similar al podofilino, pero causa menos toxicidad local.
	Imiquimod crema al 5%	Aplicar en la noche 3 veces por semana, en días alternos, dejar por 6 a 10 horas y lavar, por un período de hasta 16 semanas.	Inmunomodulador antiproliferativo
Aplicadas por profesional	Crioterapia con nitrógeno líquido	Aplicación cada 2-3 semanas.	El médico debe protegerse con antiparras y mascarilla por el riesgo de volatilizar el virus.
	Podofilino al 10% - 30% en solución alcohólica	Repetir el tratamiento semanalmente hasta la desaparición de las lesiones. Algunos especialistas sugieren que el podofilino debe permanecer entre 1 y 4 horas y luego lavar la zona tratada para disminuir la irritación.	El podofilino aplicado a las lesiones de la mucosa vaginal o anal debe dejarse secar antes de retirar el espéculo o el anoscopio. Grandes cantidades de podofilino presentan peligro de absorción y toxicidad. Su uso durante el embarazo y la lactancia está contraindicado
	Ácido tricloroacético al 80% - 90%	Aplicación local hecha por médico sobre las lesiones. Repetir su aplicación a intervalos semanales, hasta la desaparición de las lesiones.	Se recomienda neutralizar el exceso de ácido con bicarbonato de sodio o talco. Es tratamiento de elección durante el embarazo.
	Escisión quirúrgica	Puede ser con escisión tangencial con tijeras, "shaving" o afeitado de lesiones, curetaje y electro cirugía.	El médico debe protegerse con antiparras y mascarilla por el riesgo de volatilizar el virus.

Tratamiento verrugas del meato urinario: solo tratamiento por profesional médico			
Tipo	Nombre	Forma de aplicación Frecuencia	Consideraciones- Observaciones
Aplicadas por profesional	Crioterapia con nitrógeno líquido	Aplicación cada 2-3 semanas.	El médico debe protegerse con antiparras y mascarilla por el riesgo de volatilizar el virus.
	Podofilino al 10% - 30% en solución alcohólica	Repetir el tratamiento semanalmente hasta la desaparición de las lesiones. Algunos especialistas sugieren que el podofilino debe permanecer entre 1 y 4 horas y luego lavar la zona tratada para disminuir la irritación.	El podofilino aplicado a las lesiones de la mucosa vaginal o anal debe dejarse secar antes de retirar el espéculo o el anoscopio. Grandes cantidades de podofilino presentan peligro de absorción y toxicidad. Su uso durante el embarazo y la lactancia está contraindicado
Los pacientes con verrugas en el meato urinario deben ser derivados a evaluación por urólogo.			

Tratamiento verrugas anales: Solo tratamiento por profesional médico			
Tipo	Nombre	Forma de aplicación Frecuencia	Consideraciones- Observaciones
Aplicadas por profesional	Crioterapia con nitrógeno líquido	Aplicación cada 2-3 semanas.	El médico debe protegerse con antiparras y mascarilla por el riesgo de volatilizar el virus.
	Ácido tricloroacético al 80% - 90%	Aplicación local hecha por médico sobre las lesiones. Repetir su aplicación a intervalos semanales, hasta la desaparición de las lesiones.	Se recomienda neutralizar el exceso de ácido con talco o bicarbonato o agua termal.
Los pacientes con verrugas en el orificio o en el canal anal, deben ser evaluados por un cirujano digestivo, de preferencia coloproctólogo, si hay disponibilidad.			
En el caso de los pacientes con verrugas en la piel de transición del esfínter anal (zona pigmentada) y que mantengan relaciones sexuales anales también debería considerarse la evaluación por estos especialistas.			

IV. Seguimiento

A todo paciente tratado con resolución clínica de las lesiones, se le debe enseñar cómo hacerse un autoexamen, citar para control de alta en 3 meses y consulta según recidiva.

Las mujeres deben permanecer en control con Papanicolaou anual. Si se detecta alguna alteración, debe ser referida para evaluación ginecológica según guías clínicas vigentes.

El rol del tamizaje para neoplasias intraepiteliales anales asociadas a VPH (examen citológico anal y anoscopía de alta resolución) no está bien definido, así como tampoco su impacto en la prevención del cáncer anal. En todo caso, el estudio y manejo de las lesiones detectadas debe estar en manos de proctólogos entrenados en este tópico.

Se recomienda efectuar biopsia a todas las personas con verrugas ano genitales persistentes, atípicas o pigmentadas.

La persona con condilomas debe recibir consejería para la gestión de riesgo y prevención de ITS, así como educación e información sobre el uso consistente y sistemático del condón en todas las relaciones sexuales.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

La desaparición de las verrugas no garantiza la erradicación del virus. La educación e información adecuada para el uso sostenido y sistemático del condón puede evitar reinfecciones.

El examen de las parejas sexuales es recomendable para un manejo adecuado de los condilomas acuminados aunque no hay datos suficientes que señalen que la reinfección juega algún rol en las recurrencias.

Sin embargo, se aconseja examinar a las parejas sexuales para descartar la presencia de condilomas acuminados, de otras ITS y hacer educación.

CONDILOMAS EN PERSONAS CON VIH E INMUNOCOMPROMETIDAS

I. Descripción de la enfermedad

La infección por VPH en personas que viven con VIH es más frecuente que en la población sin VIH, lo cual ha sido demostrado tanto en hombres como en mujeres, describiéndose además la infección con múltiples subtipos de VPH, cargas virales más elevadas e infección persistente con mayor frecuencia. Consistentemente, en esta población se ha observado una mayor frecuencia de condilomas y de lesiones intraepiteliales pre neoplásicas tanto a nivel cervical como anal, así como también de cánceres escamosos asociados a VPH en estas mismas localizaciones. Estas enfermedades tienen tiempos de latencia prolongados, y se observan debido a la mayor sobrevida que se ha logrado con la terapia antiretroviral actualmente disponible, sin que la reconstitución inmunológica posterior al uso de dicha terapia haya revertido estas complicaciones oncológicas del VPH.

II. Diagnóstico

1. Clínico: lesiones papilomatosas, de superficie con aspecto de coliflor, únicas o múltiples.
2. Biopsia: se justifica sólo en casos de:
 - a. Diagnóstico dudoso.
 - b. Lesiones que no responden a la terapia o se agravan durante terapia.
 - c. Verrugas pigmentadas, duras o ulceradas.

III. Tratamiento

El manejo de los condilomas en general sigue las mismas pautas que en población sin VIH, sin embargo, suele observarse menor frecuencia de éxito de las terapias y mayor tasa de recurrencias posteriores al tratamiento.

IV. Seguimiento

Se recomienda la revisión visual basal y periódica (mínimo de forma anual) del territorio ano genital en busca de lesiones externas por VPH y la realización de tacto rectal para búsqueda de cáncer anal.

A todo paciente tratado, y con resolución clínica de las lesiones, se le debe enseñar cómo hacerse un autoexamen, citar para control de alta en 3 meses y consulta según recidiva.

En relación al tamizaje de las complicaciones por VPH, el examen citológico cervical (PAP) debe realizarse en forma anual a las mujeres con infección por VIH. Si se detecta alguna alteración, debe ser referida para evaluación ginecológica según guía clínica de Cáncer Cérvico Uterino vigente.

La persona debe recibir educación e información sobre el uso consistente y sistemático del condón.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

La desaparición de las verrugas no garantiza la erradicación del virus. La educación e información adecuada para el uso sostenido y sistemático del condón puede evitar reinfecciones.

CONDILOMAS Y EMBARAZO

I. Descripción de la enfermedad

La presencia de condilomas durante el embarazo es una situación que expone al feto a la infección por VPH. Aunque la transmisión vertical o perinatal es aparentemente baja, puede explicar la presencia de condilomas durante el período neonatal y hasta los primeros 2 años de vida, debido al prolongado tiempo de incubación y latencia del VPH.

La Infección perinatal puede producirse por dos mecanismos;

- a) **Vía ascendente.** Ocurre durante la gestación por infección in útero a través de las membranas al líquido amniótico o por transmisión transplacentaria (vía hematógica).
- b) **Vía descendente.** A través de la exposición directa al virus presente en el canal del parto (con o sin lesiones visibles).

La papilomatosis laríngea se presenta en 7 de 1.000 niños nacidos de madres con condilomas vaginales.

Los genotipos identificados más frecuentemente son los de tipo mucoso, principalmente el VPH 6 o el 11, y en ocasiones, el VPH 16 o el 18.

Por lo anterior, la detección de condilomatosis genital durante el embarazo requiere la derivación a la UNACESS, para evaluación por especialista, indicación de tratamiento y manejo hasta el parto.

El tratamiento debe completarse antes del parto para disminuir la posibilidad de transmisión al recién nacido.

Si al término del embarazo la condilomatosis persiste en el cuello del útero o vagina la mujer debe ser derivada a la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico en el sistema público o médico gineco obstetra en el sistema privado para evaluar vía del parto y programar cesárea si corresponde.

II. Diagnóstico

1. Clínico: lesiones papilomatosas, de superficie con aspecto de coliflor, únicas o múltiples.
2. Biopsia: se justifica sólo en casos de:
 - a. Diagnóstico dudoso.
 - b. Lesiones que no responden a la terapia o se agravan durante terapia.
 - c. Verrugas pigmentadas, duras o ulceradas.

III. Tratamiento

No deben usarse Imiquimod, podofilino ni podofilotoxina durante el embarazo.

El tratamiento recomendado es con ácido **tricloroacético al 80% -90%** o **nitrógeno líquido**.

La cesárea en embarazadas con condilomas, se reserva sólo para aquellos casos en que las lesiones se encuentran en el cuello del útero o vagina al momento del parto. En el caso de las mujeres que presenten condilomas en el periné, pueden optar a parto vaginal con la precaución, que el equipo de atención, cubra zona perineal donde se encuentran las lesiones para evitar el contacto directo del recién nacido con el VPH.

Siempre debe informarse a la gestante de la eventualidad de la transmisión del VPH al recién nacido, para que señale oportunamente al equipo de atención pediátrico el antecedente de condilomas acuminados. De la misma forma se le debe indicar la relevancia del seguimiento de la niña o niño, al año de vida, para evaluar condilomatosis.

IV. Seguimiento

El seguimiento es el mismo que la mujer no gestante. La educación e información adecuada a la gestante para el uso sostenido y sistemático del condón puede evitar reinfecciones.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

La desaparición de las verrugas no garantiza la erradicación del virus.

CONDILOMAS EN NIÑAS Y NIÑOS

I. Descripción de la enfermedad

La infección por VPH en niñas y niños, puede ocurrir por tres mecanismos: transmisión vertical (ascendente-descendente), horizontal no sexual y por vía sexual.

- a) **Transmisión horizontal no sexual:** se produce por inoculación del VPH a partir de verrugas vulgares en las manos de los propios niños, familiares o cuidadores. Los genotipos responsables de estos casos son los de tipo cutáneo, (más frecuentemente 2 y 3).

El riesgo de infección por esta vía aumenta cuando existen pequeñas lesiones o laceraciones.

El rol de los fómites en esta forma de transmisión es controversial.

- b) **Transmisión por vía sexual:** ocurre por contacto directo con secreciones, piel o mucosa infectada. Los genotipos más frecuentes son los de tipo mucoso 6, 11,16 y 18.

Se estima que hasta un 50% de los casos de verrugas anogenitales se logran asociar con violencia sexual cuando el niño es evaluado por un equipo de expertos.

En niños mayores de 5 años la presencia de condilomas obliga a descartar violencia sexual. En cambio en menores de 2 años, independiente del genotipo, debe descartarse siempre la transmisión perinatal.

Manifestaciones Clínicas:

La mayoría de las infecciones por VPH son autolimitadas y asintomáticas. La infectividad del virus es superior al 75% con un período de incubación variable de 3-6 meses.

Las lesiones comienzan como pequeñas pápulas rosadas, rojas o blanquecino-grisáceas, tienden a ser múltiples y al confluir forman una lesión verrugosa que semeja una coliflor, ocasionalmente pruriginosas o dolorosas. Se localizan inicialmente en el sitio de inoculación, pudiendo extenderse a otras zonas.

Las localizaciones más frecuentes son: perianal, (57% en los niños y 37% en las niñas), vulvar (23%) pene y escroto (17%).

II. Diagnóstico

1. **Clínico:** visualización directa de las lesiones. En casos de lesiones subclínicas, se utiliza ácido acético al 5%. Se pincela la mucosa, se deja reposar por 1 o 2 minutos, en casos positivos se observa coloración blanquecina.
2. **Biopsia:** se justifica sólo en casos de:
 - a. Duda diagnóstica (verrugas atípicas o pigmentadas).
 - b. Mala respuesta a tratamiento (sin reducción de lesiones al mes post tratamiento).
3. **Biología Molecular:** evaluar utilidad en algunas circunstancias especiales como lesiones atípicas y/o solicitud de apoyo médico legal.

III. Tratamiento

El objetivo es eliminar las lesiones, sin embargo las terapias actuales no garantizan erradicar el virus y el riesgo de displasia. Puede ocurrir resolución espontánea de condilomas en 20% a 50% de los casos en un plazo de 6 a 12 meses.

Fármacos	Forma de aplicación	Precauciones/ Observaciones
Podofilino (10% a 30%) en solución acuosa	Aplicar semanalmente hasta la remisión de las lesiones. Dejar actuar entre 1 y 4 horas (según tolerancia) y luego lavar con abundante agua la zona tratada.	La aplicación debe ser realizada por profesional capacitado. Evitar aplicar en superficies extensas en lactantes, por riesgo de absorción sistémica.
Ácido tricloroacético a saturación	Aplicación local hasta lograr coloración blanquecina de las lesiones, luego neutralizar con bicarbonato de sodio o talco. Repetir su aplicación 1 vez por semana hasta la remisión.	La aplicación debe ser realizada por profesional capacitado. Se puede usar en embarazadas.
Imiquimod: crema al 5%	Aplicar en la noche 3 veces por semana, en días alternos, por un período de 12 a 16 semanas, dejar actuar entre 6 a 10 horas y lavar.	Recomendado para niñas y niños mayores de 12 años
Crioterapia con nitrógeno líquido	Aplicación cada 2 a 4 semanas hasta remisión de las lesiones.	Técnica de aplicación exclusiva por dermatólogo De elección en embarazadas
Escisión quirúrgica		Realizada por médico cirujano capacitado. Indicada en grandes lesiones.

No se recomienda realizar curetaje ni electrocirugía por riesgo de diseminación y aspiración de partículas virales desde el humo.

Existen buenos resultados utilizando láser CO₂, ya que tiene la ventaja de eliminar la lesión preservando el tejido normal. El médico debe protegerse con antiparras y mascarilla por el riesgo de volatilizar el virus.

Frente a mala respuesta al tratamiento, derivar a dermatólogo.

IV. Seguimiento

Niñas y niños hijos de madre con condilomatosis en el canal del parto al momento del nacimiento, independiente de la vía de éste, debe ser evaluado por otorrino al año de vida en busca de condilomatosis bucal y laríngea.

Niñas y niños hijos de madre con grandes masas condilomatosas genitales al momento del nacimiento debe ser evaluado por su pediatra, al año de vida en busca de condilomatosis.

Niñas y niños con verrugas anogenitales deben ser evaluados por médicos especialistas capacitados en ITS y aquellos con compromiso del canal anal realizar recto o anoscopía.

En niñas y niños el riesgo de recidiva puede ser hasta un 25% dentro del primer año, por lo que se debe realizar control al mes, a los tres y a los 6 meses de remisión de las lesiones.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

La desaparición de las verrugas no garantiza la erradicación del virus. La educación e información adecuada a los padres y tutores de niñas y niños sobre la posibilidad de recidivas y la forma de detectarlas, contribuye al tratamiento precoz.

HERPES GENITAL

HERPES GENITAL EN ADULTOS Y ADOLESCENTES

I. Descripción de la enfermedad

El Virus Herpes Simple (VHS) causa un cuadro infeccioso recurrente en el ser humano y comprende 2 tipos virales:

El VHS-1 tiende a causar más frecuentemente afecciones bucofaríngeas (herpes labial).

El VHS-2 se encuentra más frecuentemente en afecciones genitales (herpes genital).

Manifestaciones clínicas:

La infección primaria por el VHS suele ser asintomática seguido por períodos de latencia y posteriores reactivaciones (recurrencias) con frecuencia e intensidad variable.

Primoinfección: El herpes genital se transmite por contacto directo de piel y mucosas (genital, oro-genital u oro-anal). El virus penetra a través de microabrasiones o soluciones de continuidad de la piel o mucosas, su período de incubación varía de 2 a 20 días, con un promedio de 7 días.

En los casos sintomáticos el cuadro clínico se inicia con un pródromo caracterizado por prurito y ardor, asociado a una placa eritematosa localizada, posteriormente aparecen vesículas en número variable de 1 a 3 mm. de diámetro. Puede presentarse con fiebre, decaimiento, linfadenopatía regional y disuria.

Las vesículas, generalmente múltiples, se ubican en el glande, prepucio o cuerpo del pene en el hombre y en la vulva o cuello uterino de la mujer. La ruptura de estas vesículas provoca la formación de erosiones superficiales dolorosas. Las lesiones se resuelven entre 10 a 14 días. En ambos sexos puede haber lesiones en el ano y la zona perianal.

La excreción viral puede persistir por tres semanas.

Algunas infecciones genitales producidas por contactos sexuales oro-genitales son causadas por VHS-1.

Recurrencias: Las recurrencias se presentan en más de un 80% de los pacientes. Éstas tienen una evolución clínica más atenuada y un período de excreción viral más corto.

Algunas recurrencias pueden ser asintomáticas pero con eliminación de partículas virales que pueden transmitir la enfermedad.

La recurrencia puede desencadenarse por estrés físico y emocional, alteraciones del ciclo sueño-vigilia, relaciones sexuales, inicio del ciclo menstrual y fiebre mantenida.

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

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.

II. Diagnóstico

Cuadro clínico concordante y exámenes de laboratorio de apoyo al diagnóstico.

Laboratorio de apoyo al diagnóstico:

- **Test de Tzanck:** es un examen de citodiagnóstico donde se identifica el efecto citopatogénico del virus, visualizándose células gigantes multinucleadas, típicas, en el líquido de las vesículas y úlceras de lesiones herpéticas, tiene baja especificidad.
- **Serología:** los anticuerpos IgG e IgM se evidencian en suero 4 a 7 días después de la infección y alcanzan un máximo en 2 a 4 semanas. Las IgG persisten durante toda la vida, por lo que resultan útiles sólo cuando se tiene antecedente evidenciado de seronegatividad o se registra aumento de títulos en dos muestras con 15 días de diferencia.
- **PCR** (reacción en cadena de polimerasa) en muestra de lesiones activas.
- **Inmunofluorescencia directa**
- **Cultivo viral:** es el método gold standard de referencia para el diagnóstico de certeza. Sus inconvenientes son el costo y la demora en la obtención del resultado.

III. Tratamiento

Herpes genital, primoinfección:

Se debe utilizar tratamiento farmacológico por vía oral, el tratamiento tópico no ha demostrado buena efectividad clínica.

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

Tratamiento herpes genital (primoinfección)				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Aciclovir	400 mg.	oral	cada 8 horas	por 7 días
Valaciclovir	1 g.	oral	cada 12 horas	por 7 días

Tratamiento herpes genital (recurrencias)				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Aciclovir	400 mg.	oral	cada 8 horas	por 5 días
Valaciclovir	500 mg.	oral	cada 12 horas	por 5 días

Herpes genital recidivante: En el herpes genital recidivante **está indicada la terapia de supresión**, si es que se producen más de 6 brotes en un año, ya que disminuye la frecuencia de las recidivas. En caso de recurrencias durante la terapia de supresión, debe suspenderse ésta y tratar como un cuadro agudo, luego debe reiniciarse la terapia de supresión.

Tratamiento herpes genital recidivante (terapia de supresión)				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Aciclovir	400 mg.	oral	cada 12 horas	por 8 meses
Valaciclovir	500 mg.	oral	cada 24 horas	por 8 meses

IV. Seguimiento

El paciente debe ser seguido hasta la remisión de los síntomas. Todo usuario diagnosticado con herpes genital debe recibir consejería para la gestión de riesgo y prevención de ITS, educación e información que evite el contacto sexual durante la fase aguda del cuadro y sobre el uso consistente y sistemático del condón en todas las relaciones sexuales posteriores.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

La remisión de los síntomas no indica eliminación del virus, pero reduce su transmisibilidad.

HERPES GENITAL EN LA EMBARAZADA

I. Descripción de la enfermedad

La infección por Virus Herpes en la mujer que cursa un embarazo no difiere de las manifestaciones del herpes en el adulto, pero adquiere relevancia por el hecho que puede producir secuelas severas o muerte del recién nacido. **El herpes neonatal tiene mortalidad del 50%.**

La transmisión del VHS de la madre al feto está relacionada con la edad gestacional y la presentación de la infección materna. El riesgo de transmisión al recién nacido de una madre infectada es alta, si la primoinfección ocurre en las 6 semanas previas al parto (30% - 50%). El riesgo de transmisión en las mujeres con antecedentes de herpes recurrente o que adquieren VHS genital durante la primera mitad del embarazo, es bajo (<1%).

II. Diagnóstico

Cuadro clínico concordante y exámenes de laboratorio.

III. Tratamiento

El aciclovir o valaciclovir puede ser indicado durante todo el embarazo. Se debe realizar tratamiento siempre en cuadros de primoinfección y recurrencias. En gestantes que han presentado cuadros de herpes genital durante el embarazo o que refieren cuadros de herpes recurrentes (pre gestacional) se indica el uso en terapias profilácticas en dosis de 400 mg, cada 12 horas desde las 36 semanas hasta el momento del parto (vía oral).

Se recomienda indicar parto por vía alta en mujeres con antecedentes de herpes genitales recurrentes durante el tercer trimestre de gestación cuando no han recibido profilaxis completa.

IV. Seguimiento

El paciente debe ser seguido hasta la remisión de los síntomas. La gestante debe recibir educación e información sobre el uso consistente y sistemático del condón.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

La remisión de los síntomas no indica eliminación del virus, pero reduce su transmisibilidad.

HERPES NEONATAL

I. Descripción de la enfermedad

La infección neonatal por Virus Herpes se caracteriza por lesiones mucocutáneas y enfermedad visceral cuya complicación más grave es la encefalitis.

El mayor riesgo de infección neonatal se asocia con primoinfección de la madre en las últimas semanas de embarazo.

La infección herpética neonatal, se ha asociado con:

- Infección primaria materna presente durante el parto.
- Presencia de lesiones herpéticas genitales ulceradas.
- Rotura prematura de membranas de más de seis horas en la mujer con antecedente de herpes durante la gestación.

En un 90% a 95% de los casos, la transmisión al RN es intraparto, tanto por vía ascendente o durante el parto, presentando mayor riesgo de transmisión las madres que tienen infección primaria, disminuyendo en las recurrencias.

La incidencia de infección por herpes en RN es de 1 por 1.000 - 3.000 nacidos vivos.

Manifestaciones clínicas:

La infección transplacentaria es poco frecuente y cuando ocurre, los signos están presentes al momento de nacer o en las primeras 48 horas de vida.

Se manifiesta con lesiones vesiculares de piel, coriorretinitis, lesiones cicatrízales de piel, microcefalia, hidroanencefalia, hepatoesplenomegalia, etc.

La infección perinatal es la más frecuente y se manifiesta clínicamente entre los 7 y 20 días la cual puede presentarse como un cuadro séptico.

Existen 3 formas clínicas de presentación:

- Infección diseminada (30% a 50%).
- Encefalitis (35%).
- Localizada en la piel, ojos y faringe (35%). Esta última no se asocia a mortalidad a diferencia de las otras.

Estos síndromes no son excluyentes ya que se superponen síntomas. Entre un 50% y 80% de los casos pueden tener lesiones de piel tipo vesiculares que orientan al diagnóstico; en su ausencia, se debe sospechar en cuadros con características de sepsis, fiebre, hipotermia, letargia, ictericia, dificultad respiratoria, convulsiones.

II. Diagnóstico del herpes neonatal

El diagnóstico se realiza considerando los antecedentes maternos y exámenes en el recién nacido:

- Cultivo viral de lesiones, conjuntiva y secreción faríngea.
- PCR de las lesiones y de LCR. En este caso, es de gran utilidad para el seguimiento y decisión de suspensión de terapia antiviral en el caso de compromiso del SNC.

La serología no es de utilidad en el RN.

III. Tratamiento del herpes neonatal

Tratamiento

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Aciclovir	20 mg/kg/dosis o 500 mg/m ² /dosis	endovenosa	cada 8 horas	14 días

Tratamiento en situaciones de compromiso del Sistema Nervioso Central				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Aciclovir	20 mg/kg/dosis	endovenosa	cada 8 horas	21 días

Se recomienda el uso de aciclovir endovenoso profiláctico en RN expuesto a lesiones sospechosas durante el parto.

IV. Seguimiento

Debe realizarse PCR en LCR previa suspensión de terapia, de persistir positiva es aconsejable prolongar tratamiento.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

Remisión del cuadro clínico. Negativización del PCR en LCR.

HERPES GENITAL EN NIÑAS Y NIÑOS

I. Descripción de la enfermedad

Las infecciones producidas por el Virus Herpes Simple son una de las principales causas de infecciones de transmisión sexual en la población adulta, sin embargo su prevalencia en las niñas y niños, se debe a la trasmisión vertical y a casos de violencia sexual, aunque esta vía no ha sido determinada con exactitud.

En el herpes genitoanal las manifestaciones clínicas difieren según se trate de una primera infección (primoinfección) o de una recurrencia.

Primoinfección: después de un período de incubación que varía entre los 2 y los 20 días, aparece una sensación urente en la zona, parestesia, disuria, dolor al defecar, acompañado en ocasiones de malestar general y sensación febril. Hay con frecuencia una adenopatía regional. Las lesiones son vesículas y pústulas agrupadas, rodeadas de un halo eritematoso, que se ubican en el glande, cuerpo del pene, labios mayores, zona perianal o canal anal. También se puede afectar exclusivamente el cérvix uterino, haciendo imperceptible el cuadro. Las lesiones vesiculares no tienen tendencia a coalescer, rápidamente se rompen y forman lesiones costrosas o ulcerativas, las cuales generalmente curan en un lapso de 7 a 14 días. Los cuadros de primoinfección también pueden ser asintomáticos o con muy pocos signos y síntomas. La presencia de una infección herpética preexistente con el otro tipo de Virus Herpes Simple, produce una primoinfección por el nuevo virus en general de menor severidad.

Recurrencias: los episodios de recurrencia en general son de menor intensidad, carecen de síntomas generales, y se presentan también como vesículas y pústulas agrupadas. Después de una evolución variable entre 2 y 7 días, curan espontáneamente. Se ubican generalmente en labios mayores, menores, nalgas o muslos.

II. Diagnóstico

Cuadro clínico concordante y exámenes de laboratorio de apoyo al diagnóstico:

- **Test de Tzanck.**
- **Serología.**
- **PCR** en muestra de lesiones activas.
- **Inmunofluorescencia directa.**
- **Cultivo viral.**

III. Tratamiento

Tratamiento herpes genital (primoinfección)				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Aciclovir	20 mg/kg/dosis	oral	cada 8 horas	7 días
Valaciclovir (*)	1 g.	oral	cada 12 horas	por 10 días

(*) En mayores de 12 años.

Las recurrencias no requieren tratamiento en la mayoría de los casos, pero pueden ser tratadas con dosis orales de antivirales iniciadas dentro del primer día de inicio de los signos y síntomas.

Tratamiento herpes genital (recurrencias)				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Aciclovir	20 mg/kg/dosis	oral	cada 8 horas	Por 5 días
Valaciclovir (*)	500 mg.	oral	cada 12 horas	Por 5 días
(*) En mayores de 12 años.				

IV. Seguimiento

El paciente debe ser seguido hasta la remisión del cuadro clínico.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

La remisión de los signos y síntomas no indican eliminación del virus, pero reduce su transmisibilidad.

LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV)

LINFOGRANULOMA EN ADULTOS Y ADOLESCENTES

I. Descripción de la enfermedad

Enfermedad causada por *Chlamydia trachomatis*, serotipos L1, L2a, L2b y L3.

A partir del 2003 ha emergido y se ha diseminado en Europa y Norteamérica el serotipo L2a de *C. trachomatis* comprometiendo principalmente a hombres. La enfermedad se presenta con alta tasa de co-infección con otras ITS especialmente sífilis y VIH.

Manifestaciones clínicas:

Después de un período de incubación de 3 a 30 días aparece en el sitio de inoculación, una pápula no dolorosa que tiende a ulcerarse.

La lesión primaria es autolimitada y en la mitad de los casos pasa inadvertida.

Pocas semanas después de esta lesión primaria ocurre la manifestación más frecuente, que consiste en la aparición de adenopatía inguinal o femoral unilateral. Son adenopatías duras con tendencia a la fistulización. Se puede acompañar con fiebre, compromiso del estado general, artralgias y hepatoesplenomegalia.

En caso que la infección haya ocurrido por relaciones anales, ésta es frecuentemente asintomática o, puede manifestarse como una proctitis aguda hemorrágica, dolorosa, con fiebre y aparición de fistulas.

Las lesiones no tratadas originan cicatrices y fibrosis con obstrucción linfática que puede traducirse en elefantiasis de los genitales y en estenosis y fistulas uretrales y/o rectales.

II. Diagnóstico

Laboratorio de apoyo al diagnóstico:

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. Pueden ser por fijación del complemento (dilución mayor o igual a 1:64) o por microinmunofluorescencia (dilución superiores a 1:256). Diluciones bajas no excluyen LGV y títulos altos no lo confirman sin clínica compatible.

Se pueden tomar muestras de lesiones ulceradas genitales, anales, ganglionares inguinales con una tórula o aspirar contenido de ganglio inguinal. Estas muestras se pueden analizar por:

- **TAAN de *C. trachomatis*:** esta técnica permite detectar la presencia de *C. trachomatis*. Para la determinación del serotipo es necesario realizar secuenciación del DNA, lo que es útil para estudios epidemiológicos.

Para confirmación del caso basta con clínica compatible y TAAN de chlamydia positivo.

Frente a la sospecha de un caso sin posibilidad de hacer diagnóstico de laboratorio, se indica hacer manejo sindrómico y dar tratamiento al caso índice y sus contactos sexuales.

III. Tratamiento

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Doxiciclina	100 mg.	oral	cada 12 horas	por 21 días
Azitromicina	1 g.	oral	una vez a la semana	por 3 semanas
Tetraciclina	500 mg.	oral	cada 6 horas	por 21 días

Las personas VIH (+) deben recibir el mismo tratamiento que una persona con serología VIH negativa, sin embargo el tratamiento se mantiene hasta la remisión completa de las lesiones.

IV. Seguimiento

Hasta la resolución de síntomas y signos. La persona afectada con linfogranuloma venéreo debe recibir consejería para la gestión de riesgo y prevención de ITS, educación e información para evitar el contacto sexual durante el tiempo de permanencia del cuadro clínico y sobre el uso consistente y sistemático del condón.

Los contactos sexuales declarados de pacientes con linfogranuloma venéreo tenidos 30 días antes del inicio de los síntomas, deben ser citados a control, evaluados y tratados siempre.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

Remisión de síntomas y signos.

LINFOGRANULOMA EN NIÑAS Y NIÑOS

I. Descripción de la enfermedad

Las manifestaciones son similares a la descrita en adultos. Como la transmisión es directa, su presencia en niñas y niños obliga a descartar situaciones de violencia sexual.

II. Tratamiento

Mayores de 12 años				
Medicamentos	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Doxiciclina	100 mg.	oral	cada 12 horas	por 3 semanas
Eritromicina	500 mg.	oral	cada 6 horas	por 3 semanas

Menores de 12 años				
Medicamentos	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Eritromicina	50 mg/kg/día	oral	cada 6 horas	por 3 semanas

III. Seguimiento

Hasta la resolución de síntomas y signos.

IV. Evaluación de la respuesta al tratamiento

Remisión de los signos y síntomas.

MEDIDAS CAUTELARES

Considerando que la infección por *Chlamydia trachomatis* en niñas y niños debe hacer sospechar algún tipo de contacto con mucosas infectadas de tipo sexual, se deben solicitar todas las medidas cautelares definidas por ley y la normativa vigente (ver anexo 1).

CHANCROIDE

I. Descripción de la enfermedad

Enfermedad causada por *Haemophilus ducreyi*, bacilo Gram negativo.

Es de baja ocurrencia en Chile, se adquiere por contacto sexual con personas procedentes de zonas endémicas (principalmente el Caribe, África y el sur este de Asia).

Manifestaciones clínicas:

El periodo de incubación es de 3 a 7 días después del contacto sexual con una persona infectada. Aparece una pápula eritematosa, sensible, que progresa rápidamente a pústula, la que se rompe, desarrollándose una úlcera superficial, con borde eritematoso blanda, no indurada, muy dolorosa, de bordes irregulares, con fondo granulomatoso y exudado purulento. Puede ser única o múltiple. La ubicación más frecuente en la mujer es vulva y/o cérvix, y en el hombre es, en el surco balanoprepucial, frenillo y/o prepucio. En ambos sexos puede ubicarse en la zona perianal. Sin tratamiento, la úlcera dolorosa puede persistir por meses.

En la mitad de los casos puede producir linfadenitis regional sensible, generalmente unilateral, pudiendo fistulizarse.

II. Diagnóstico

Laboratorio de apoyo al diagnóstico:

- **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. Los medios de cultivo de elección para el aislamiento de *Haemophilus ducreyi* son los medios GC-HgS y MH-HB. El medio GC-HgS consiste en Agar GC suplementado con 2% de hemoglobina de bovino, 5% de suero fetal bovino, 1% de Isovitalax y 3µg/ml de vancomicina, mientras que el medio MH-HB consiste en un agar chocolate preparado a partir de agar Mueller Hinton y 5% de sangre de caballo y suplementado con 1% de Isovitalax y 3µg/ml de vancomicina. (Este medio puede ser simplificado reemplazando el 5% de suero de bovino por 0,2% de carbón activado, ya que la función del suero de caballo no es nutritiva sino que la absorción de componentes tóxicos del agar y/o de la muestra clínica.)

El uso en paralelo de ambos medios permite una mayor eficiencia en el aislamiento de *H. ducreyi*, pero si esto no es posible se debe preferir el agar GC-HgS por su mayor sensibilidad.

Criterios de diagnóstico:

CDC indica que un probable diagnóstico de chancroide en un paciente, puede hacerse si se reúnen todos los siguientes criterios:

1. Una o más úlceras genitales dolorosas más adenopatías.
2. No hay infección por *Treponema pallidum* (descartado por serología realizada al menos 7 días después de la aparición de la úlcera).
3. No hay infección por Virus Herpes (descartado por laboratorio).

III. Tratamiento

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Azitromicina	1g.	oral	dosis única	1 vez
Ceftriaxona	250 mg.	intramuscular	dosis única	1 vez

En Chile no se han descrito casos de niñas y niños con esta patología. Si se sospecha chancroide en esta población, ajustar indicación de medicamentos a dosis pediátricas.

IV. Seguimiento

Hasta la resolución de síntomas y signos. La persona diagnosticada con chancroide debe recibir consejería para la gestión de riesgo y prevención de ITS, educación e información para que evite el contacto sexual durante el tiempo de permanencia del cuadro clínico y sobre el uso consistente y sistemático del condón.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

Remisión de los signos y síntomas.

OTRAS INFECCIONES GENITALES: TRICOMONIASIS

TRICOMONIASIS EN ADULTOS Y ADOLESCENTES

I. Descripción de la enfermedad

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

Al tomar contacto con la mucosa vaginal aumenta el pH local liberando sustancias que producen grietas en el epitelio e inflamación. Su genoma codifica entre 11 y 23 cisteína proteasas diferentes que tienen un rol clave en la virulencia ya que participan en la adherencia, tienen acción citotóxica, hemolítica y facilitan la evasión del protozoo a la respuesta inmune del huésped. La infección por *Trichomonas vaginalis* se asocia a mayor riesgo de adquirir VIH y son un factor de riesgo significativo de parto prematuro.

Manifestaciones clínicas

En mujeres:

En las mujeres existen tres formas de presentación: asintomática, aguda y crónica.

El 10%-50% de los casos cursa en forma asintomática, con microbiota y pH vaginal normal.

Los signos y síntomas típicos de la forma aguda de la vaginitis causada por *Trichomonas 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. El cuello de fresa debido a hemorragias puntiformes del cérvix se observa en menos del 2% de infecciones demostradas por cultivo. La forma crónica se caracteriza por presentar síntomas más moderados, pero puede acompañarse de prurito y dispareunia.

En hombres:

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

II. Diagnóstico

Laboratorio de apoyo al diagnóstico:

El diagnóstico de laboratorio de tricomoniasis puede efectuarse por métodos microscópicos, cultivo o técnicas de amplificación de los ácidos nucleicos (TAAN).

El examen microscópico al fresco (wet mount) es el método más utilizado, con especificidad de 100% a través de la observación del protozoo causal. Se reconoce por el movimiento de sus flagelos y de la membrana ondulante. Sus principales limitaciones son la baja sensibilidad (30%-80%) y la necesidad de rapidez en el transporte y procesamiento.

El cultivo es el gold standard, con sensibilidad entre 84% y 98% y especificidad de 100%, siendo el caldo de Diamond modificado el más empleado. Los medios de cultivo son muy enriquecidos, llevan antimicrobianos y antifúngicos y deben ser observados por 7 días. Entre los TAAN, la PCR es la técnica más utilizada con sensibilidad 84% y especificidad de 94%.

III. Tratamiento

Se recomienda el uso combinado de terapia oral y local con los siguientes medicamentos:

Esquema combinado 1° elección				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Metronidazol	2 g.	oral	dosis única	1 vez
Metronidazol	500 mg.	óvulo vaginal	cada noche	7 noches
Observación: Metronidazol está contraindicado en el primer trimestre de embarazo. El uso de metronidazol obliga a informar que debe suspenderse la ingesta de alcohol durante las 12-24 horas siguientes a la ingesta farmacológica.				
En caso de no observar respuesta al tratamiento, la o el paciente debe recibir esquema de 2° elección.				

Esquema 2° elección				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Tinidazol	2 g.	oral	dosis única	1 vez
Observación: Tinidazol está contraindicado en el primer trimestre de embarazo.				

En caso de persistir sintomatología utilizar esquema falla de tratamiento

Esquema falla tratamiento				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Metronidazol	2 g.	oral	cada día	3 días en días alternos
Observación: Metronidazol está contraindicado en el primer trimestre de embarazo.				

Se recomienda el uso de un protector gastrointestinal que mejore la tolerancia.

IV. Seguimiento

El tratamiento de todos los contactos sexuales declarados por la persona es esencial para evitar reinfecciones. La persona diagnosticada con tricomoniasis debe recibir consejería para la gestión de riesgo y prevención de ITS, así como educación e información sobre el uso consistente y sistemático del condón en todas las relaciones sexuales.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

Remisión de los signos y síntomas.

TRICOMONIASIS EN NIÑAS Y NIÑOS

I. Descripción de la enfermedad

En un estudio reciente en EE.UU. de niñas menores de 13 años evaluadas por posible abuso sexual se encontró una prevalencia de un 5,9% (5 casos de 85 pacientes). En Chile en un estudio retrospectivo de 1.035 muestras de flujo vaginal en fresco, en un periodo de 8 años, se encontró una prevalencia de un 7.8% de *T. vaginalis*, de las cuales un 24.6% correspondía a adolescentes, mientras que un 2.9% a niñas menores de 10 años. En adolescentes con actividad sexual la prevalencia es 14,4%.

La *T. vaginalis* puede ser transmitida verticalmente al nacer durante el parto vaginal. La rotura prematura de membranas (RPM) aumenta el riesgo de transmisión vertical.

Manifestación clínica de la transmisión vertical

En recién nacidos se puede manifestar clínicamente por vaginitis y descarga nasal. El protozoo desaparece generalmente en forma espontánea por la caída de los estrógenos, pudiendo persistir hasta 9 meses.

Manifestación clínica de la transmisión sexual

Rara vez es vista en niñas pre puberales porque la vagina no estrogenizada es relativamente resistente a la infección.

II. Diagnóstico

El diagnóstico de laboratorio de tricomoniasis puede efectuarse por métodos microscópicos, cultivo o técnicas de amplificación de los ácidos nucleicos (TAAN).

En niñas y niños es preciso diferenciar *Trichomonas vaginalis* de *Pentatrichomonas hominis*, protozoo comensal de intestino grueso del hombre, algunos primates y animales domésticos. Se transmite por el consumo de agua o alimentos contaminados con deposiciones. Por la cercanía ano-vaginal se ha sugerido que *P. hominis* podría infectar y colonizar la vagina. La información actual sobre la frecuencia de colonización intestinal por *P. hominis* en niños varía entre 0.1%-0.9% en Asia y 0.9% para Venezuela. No existen estudios que hayan investigado la presencia vaginal de *P. hominis* en pediatría, la cual debería ser no menos de 10-100 veces menor a la intestinal.

III. Tratamiento

Niñas y niños con peso menor de 40 kilos				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Metronidazol	15 mg/kg/día	oral	cada 8 horas	7 días
Tinidazol	50/mg/kg	oral	dosis única	1 vez

Niñas, niños con peso mayor de 40 kilos				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Metronidazol	2 g.	oral	dosis única	1 vez
Tinidazol	2 g.	oral	dosis única	1 vez

IV. Seguimiento

Realizar reevaluación dentro de 2 a 4 semanas de indicado el tratamiento.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

Exámenes negativos post tratamiento.

MEDIDAS CAUTELARES

Considerando que la infección por *Trichomonas vaginalis* en niños y niñas mayores de 9 meses debe hacer sospechar algún tipo de contacto con mucosas infectadas de tipo sexual, se deben solicitar todas las medidas cautelares definidas por ley y la normativa vigente (ver anexo 1).

OTRAS INFECCIONES GENITALES: CANDIDIASIS GENITAL

I. Descripción de la enfermedad

Infección genital causada por levaduras del género *Candida* siendo *Candida albicans* la especie más frecuentemente involucrada. *C. albicans* forma parte de la microbiota oral, gastrointestinal y genital (vagina y glánde) del ser humano. Es un microorganismo versátil que puede adaptarse a una vida comensal o comportarse como patógeno oportunista y causar infecciones superficiales o sistémicas. *Candida albicans* puede crecer en la forma de levadura unicelular o en forma filamentosa como hifas o pseudohifas. Estas transiciones morfológicas favorecen la adherencia e invasión en distintos sitios. La candidiasis vulvovaginal es la segunda causa de infección vaginal en la mujer después de la vaginosis bacteriana. En el hombre *C. albicans* puede colonizar el glánde en forma asintomática, o causar balanitis o balanopostitis. La frecuencia de ambas condiciones es menor que la frecuencia en la mujer de colonización vaginal o de candidiasis vulvovaginal. *Candida glabrata* es la segunda especie de *Candida* en el tracto genital, tanto en condiciones de colonización como de infección.

La candidiasis puede presentarse como cuadro agudo no complicado o como cuadro recurrente.

Manifestación clínica

a. Candidiasis genital no complicada:

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

En la mayoría de los casos la VVC no es adquirida sexualmente, pero las prácticas sexuales con contacto orogenital favorece la colonización e infección. El uso de antibióticos de amplio espectro y antisépticos locales favorece el desarrollo de *Candida albicans*, por un desbalance de la microbiota vaginal.

Su desarrollo se ve favorecido por condiciones como:

- Embarazo
- Diabetes mellitus
- Uso de antibióticos de amplio espectro
- Uso de corticoides y drogas inmunosupresoras
- Anemia perniciosa
- Inmunodeficiencia
- Uso de antisépticos tópicos
- Actividad sexual orogenital

Los recién nacidos hijos de madres infectadas, al pasar por el canal de parto, pueden desarrollar candidiasis oral o genital.

Clínicamente se presenta como flujo vaginal blanco grumoso, sin mal olor, acompañado de disuria, prurito, eritema y edema vulvar.

Se debe tener en cuenta que entre el 10% y 20% de las mujeres son portadoras de candidas y no requieren tratamiento si no hay síntomas.

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

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

b. Candidiasis genital recurrente:

Se define como 4 o más episodios de VVC sintomática dentro de 1 año, y suele ser causada con mayor frecuencia por *C. albicans*, pero puede ser producida por *Candida glabrata* y otras especies de candidas (10% -20% de los casos).

II. Diagnóstico

El diagnóstico lo constituye el cuadro clínico concordante y los exámenes de laboratorio.

Laboratorio de apoyo en mujeres:

- Examen al fresco con o sin tinción de KOH al 10%.
- Tinción de Gram que demuestra levaduras y/o hifas o pseudohifas.
- Cultivo micológico en medio de Sabouraud dextrosa o en agar cromogénico para Candida.

Laboratorio de apoyo en hombres:

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

III. Tratamiento

Tratamiento candidiasis genital no complicada (alternativas)				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Fluconazol	150 mg.	oral	dosis única	1 vez
Itraconazol	200 mg.	oral	cada 12 horas	1 día
Clotrimazol	500 mg.	óvulo vaginal	dosis única	1 vez
Clotrimazol	100 mg.	óvulo vaginal	diaria	7 días
Nistatina	100.000 UI	óvulo vaginal	en la noche	10 días
Clotrimazol	1%	crema	2 veces	10 días
Bifonazol	1%	crema	2 veces	10 días

Observación: Tinidazol está contraindicado en el primer trimestre de embarazo. No existe información adecuada que asegure el uso de fluconazol o itraconazol durante el embarazo.

Tratamiento candidiasis genital recurrente (esquema combinado inicial)				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Clotrimazol o Nistatina	100 mg.	óvulo vaginal	diaria	10 días
Fluconazol	150 mg.	oral	diaria	3 días seguidos
No existe información adecuada que asegure el uso de fluconazol o itraconazol durante el embarazo.				

Tratamiento candidiasis genital recurrente (alternativas esquema mantención)				
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Clotrimazol	500 mg.	óvulo vaginal	1 vez a la semana	6 meses
Fluconazol	150 mg.	oral	1 vez cada semana	6 meses
Itraconazol	200 mg.	oral	cada 12 horas	un día al mes durante 6 meses
No existe información adecuada que asegure el uso de fluconazol o itraconazol durante el embarazo. Mantener terapia por 6 meses. Sin embargo el 30% o 40% de las mujeres tendrá recurrencias.				

Otros imidazólicos tópicos para el tratamiento combinado son útiles: ketoconazol, isoconazol, tioconazol, sertaconazol, etc.

Es importante considerar que los imidazoles tienen interacción con alcohol cuando se usan por vía oral. Además tienen interacción farmacológica con astemizol, antagonistas del calcio, cisaprida, warfarina, ciclosporina, hipoglicemiantes orales, fenitoina, inhibidores de la proteasa, tacrolimus, rifampicina.

El tratamiento en hombres se realiza con los mismos fármacos orales y tópicos aplicados en la mujer.

IV. Seguimiento

Hasta la resolución de los signos y síntomas. Tratar siempre a la pareja.

V. Evaluación de la respuesta al tratamiento

Remisión de los signos y síntomas. No hay evidencia que demuestre respuesta a tratamiento diferente, en mujeres VIH positivas y VIH negativas que sustente tratamiento diferenciado.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. OMS. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006 2015 : romper la cadena de transmisión. 2007. 72 p. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/es/index.html>
2. OMS. Estrategias y métodos de laboratorio para reforzar la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual 2012. Switzerland. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112857/1/9789243504476_spa.pdf?ua=1
3. World Health Organization. Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections . Switzerland; 2003. 98 p. Recuperado a partir de: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546263.pdf>
4. Centers for Disease Control and Prevention. 2010 STD Treatment Guidelines. 2010. Recuperado a partir de: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/>
5. OMS. Módulo 2: Introducción al manejo sindrómico de casos de ITS. En: Módulos de capacitación para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual. 2º ed. Ginebra, Suiza; 2008. p. 26. Recuperado a partir de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243593401_modulo2_spa.pdf?ua=1
6. MINISTERIO DE SALUD. DFL-725 Código Sanitario. 1968. Recuperado a partir de: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595>
7. Ministerio de Salud. Decreto-206. Reglamento sobre Infecciones de Transmisión Sexual. 2007.
8. Ley Nº 20.584 Regula Los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con las Acciones Vinculadas a su Atención en Salud. 2012. Recuperado a partir de: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
9. OPS. ORIENTACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA SÍFILIS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: cómo mejorar la adopción, interpretación y calidad del diagnóstico en diferentes entornos clínicos. 2015. Recuperado a partir de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7707/9789275318607_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. CDC. Syphilis - 2015 STD Treatment Guidelines. 2015. Recuperado a partir de: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/syphilis.htm>
11. Government of Canada PHA of C. Syphilis - Section 5 - Management and Treatment of Specific Infections - Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections - Public Health Agency of Canada. 2013. Recuperado a partir de: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-10-eng.php>
12. Levett PN, Fonseca K, Tsang RS, Kadhoda K, Serhir B, Radons SM, et al. Canadian Public Health Laboratory Network laboratory guidelines for the use of serological tests (excluding point-of-care tests) for the diagnosis of syphilis in Canada. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2015;26(Suppl A):6A - 12A.
13. Van Dyck E, Meheus André, Piot P. Diagnóstico de Laboratorio de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Ginebra: World Health Organization; 2000. 141 p.
14. Mindy J. Perill, et al. Manual de Laboratorio para la Identificación y Prueba de Susceptibilidad a los Antimicrobianos de Patógenos Bacterianos de Importancia para la Salud Pública en el Mundo. OMS. 2003.

15. Ministerio de Salud de Chile. Manual de Procedimiento para el Diagnóstico de la infección por VIH. Santiago de Chile.
16. Ministerio de Salud, Ministerio Público. Orientaciones Técnicas Salas de Primera Acogida para atención de Víctimas de Delitos Sexuales en Servicios de Urgencia. Primera Edición. Santiago de Chile; 2005. 34 p.
17. CDC - Sexual Assault and STDs - 2010 STD Treatment Guidelines. Recuperado a partir de: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/sexual-assault.htm>
18. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, et al. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* junio de 2007;20(3):163-72.
19. Secretaría Distrital de Salud B, UNFPA. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. 1º Edición. Bogotá, Colombia: Pro-offset Editorial S.A.; 2008. 138 p. Recuperado a partir de: http://www.unfpa.org.co/home/unfpaacol/public_htmlfile/PDF/protocolo_para_el_abordaje.pdf
20. Kellogg N, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics.* Agosto de 2005;116(2):506-12.
21. Ministerio de Salud de Chile. Normas de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Santiago de Chile: Editorial Atenas Ltda; 2008. 116 p.
22. Pestoni Porvén C, Lado Lado FL, Cabarcos Ortíz de Barrón A, Sánchez Aguilar D. Sífilis: perspectivas terapéuticas actuales. *An Med Interna.* febrero de 2002;19(2):47-53.
23. Sharma M, Wanchu A, Biswal M, Banga SS, Sethi S. Syphilis serology in human immunodeficiency virus patients: a need to redefine the VDRL test cut-off for biological false-positives. *J Med Microbiol.* 1 de enero de 2010;59(1):130-1.
24. Gonococcal Infections - 2015 STD Treatment Guidelines. Recuperado a partir de: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/gonorrhea.htm>
25. Moore DL, MacDonald NE, Canadian Paediatric Society, Infectious Diseases and Immunization Committee. Preventing ophthalmia neonatorum. *Can J Infect Dis Med Microbiol J Can Mal Infect Microbiol Médicale AMMI Can.* junio de 2015;26(3):122-5.
26. Matejcek A, Goldman RD. Treatment and prevention of ophthalmia neonatorum. *Can Fam Physician Médecin Fam Can.* noviembre de 2013;59(11):1187-90.
27. Machalek DA, Poynten M, Jin F, Fairley CK, Farnsworth A, Garland SM, et al. Anal human papillomavirus infection and associated neoplastic lesions in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.* mayo de 2012;13(5):487-500.
28. Mbulawa ZZA, Coetzee D, Marais DJ, Kamupira M, Zwane E, Allan B, et al. Genital human papillomavirus prevalence and human papillomavirus concordance in heterosexual couples are positively associated with human immunodeficiency virus coinfection. *J Infect Dis.* 15 de mayo de 2009;199(10):1514-24.
29. Kreuter A, Wieland U. Human papillomavirus-associated diseases in HIV-infected men who have sex with men. *Curr Opin Infect Dis.* abril de 2009;22(2):109-14.
30. Singh DK, Anastos K, Hoover DR, Burk RD, Shi Q, Ngendahayo L, et al. Human papillomavirus infection and cervical cytology in HIV-infected and HIV-uninfected Rwandan women. *J Infect Dis.* 15 de junio de 2009;199(12):1851-61.

31. Palefsky J. Human papillomavirus infection in HIV-infected persons. *Top HIV Med Publ Int AIDS Soc USA*. septiembre de 2007;15(4):130-3.
32. Palefsky J. Human papillomavirus-related disease in people with HIV. *Curr Opin HIV AIDS*. enero de 2009;4(1):52-6.
33. Fox PA, Seet JE, Stebbing J, Francis N, Barton SE, Strauss S, et al. The value of anal cytology and human papillomavirus typing in the detection of anal intraepithelial neoplasia: a review of cases from an anoscopy clinic. *Sex Transm Infect*. abril de 2005;81(2):142-6.
34. Tilli M. HERPES GENITAL Y E MBARAZO. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2004;16(2):48-52.
35. Hughes G, Alexander S, Simms I, Conti S, Ward H, Powers C, et al. Lymphogranuloma venereum diagnoses among men who have sex with men in the U.K.: interpreting a cross-sectional study using an epidemic phase-specific framework. *Sex Transm Infect*. noviembre de 2013;89(7):542-7.
36. Government of Canada PHA of C. Lymphogranuloma venereum (LGV) in Canada: Recommendations for Diagnosis and Treatment and Protocol for National Enhanced Surveillance. 2005. Recuperado a partir de: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/lgv/lgv-rdt1-eng.php>
37. White J, O'Farrell N, Daniels D. 2013 UK National Guideline for the management of lymphogranuloma venereum Clinical Effectiveness Group of the British Association for Sexual Health and HIV (CEG/BASHH) Guideline development group. *Int J STD AIDS*. 1 de agosto de 2013;24(8):593-601.
38. Rosenblattand A, Homero Gustavo de Campos Guidi. Chapter 9:Human PapillomavirusInfection in HIV-InfectedIndividuals. En: *Human Papillomavirus: A Practical Guide for Urologists*. Springer-Verlag. 2009.
39. Gross G. Chapter 37:Genitoanal HPV InfectionandAssociated Neoplasias in the Male. En: *Sexually Transmitted Infections and Sexually Transmitted Diseases*. 1º Edición. Springer-Verlag; 2011. p. 925.
40. Gormley RH, Kovarik CL. Dermatologic manifestations of HPV in HIV-infected individuals. *Curr HIV/AIDS Rep*. Agosto de 2009;6(3):130-8.
41. McMillan A, van Voorst Vader PC, de Vries HJ, International Union against Sexually Transmitted Infections/World Health Organization. The 2007 European Guideline (International Union against Sexually Transmitted Infections/World Health Organization) on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *Int J STD AIDS*. agosto de 2007;18(8):514-20.
42. Ministerio de Salud. Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis. Santiago de Chile; 2012.

Anexo 1: Denuncia y medidas legales de protección de menores

DENUNCIA

Los delitos cuya presunta víctima es un menor de edad son de acción pública, por lo tanto cualquier persona puede denunciarlos (artículo 53 inciso segundo del Código Procesal Penal).

Sin embargo, existen personas que están obligadas a denunciar. Según el artículo 175 del Código Procesal Penal, están obligados a denunciar:

1. Los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares.
2. En general, los profesionales en medicina, odontología, química y farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud.
3. Los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas.

De no denunciar incurrir en el delito de omisión de denuncia, pudiendo ser sancionados con una pena de 1 a 4 UTM.

El plazo para realizar la denuncia, conforme al artículo 176 del mismo código es de "veinticuatro horas siguientes al momento en que tomaren conocimiento del hecho".

La denuncia puede presentarse indistintamente ante Carabineros, Policía de Investigaciones, Tribunal con competencia criminal o Ministerio Público que se encuentre más cercano. En los Servicios de Salud o Servicio Médico Legal, puede interponerse denuncia ante el funcionario de Carabineros o Investigaciones destinado al recinto asistencial.

La denuncia debe hacerse cuando existan elementos que sugieran la existencia de un delito. Es suficiente la sospecha de la ocurrencia de un delito sexual respecto de la víctima para llevar a cabo la denuncia, debido a que la comprobación o no del hecho, es función propia de la investigación dirigida, de manera exclusiva, por el Ministerio Público. De este modo, la sospecha y sobretodo la confirmación del contagio de una ITS por parte de un menor, es indiciario de violencia sexual.

Cabe recordar que los **menores de 14 años** no tienen consentimiento sexual válido conforme a nuestro ordenamiento jurídico, por lo que en principio, **cualquier actividad sexual** a su respecto reviste carácter de delito.

Si bien la Ley N°20.084 (establece un sistema de responsabilidad de los adolescente por infracciones a la ley penal), contempla en su artículo 4° una regla especial para los delitos sexuales que señala que no se está en presencia de un delito cuando quien tiene actividad sexual consentida con un/a **menor de 14 años**, es hasta dos años mayor que él/ella en el caso de violación y tres años en otros delitos sexuales, y no concurre las circunstancias que configuran la violación o el estupro. La efectividad de esas condiciones debe ser evaluada por las autoridades competentes y no por el personal de salud.

MEDIDAS LEGALES DE PROTECCIÓN

Los funcionarios que con ocasión de sus labores sospechen de la vulneración de derechos de menores de edad, podrán solicitar medidas de protección al Tribunal de Familia.

La Ley N°19.968 que crea los Tribunales de Familia, permite que cuando los derechos de los niños, niñas y adolescentes se encontraren amenazados o vulnerados, se podrá iniciar un proceso de aplicación de medidas de protección.

El artículo 70 de la mencionada ley establece expresamente que este procedimiento puede ser iniciado por "los profesionales de la salud que trabajen en los servicios en que se atendió" (el niño, niña o adolescente).

Las situaciones de violencia sexual claramente constituyen una situación de vulneración de derechos.

El requerimiento no necesita cumplir formalidad alguna, bastando la sola petición de protección para iniciar el procedimiento (artículo 70 i. II Ley N°19.968). Deberán presentarse en el Tribunal de Familia los antecedentes que fundamenten la adopción de la medida y fundamenten que lo solicitado atiende al interés superior de niños, niñas o adolescentes. Se recomienda considerar que al presentar sugerencias al Tribunal, éstas deben basarse en el conocimiento de los recursos protectores disponibles para las víctimas dentro de su familia y su entorno (familia extensa y redes). En este procedimiento especial, lo relevante es que se pueden decretar medidas cautelares, de forma previa a la sentencia definitiva que determine si hubo o no maltrato. Estas medidas cautelares son, entre otras:

- Entrega inmediata del niño, niña o adolescente a sus padres o a quien lo tenga legalmente a su cuidado.
- El cuidado provisorio del niño, niña o adolescente, entregado a una persona adulta responsable distinta de sus padres.
- El ingreso a programas de familias de acogida o, como última medida, centros residenciales, por el tiempo que sea estrictamente necesario.
- La hospitalización en establecimientos de salud, psiquiátricos o de tratamiento especializado. A estas medidas propias del procedimiento de protección de derechos de los niños, niñas y adolescentes víctimas, se pueden agregar las del procedimiento de violencia intrafamiliar que sean aplicables:
 - Prohibición de acercamiento del ofensor a la presunta víctima.
 - Prohibición para el pretendido ofensor de estar presente en el hogar común.

La duración de estas medidas tiene un plazo máximo de 90 días y podrán requerir del auxilio de Carabineros de Chile.

