

Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo

una guía para la práctica básica



Organización
Mundial de la Salud



Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo

una guía para la práctica básica



Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Infecciones de transmisión y otras infecciones del tracto reproductivo : una guía para la práctica básica.

1.Enfermedades sexualmente transmisibles 2.Infecciones por VIH
3.Enfermedades de los genitales femeninos 4.Enfermedades de los genitales masculinos 5.Infección 6.Complicaciones infecciosas del embarazo
7.Violación 8.Pautas prácticas 9.Países en desarrollo I.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 92 4 359265 3

(Clasificación NLM: WC 140)

© Organización Mundial de la Salud 2005

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden obtenerse de Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Los permisos para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS –ya sea para venta o distribución no comercial– deben ser solicitados y dirigidos a Publications, a la dirección de arriba (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int). Las publicaciones sobre salud reproductiva también pueden obtenerse en el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación (Department of Reproductive Health and Research) en la dirección mencionada (tel.: +41 22 791 4447; fax: +41 22 791 4189; correo electrónico: rhpublications@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas de puntos en los mapas representan los límites aproximados para los cuales puede no haber aún acuerdo.

La mención de compañías específicas o de ciertos fabricantes de productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los recomiende o apoye para favorecerlos sobre otros de naturaleza similar que no se mencionen en este trabajo. Salvo error u omisión, las marcas registradas de los productos se distinguen por una letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en esta publicación esté completa o sea correcta y no se responsabiliza por posibles daños incurridos al ponerla en práctica.

Impreso en Singapur

AGRADECIMIENTOS

Esta guía práctica es un esfuerzo colaborativo del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS (WHO's Department of Reproductive Health and Research), de Family Health Internacional (FHI, por sus siglas en inglés) y de Frontiers in Reproductive Health/Population Council. Está basada en el trabajo de un importante grupo de expertos que participaron de las consultas o revisiones. La OMS agradece a los miembros del panel de revisiones técnicas: Dinesh Agarwal, Kamal Alami, Lalit Kumar Bhutani, Ward Cates, Anupong Chitwarakorn, Patricia Claeys, Gina Dallabetta, Patricia J. Garcia, David Grimes, Sarah Hawkes, Marie Laga, Gunta Lazdane, Philippe Mayaud, Andre Meheus, Linda Morison, Charles Morrison, Telma Queiroz, Laima Rudze, Moshira El-Shafei, Guida Silva, Jim Shelton, Marleen Temmerman, Johannes van Dam, Teodora Elvira Wi y Guang Zeng.

Ian Askew (Frontiers/Population Council), Nathalie Broutet (OMS), Florence Carayon (FHI), Saiqa Mullick (Frontiers/Population Council) y Robert Rice (FHI) organizaron la redacción de la Guía.



La OMS agradece las contribuciones de los revisores que colaboraron en la realización de las pruebas de campo de la guía en Brasil, China, Jamaica, Kenia y Latvia.

Esta publicación fue financiada por el Acuerdo de Investigación Tecnológica en Anticoncepción 96-05 CCP-A-00-95-00022-02 (con Family Health International (FHI) y FRONTIERS in Reproductive Health Cooperative Agreement HRN-A-0098-00012 00 al Population Council de la Agencia de EE.UU. para el Desarrollo Internacional (US Agency for International Development) (USAID). Los contenidos no reflejan necesariamente las opiniones ni las políticas del FHI, de Population Council o de la USAID.

ÍNDICE

Abreviaturas y acrónimos utilizados en esta guía	1
Prólogo	3
La guía	4
Terminología	4
Organización de la guía	5
20 pasos para reducir las ITS/ITR	6
SECCIÓN 1. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LAS ITS/ITR	9
Capítulo 1. Infecciones del tracto reproductivo en el hombre y la mujer y sus consecuencias	11
¿Qué son las ITR?	12
Por qué las ITS/ITR son importantes	14
¿Cómo actuar ante las ITR?.....	18
El rol de los servicios clínicos en la reducción de la carga de ITS/ITR	20
Capítulo 2. La prevención de las ITS/ITR y sus complicaciones	23
Cómo prevenir las ITS	24
Cómo prevenir las infecciones iatrogénicas	29
Cómo prevenir las infecciones endógenas	33
Capítulo 3. Detección de las ITS/ITR	35
Sífilis	39
Infecciones vaginales	43
Infecciones cervicales	43
Enfermedad pélvica inflamatoria	45
Tamizaje de cáncer cervical	46
Orientación y pruebas voluntarias de VIH	46

Capítulo 4. Educación y orientación sobre las ITS/ITR	49
Privacidad y confidencialidad	51
Destrezas generales para la educación y orientación sobre las ITS/ITR	51
Educación para la salud	52
Orientación	55
 SECCIÓN 2. MEJORAS EN LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ITS/ITR	 63
 Capítulo 5. Promoción de la prevención de las ITS/ITR y del uso de servicios	 65
Reducción de las barreras que impiden el uso de los servicios	66
Aumento de la conciencia y promoción de los servicios	67
Cómo captar la atención de grupos que habitualmente no usan los servicios de salud reproductiva	68
 Capítulo 6. Evaluación de las ITS/ITR durante las visitas de rutina de planificación familiar	 75
Integración de la evaluación de las ITS/ITR a las visitas de rutina de planificación familiar	77
Métodos de planificación familiar e ITS/ITR	85
 Capítulo 7. Evaluación de las ITS/ITR en el embarazo, el parto y el período postparto	 91
 SECCIÓN 3. MANEJO DE LAS ITS/ITR	 105
 Capítulo 8. Tratamiento de ITS/ITR sintomáticas	 107
Manejo sintromico de las ITS/ITR	108
Manejo de síndromes comunes	110
Manejo de casos de ITS y prevención de nuevas infecciones	134
 Capítulo 9. Complicaciones de las ITS/ITR relacionadas con el embarazo, el aborto espontáneo, o inducido y el período postparto	 143
Infección en el primer trimestre del embarazo	144

Infección en los últimos meses del embarazo	147
Infección luego del parto	149
Flujo vaginal en el embarazo y el período postparto	153
Capítulo 10. Violencia sexual	155
Atención médica y otro tipo de atención para víctimas de agresión sexual	157
Anexo 1. Destrezas clínicas necesarias para el manejo de las ITS/ITR	169
Historia clínica	169
Síntomas frecuentes de ITS/ITR	170
Examen de pacientes	171
Anexo 2. Desinfección y precauciones universales	179
Prevención de infecciones en ámbitos clínicos	179
Desinfección de alto nivel: tres pasos	180
Precauciones universales	181
Anexo 3. Pruebas de laboratorio para ITR	183
Interpretación de los resultados de las pruebas de sífilis	185
Criterios clínicos para la vaginosis bacteriana (VB)	186
Microscopía de preparaciones frescas	186
Microscopía de tinción de gram de extendidos vaginales	187
Microscopía de tinción de gram de extendidos cervicales	187
Anexo 4. Medicamentos	189
Medicamentos durante el embarazo.....	189
Tratamientos antibióticos para la gonorrea	192
Anexo 5. Tabla de referencia de ITS/ITR	193
Anexo 6. Recursos adicionales y lectura sugerida	197
Glosario	199

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS UTILIZADOS EN ESTA GUÍA

AE	anticoncepción de emergencia
BI	bubón inguinal
CA	candidiasis, infecciones por levadura
CO ₂	dióxido de carbono
DIU	dispositivo intrauterino
ELISA	por su sigla en inglés ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas
Endo	endógeno
EPI	enfermedad pélvica inflamatoria
FTA-Abs	por su sigla en inglés prueba de absorción de anticuerpo treponémico fluorescente
GNID	por su sigla en inglés diplococos gramnegativos intracelulares
HLD	por su sigla en inglés desinfección de alto nivel
HPV	virus papiloma humano
Iatro	iatrogénica
IM	intramuscular
ITR	infecciones del tracto reproductivo
ITS	infecciones de transmisión sexual
ITU	infección del tracto urinario
IV	intravenoso
LGV	linfogranuloma venéreo
MEC	por su sigla en inglés criterios de elegibilidad médica
MHA-TP	por su sigla en inglés prueba de microhemaglutinación para detección de anticuerpos de <i>Treponema pallidum</i>
MTCT	por su sigla en inglés transmisión vertical
MVA	por su sigla en inglés Aspiración al vacío manual
OMS	Organización Mundial de la Salud (World Health Organization)
PCR	por su sigla en inglés Proteína C reactiva
PCR	por su sigla en inglés reacción en cadena de la polimerasa
PEP	profilaxis postexposición
PF	planificación familiar
RPM	rotura prematura de membranas
RPR	por su sigla en inglés reagina rápida en plasma
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SMI	salud materno infantil
SUG	síndrome de úlcera genital

TPHA	por su sigla en inglés prueba de hemaglutinación para <i>Treponema pallidum</i>
TV	<i>Trichomonas vaginalis</i>
UI	unidades internacionales
VB	vaginosis bacteriana
VCT	por su sigla en inglés tamizaje voluntario con consejería
VD	por su sigla en inglés flujo vaginal
VDRL	por su sigla en inglés laboratorio de investigación de enfermedades venéreas
VHB	virus de la hepatitis B
VHS	virus herpes simplex
VIH	virus de inmunodeficiencia humana
WBC	por su sigla en inglés leucocitos

PRÓLOGO

El propósito de esta publicación es ayudar a los administradores y profesionales de la salud de regiones del mundo con recursos limitados para atender la salud reproductiva, a satisfacer las necesidades de las personas que se encuentran en riesgo de contraer infecciones del tracto reproductivo (ITR).

Se sobreentiende que los lectores están familiarizados con determinados conocimientos clínicos como por ejemplo, fármacos y dosis, aunque quizás no tengan experiencia en el manejo de las infecciones de transmisión sexual (ITS) e infecciones del tracto reproductivo (ITR).

Refleja el aporte de un gran número de expertos internacionales que revisaron y analizaron distintos aspectos del documento para asegurar que las recomendaciones estén basadas en la mejor evidencia disponible, y en lo que se considera como resultados favorables para la salud pública. Además, para validar la utilidad de las recomendaciones en los diferentes escenarios alrededor del mundo, el manual fue revisado minuciosamente por los médicos y administradores del programa en diversos países antes de ser publicado.

Está disponible una publicación que acompaña a esta Guía, titulada: *Pautas para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual*. Esta publicación presenta las recomendaciones revisadas tanto para el abordaje sindrómico de pacientes con síntomas de ITS como para el tratamiento de ITS específicas, basadas en la evidencia y en los datos de vigilancia epidemiológica alrededor del mundo. También proporciona información sobre notificación y manejo de las parejas sexuales y sobre las ITS en niños y adolescentes.

Otra publicación que acompaña a esta guía se titula: *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía de bolsillo para la práctica esencial*. Esta publicación contiene un resumen de la información esencial para facilitar la consulta de los diagramas de tratamiento, tablas de tratamiento, temas de orientación y otra información que se presenta en un formato fácil de llevar. La guía de bolsillo puede servir como herramienta de trabajo para que los prestadores la utilicen en la interacción diaria con sus pacientes.

LA GUÍA

Esta Guía se desarrolló para ser utilizada en servicios de salud reproductiva (consultorio de control prenatal, planificación familiar y salud materno infantil) y está dirigida a las mujeres, ya que ellas son las pacientes “tradicionales” en estos servicios. A diferencia de los hombres, las mujeres rara vez acuden a los consultorios especializados en ITS con sus problemas y a menudo no presentan síntomas si están infectadas. Las visitas a un servicio de salud reproductiva pueden ser su único contacto con el sistema de salud. Sin embargo, en este documento también se consideran los hombres y adolescentes, ya que es necesario contactarlos para ofrecerles servicios de prevención, para lograr resultados favorables en la salud pública a través de la prevención y el tratamiento de las ITS/ITR.

Obsérvese que en este documento no se le ha dado una cobertura exhaustiva al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), si bien se han hecho referencias al VIH cuando era necesario. Esto se debe a que, aunque técnicamente el VIH es una ITS, no es una infección del tracto reproductivo. La hepatitis B y C constituyen otros ejemplos de ITS que no son ITR y no están cubiertas en esta Guía. Para mayor información sobre infección por el VIH, ver el Anexo 5 (información adicional y lecturas sugeridas) y visite <http://www.who.int/HIV>.

Esta Guía pretende ser un manual de referencia y un recurso para educar a los trabajadores de la salud y recordarles la necesidad de tener en cuenta las ITS/ITR cuando prestan otros servicios de salud reproductiva. Recomienda prácticas preventivas y de atención a los pacientes que tienen o que pueden estar en riesgo de contraer infecciones del tracto reproductivo. Como tal, podría utilizarse para la capacitación inicial o en servicio de los prestadores de servicios de salud, como fuente actualizada de recomendaciones basadas en la evidencia y como herramienta de autoinstrucción en prevención, tratamiento y diagnóstico de las ITR.

Los administradores del programa pueden usarla como punto de partida para mejorar las políticas, programas y capacitación para la prevención y el tratamiento de las ITS/ITR, adaptando la información y las recomendaciones según las necesidades que presenten las condiciones locales.

La información está agrupada de acuerdo con los “motivos para la visita”. Se alienta a los prestadores a considerar la posibilidad de ITS/ITR, de educar y orientar a sus pacientes en prevención ITS/ITR y a ofrecerles el tratamiento necesario. Los prestadores pueden utilizar la Guía en su totalidad o centrarse en las secciones que son importantes en su práctica diaria.

TERMINOLOGÍA

No todas las infecciones de transmisión sexual son infecciones del tracto

¹Actualmente, la OMS está preparando una adaptación de la guía para los administradores de programas.

reproductivo y no todas las infecciones del tracto reproductivo se transmiten por vía sexual. ITS alude a la forma de transmisión en tanto ITR se refiere al lugar afectado.

El término infecciones del tracto reproductivo es amplio e incluye infecciones de transmisión sexual así como otras infecciones del tracto reproductivo que no se transmiten a través del contacto sexual. Por el contrario, ya que en la mayoría de los casos las ITS tienen consecuencias sobre la salud mucho más graves que otras ITR, el término ITS/ITR se ha utilizado en toda la guía para destacar la importancia de las ITS dentro de las infecciones del tracto reproductivo. Cuando la información provista en el documento es relevante para las infecciones de transmisión sexual solamente, el término ITS se utiliza en forma independiente.

ORGANIZACIÓN DE LA GUÍA

La Guía está dividida en tres secciones:

- La **Sección 1** aporta información básica sobre la carga de las ITS/ITR y sus complicaciones, cómo se propagan y cómo pueden tratarse. Incluye información general de salud pública en aspectos específicos de prevención y atención que se tratan en las Secciones 2 y 3. Analiza, asimismo, las destrezas y el conocimiento básico que los prestadores de salud deben tener para la detección y prevención de las ITS/ITR.
- La **Sección 2** describe cómo abordar las ITS/ITR como parte integral de los servicios de salud reproductiva. Incluye información sobre reducción de riesgos, detección de infecciones y prevención de complicaciones durante las visitas de rutina al consultorio de control prenatal, de atención postparto y de planificación familiar. También contempla algunos temas de importancia para hombres y adolescentes quienes habitualmente no utilizan los servicios de salud reproductiva.
- La **Sección 3** aborda el manejo de las ITS/ITR (cómo diagnosticar y tratar los problemas relacionados con las ITS/ITR) utilizando un método orientado al problema que permita un rápido acceso a la información. En esta sección se consideran los problemas específicos que quizá se descubran durante las visitas de atención de la salud reproductiva.

Cada capítulo empieza con un resumen de la información y las recomendaciones que éste contiene. A lo largo de la Guía, se explican los pasos más importantes para la toma de decisiones, y la mayoría de las recomendaciones también se presentan en diagramas de flujo y tablas. Los diagramas de flujo pueden ayudar a simplificar problemas complejos y permiten un abordaje sistemático al manejo de las ITS/ITR. Sin embargo, ningún diagrama de flujo puede cubrir todas las situaciones clínicas posibles. Los prestadores de salud deben ser capaces de reconocer cuándo dejar de usar los diagramas de flujo y buscar ayuda adicional. Aunque esta guía los ayudará a manejar con eficacia los problemas relacionados con las ITS/ITR, sólo la experiencia les indicará cuando investigar otros problemas.

20 PASOS PARA REDUCIR LAS ITS/ITR

Paso 1	Desarrolle la conciencia sobre las ITS/ITR y sus consecuencias: infertilidad, pérdida de embarazos, muerte materna y VIH/SIDA.
Paso 2	Prepare su servicio para que quienes acudan con dudas relacionadas con las ITS/ITR se sientan cómodos.
Paso 3	Promueva los servicios. Encuentre la forma de que los hombres se comprometan en la prevención de las ITS y asegúrese de que los jóvenes conozcan los servicios y se sientan cómodos al utilizarlos. Establezca contacto con las poblaciones vulnerables como una de las mejores maneras de controlar la transmisión de las ITS en la comunidad.
Paso 4	Suministre condones, promueva el uso de condones y oriente sobre la reducción del número de parejas sexuales o sobre demorar la iniciación de la actividad sexual para reducir el riesgo de las ITS.
Paso 5	Realice procedimientos transcervicales de forma segura para prevenir la infección iatrogénica.
Paso 6	Comunique a las mujeres sobre qué medidas sencillas adoptar para prevenir infecciones endógenas.
Paso 7	Evalúe el riesgo individual de contraer una ITS/ITR de la paciente para ofrecerle orientación sobre prevención o tratamiento.
Paso 8	Oriente sobre la prevención de las ITS/ITR y pregunte por síntomas de las ITS/ITR en cada visita de planificación familiar o control prenatal. Busque signos de ITS/ITR cada vez que examine por otras causas.
Paso 9	Realice tamizajes para sífilis y busque oportunidades para realizar tamizajes de otras ITS/ITR.
Paso 10	Cúidese de no etiquetar a las personas como portadoras de una ITS cuando el diagnóstico no está confirmado.
Paso 11	Eduque a todos los pacientes sobre la prevención de las ITS/ITR.
Paso 12	Eduque a los pacientes con ITS/ITR para que completen el tratamiento y refieran a sus parejas para tratamiento.
Paso 13	Aprenda a orientar a las pacientes para que cambien su conducta.
Paso 14	Promueva la doble protección para prevenir tanto las ITS/ITR como el embarazo.
Paso 15	Promueva la concurrencia temprana a los consultorios de control prenatal. Oriente sobre la prevención de ITS/ITR para un embarazo más seguro.

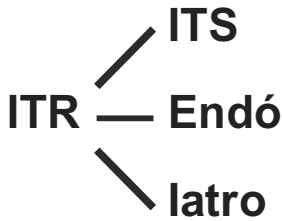
Paso 16	Realice tamizajes para sífilis a todas las embarazadas por lo menos una vez durante cada embarazo y asegúrese que las mujeres (y sus parejas) con pruebas positivas reciban tratamiento.
Paso 17	Ofrezca anticoncepción de emergencia, tratamiento presuntivo para ITS y, si esta disponible, profilaxis postexposición para VIH a las mujeres que hayan sido violadas.
Paso 18	Para manejar efectivamente las ITS/ITR sintomáticas, use diagramas de flujo de abordaje sindrómicos, o donde sea posible, use diagnóstico de laboratorio.
Paso 19	Trate a las parejas cuando sea probable que una ITR sea transmitida por vía sexual, pero sea prudente al orientar a la paciente y a su pareja cuando no tenga certeza.
Paso 20	Trate agresivamente las infecciones del tracto genital superior (en especial las infecciones posteriores a un aborto o nacimiento) para proteger la vida de la mujer y su fertilidad.

SECCIÓN 1 CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LAS ITS/ITR

La Sección 1 presenta información básica sobre las ITS/ITR y sus complicaciones, las vías de propagación y lo que podemos hacer en relación con ellas. También analiza los conocimientos y destrezas que deben tener los proveedores de servicios de salud para poder detectar y prevenir las ITS/ITR.

La **Sección 2** brinda orientación sobre el abordaje de las ITS/ITR a través de los servicios de salud reproductiva. También contempla algunas maneras de establecer contacto con hombres, adolescentes y otras personas que habitualmente no utilizan los servicios de salud reproductiva.

La **Sección 3** aborda el manejo de las ITS/ITR (cómo diagnosticar y tratar los problemas relacionados con las ITS/ITR) e incluye diagramas de flujo y tablas de tratamiento. Esta sección está organizada según un enfoque de solución de problemas que permite un rápido acceso a la información.



CAPÍTULO 1. INFECCIONES DEL TRACTO REPRODUCTIVO EN EL HOMBRE Y LA MUJER Y SUS CONSECUENCIAS

Para recordar

- Las infecciones del tracto reproductivo (ITR) son causadas por microorganismos que normalmente están presentes en el tracto reproductivo, o que son introducidos desde el exterior durante el contacto sexual o durante procedimientos médicos. Estas categorías de ITR, diferentes aunque superpuestas, se denominan **infecciones endógenas, infecciones de transmisión sexual (ITS) e infecciones iatrogénicas**, y reflejan la forma en que son adquiridas y se propagan.
- Más de 340 millones de ITS curables y muchas más enfermedades incurables ocurren cada año. En mujeres, las ITR no transmitidas sexualmente son generalmente más comunes.
- Las ITS/ITR se encuentran entre las **causas de morbilidad materna y perinatal** más importantes. Las complicaciones graves de las ITS/ITR, como el embarazo ectópico, la enfermedad pélvica inflamatoria, el trabajo de parto prematuro, el aborto espontáneo, la muerte fetal y las infecciones congénitas, pueden conducir a una discapacidad crónica (como infertilidad y cáncer genital) y a la muerte. El aumento en el riesgo de adquirir o de transmitir el VIH/SIDA es otra consecuencia de las ITS/ITR.
- Se requieren esfuerzos tanto en los servicios de salud como en la comunidad para reducir la carga de las ITR.
- La efectividad en la **prevención y el tratamiento de casos** por parte de los trabajadores de salud reducen la carga de las ITS/ITR de distintas formas. El tratamiento efectivo reduce la transmisión de las ITS en la comunidad, y los procedimientos clínicos seguros y apropiados significan menos infecciones iatrogénicas.
- Para promover la prevención de la infección y el uso de los servicios de salud y lograr una reducción en la transmisión de la enfermedad dentro de la comunidad se requiere contactar y educar a los miembros.

¿QUÉ SON LAS ITR?

Las infecciones del tracto reproductivo son infecciones del tracto genital. Afectan tanto a mujeres como a hombres. Algunas ITR (como la sífilis y la gonorrea) son de **transmisión sexual**, pero otras no lo son. En las mujeres, el crecimiento excesivo de microorganismos **endógenos** que se habitualmente encuentran en la vagina puede causar una ITR (infección por levaduras, vaginosis bacteriana). Las intervenciones médicas pueden provocar una infección **iatrogénica** de distintas maneras: durante un procedimiento transcervical, los microorganismos endógenos de la vagina o los microorganismos sexualmente transmitidos que se encuentren en el cuello uterino pueden ser introducidas en el tracto genital superior y causar infección grave en el útero, trompas de Falopio y otros órganos de la pelvis. Los microorganismos que están fuera del cuerpo también pueden ser introducidos en el tracto genital durante los procedimientos médicos. En los hombres, las infecciones de transmisión sexual son mucho más comunes que las infecciones endógenas o iatrogénicas.

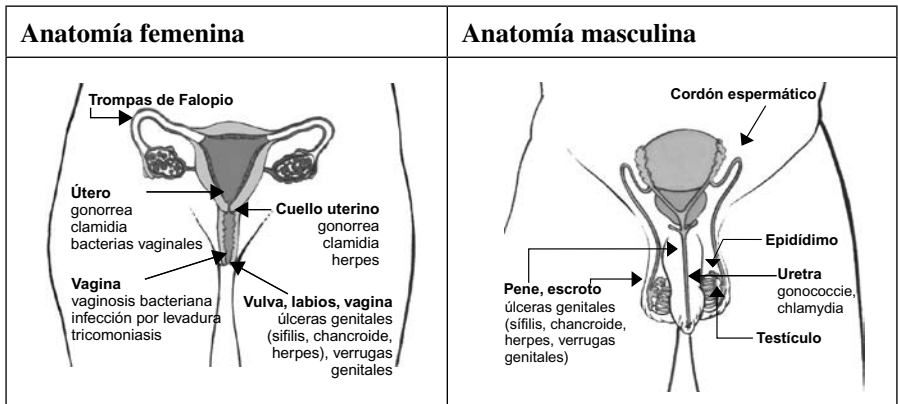
Estas categorías diferentes de infecciones están incluidas en forma conjunta en esta guía por varias razones:

- La prevención de las ITS/ITR y sus complicaciones requieren un abordaje común dentro de los servicios de salud reproductiva.
- La presentación clínica de las distintas ITS/ITR tiene elementos comunes, particularmente en las mujeres. Los síntomas que advierten las pacientes y hasta los signos clínicos que detectan los prestadores de salud frecuentemente son similares, por lo que resulta difícil la distinción entre ITR por transmisión sexual y no sexual.
- En los servicios de salud reproductiva como los consultorios de control prenatal y de planificación familiar, las ITR no transmitidas sexualmente son más comunes que las ITS. Es necesario utilizar diferentes tratamientos para proporcionar la atención adecuada y minimizar el estigma. Los prestadores de salud deberían tener en cuenta que rotular una enfermedad como de transmisión sexual puede ser un error con graves consecuencias sociales para la pareja.

Tabla 1.1. Tipos de ITS/ITR

	De dónde vienen	Cómo se propagan	Ejemplos comunes
Infecciones endógenas	Microorganismos que habitualmente se encuentran en la vagina	Generalmente no se propagan de persona a persona, aunque el crecimiento excesivo puede desencadenar síntomas	Infección por levaduras, vaginosis bacteriana
Infecciones de transmisión sexual	Parejas sexuales con ITS	Contacto sexual con pareja infectada	Gonorrea, clamidia, sífilis, chancroide, tricomoniasis, herpes genital, verrugas genitales, VIH
Infecciones iatrogénicas	Desde el interior o el exterior del cuerpo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Endógenas (vagina) ▪ ITS (cuello uterino o vagina) ▪ Contaminación desde el exterior 	Mediante procedimientos médicos o después de un examen o intervención durante el embarazo, parto, postparto o en la planificación familiar (por ejemplo, la inserción del DIU) y en cuadros ginecológicos. La infección puede ser introducida a través del cuello uterino hacia el tracto genital superior y causar infección grave en el útero, trompas de Falopio y otros órganos de la pelvis. Agujas contaminadas u otros instrumentos, como por ejemplo, las sondas uterinas, pueden transmitir infecciones si las técnicas de esterilización o de manipulación del material es deficiente.	Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) después de un aborto u otro procedimiento transcervical. También, muchas de las complicaciones infecciosas del embarazo y del período postparto.

Figura 1.1. Sitios donde se produce la infección



POR QUÉ LAS ITS/ITR SON IMPORTANTES

LAS ITS/ITR SON COMUNES

Las ITS/ITR son responsables de un gran porcentaje de la carga global de enfermedad. La OMS calcula que en 1999 se produjeron más de 340 millones de nuevos casos de cuatro ITS curables (gonorrea, clamidia, sífilis y tricomoniasis). Si se incluyen las ITS virales como el papilomavirus humano (HPV), virus del herpes simple (HSV) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el número de nuevos casos podría ser tres veces superior. Entre las mujeres, las ITR no transmitidas por vía sexual son aún más comunes.

Cuadro 1.1. Dónde ocurren las ITS/ITR

Las ITS/ITR se encuentran en todo el mundo pero son más comunes en algunas áreas. La transmisión y prevalencia (qué tan comunes son) están influenciadas por factores sociales y económicos así como por la biología y el comportamiento. De esta manera, la carga de las ITS/ITR presenta grandes variaciones de región a región y de una comunidad a otra. Donde las ITS/ITR son comunes, también son comunes sus complicaciones.

- Las ITS como sífilis, gonorrea y chancroide se propagan con más rapidez en lugares donde las comunidades están desorganizadas, donde el trabajador migrante es común, y donde las redes de comercio sexual están activas.
- Las infecciones iatrogénicas son más comunes donde hay muchas ITS, y donde los prestadores de salud no tienen la capacitación o los insumos para realizar los procedimientos en forma segura. Las infecciones postparto y postaborto son más comunes donde no se dispone de adecuados servicios y donde el control posterior no está disponible.
- Las infecciones endógenas, como la infección por levaduras y la vaginosis bacteriana, son comunes en todo el mundo y están influenciadas por factores ambientales, higiénicos, hormonales y otros.

LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS ITS/ITR SON IMPORTANTES

La tabla 1.2 enumera algunos síndromes comunes causados por infecciones que afectan principalmente el tracto reproductivo. Algunas son transmitidas por vía sexual, otras no. Algunas pueden curarse fácilmente con antibióticos u otros agentes, mientras que otras son incurables. Es fundamental comprender estas diferencias para poder brindar atención efectiva y orientación adecuada a pacientes que presentan síntomas del tracto reproductivo. La tabla no incluye ITS como infección por el VIH o por el virus de la hepatitis B ya que no se presentan con un síndrome característico.

Tabla 1.2. Síndromes de ITS/ITR comunes

Síndrome	ITS/ITR	Microorganismo	Tipo	Transmisión por vía sexual	Curable
Úlcera genital	Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	bacteriana	sí	sí
	Chancroide	<i>Haemophilus ducreyi</i>	bacteriana	sí	sí
	Herpes	Virus Herpes simplex (VHS-2)	viral	sí	no
	Granuloma inguinal (donovanosis)	<i>Klebsiella granulomatis</i>	bacteriana	sí	sí
	Linfogranuloma venéreo	<i>Clamidia trachomatis</i>	bacteriana	sí	sí
Flujo	Vaginosis bacterial	múltiples	bacteriana	no	sí
	Infección por hongos	<i>Candida albicans</i>	fúngica	no	sí
	Gonorrea	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	bacteriana	sí	sí
	Clamidia	<i>Clamidia trachomatis</i>	bacteriana	sí	sí
	Tricomoniiasis	<i>Trichomonas vaginalis</i>	por protozoarios	sí	sí
Otro	Verrugas genitales	Papilomavirus humano (HPV)	virus	sí	no

LAS ITS/ITR CAUSAN PROBLEMAS DE SALUD GRAVES

Las consecuencias de las ITS/ITR pueden ser graves para la salud reproductiva y amenazar la vida. Estas incluyen, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), infertilidad (en mujeres y hombres), embarazo ectópico, y resultados adversos en el embarazo, a saber: aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro e infección congénita. Las ITS/ITR también aumentan el riesgo de transmisión del VIH (véase Anexo 5 para obtener una lista más completa de las complicaciones de las ITR).

La mayoría de las ITS/ITR pueden afectar tanto a hombres como a mujeres, aunque las consecuencias en las mujeres son más comunes y más graves que en los hombres (Cuadro 1.2). De hecho, las ITS/ITR y sus complicaciones figuran entre las **causas más importantes de enfermedad y muerte** en mujeres que habitan las regiones pobres del mundo. Se estima que solamente las complicaciones infecciosas del

embarazo (infecciones postaborto y postparto) causan alrededor de un tercio de las 500.000 muertes maternas que se producen por año. La mayoría de esta carga de enfermedad evitable está concentrada en las poblaciones de bajos recursos (Tabla 1.3).

Las ITS/ITR también ocasionan resultados adversos en el embarazo. La infección de la placenta o del saco amniótico (corioamnionitis) causada por microorganismos transmitidos por vía sexual o endógena es una causa importante de aborto espontáneo tardío y muerte fetal. La infección puede producir rotura prematura de membranas (RPM) y parto prematuro. La infección congénita por sífilis, gonorrea, clamidia, virus del herpes simple, hepatitis B y VIH puede ocasionar ceguera, discapacidad y muerte del recién nacido.

Cuadro 1.2. Complicaciones de la infección del tracto genital superior en la mujer

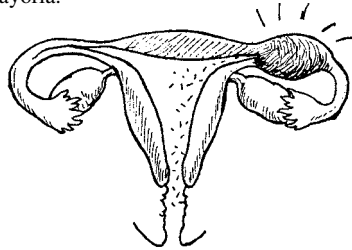
1. Enfermedad pélvica inflamatoria.

Algunas de las consecuencias más graves de las ITR en la mujer ocurren cuando una infección del tracto genital inferior (cuello uterino o vagina) o microorganismos externos alcanzan el tracto genital superior (útero, trompas de Falopio, ovarios y estructuras adyacentes). La infección puede generalizarse y poner en riesgo la vida, y el daño tisular y la cicatrización resultante pueden ocasionar infertilidad, dolor pélvico crónico y mayor riesgo de embarazo ectópico.

3. En las mujeres, la **infertilidad** suele ser producto de la enfermedad pélvica inflamatoria no tratada; y en los hombres, se desarrolla después de la epididimitis y cicatrización uretral. En realidad, las complicaciones de las ITR son las causas de **infertilidad** prevenibles más importantes en zonas donde la imposibilidad de procrear es muy común. El aborto espontáneo recurrente y la muerte fetal intrauterina, a menudo consecuencias de una ITR como la sífilis, son otras de las razones importantes por las cuales las parejas no pueden tener hijos.

2. La infección del tracto genital superior puede desarrollarse en cualquier momento, pero las mujeres son más vulnerables inmediatamente después del parto o aborto.

Las complicaciones infecciosas del aborto y la infección postparto son causas principales de mortalidad materna y son prevenibles en su mayoría.



4. La cicatrización y la obstrucción tubárica que con frecuencia son secuela de la EPI pueden ser totales o parciales. Aun así, puede haber fertilización con obstrucción tubárica parcial, aunque el riesgo de implantación en las trompas de Falopio u otro lugar extrauterino (**embarazo ectópico**) es elevado. La rotura tubárica por embarazo ectópico, junto con las complicaciones del aborto e infección postparto, son una causa común y prevenible de muerte materna en lugares con alta prevalencia de ITS/ITR y EPI.

Tabla 1.3. Riesgos y carga de infección y complicaciones del tracto genital superior

Enfermedad o complicación	Riesgo	Situación en comunidades de bajos ingresos
Infección cervical	La gonorrea y la clamidia cervical pueden ascender hacia el tracto genital superior. Los procedimientos transcervicales aumentan el riesgo de infección ascendente.	La infección por gonorrea o clamidia puede ser de 10 a 100 veces más frecuente en las comunidades de bajos ingresos que en las de ingresos elevados.
EPI	Se estima que entre el 8 y 10% de la clamidia y entre el 8 y 20% de la gonorrea progresan a EPI.	Estimación de admisiones hospitalarias ginecológicas relacionadas con infección pélvica: entre el 17 y el 40% en África; entre el 15 y el 37% en el Sudeste Asiático.
Infección postaborto	Se estima que entre el 10 y el 23% de mujeres con clamidia y el 15% con gonorrea desarrollan infección del tracto genital superior después de un aborto inseguro.	En las regiones en desarrollo, entre el 7 y el 29% de las muertes maternas se deben a infección postaborto. Mayor porcentaje en abortos clandestinos.
Infección postparto	Poco frecuente con parto normal si no se introduce nada en la vagina durante el trabajo de parto.	Infección posterior al parto vaginal hasta 10 veces más frecuente en los países en vías de desarrollo. Explica hasta el 30% de las muertes maternas.
Infertilidad	Riesgo de infertilidad del 15 al 25% después de un episodio de EPI; del 50 al 60% después del tercer episodio. Tasas más elevadas cuando no se dispone de tratamiento antibiótico.	La mayor parte de casos de infertilidad están relacionados a infección.
Embarazo ectópico	Riesgo entre 6 y 10 veces más elevado en mujeres que han tenido EPI.	Hasta 32 embarazos ectópicos por cada 1.000 nacidos vivos en África.

Otras ITS/ITR también pueden tener consecuencias graves o fatales. Algunos tipos de papilomavirus humano incrementan en gran medida el riesgo de **cáncer cervical**, una de las causas principales de muerte por cáncer en las mujeres. El **SIDA** es consecuencia de la **infección por el VIH**, una infección de transmisión sexual. El VIH se adquiere y se transmite con mayor facilidad en presencia de otras ITS/ITR (Cuadro 1.3). En muchas regiones donde la prevalencia del VIH es alta, también se observan tasas altas de ITS/ITR curables.

Cuadro 1.3. ITS/ITR y VIH de transmisión sexual

<p>El VIH se transmite de la misma forma que otras ITS; la prevención de las ITS también previene la transmisión sexual de la infección por VIH.</p> <p>El tratamiento efectivo de las ITS disminuye el nivel del VIH en las secreciones genitales, disminuyendo así las probabilidades de transmisión del VIH.</p>	<p>Muchas ITS/ITR aumentan el riesgo de adquirir la infección por VIH así como las probabilidades de transmitirla a otros (de 50 a 300 veces por cada contacto sexual en presencia de úlceras genitales, por ejemplo). La transmisión del VIH es más probable en presencia de ITS/ITR por varias razones:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ El VIH puede atravesar fácilmente por las lesiones causadas por úlceras genitales en la piel o en mucosas.▪ El VIH puede unirse a la gran cantidad de leucocitos presentes en las secreciones genitales.▪ Altas cantidades del VIH se encuentran en las úlceras y líquidos genitales (semen, secreciones cervicales) de las personas con ciertas ITS.
---	---

¿CÓMO ACTUAR ANTE LAS ITR?

La mayoría de los problemas de salud graves causados por las ITS/ITR pueden prevenirse. Las comunidades que acceden a servicios efectivos de prevención y de tratamiento tienen tasas bajas de ITS/ITR y de complicaciones por ITS/ITR que las comunidades en las cuales los servicios son deficientes, desorganizados y no utilizados por las personas en riesgo. Sin embargo, la reducción de la carga de ITS/ITR requiere algo más que un buen manejo clínico de pacientes individuales. Las ITS/ITR son transmitidas en la comunidad y, si las intervenciones se limitan a los servicios de salud, se pasa por alto gran parte del problema. El Cuadro 1.4 enumera algunas barreras importantes para controlar las ITS/ITR a nivel de la comunidad y cómo actuar al respecto.

Cuadro 1.4. Algunas barreras para el control de las ITS/ITR a nivel de la comunidad

Naturaleza del problema	Soluciones posibles
La pobreza y la migración por trabajo separan a las familias y conduce a conductas sexuales riesgosas.	Las políticas económicas y sociales que reducen la separación de familias pueden disminuir el riesgo y la vulnerabilidad.
La baja condición social de las mujeres limita sus posibilidades económicas y conduce a comportamientos sexuales riesgosos. Las mujeres pueden tener relaciones sexuales por dinero u otras formas de sostén económico. La baja condición social también supone escaso control sobre las decisiones y menor capacidad para negociar con las parejas.	Las oportunidades educativas y laborales para las jóvenes disminuyen la influencia económica del trabajo sexual, confieren poder a las mujeres y reducen el riesgo de ITS.
Los servicios de salud inadecuados tienen poco que ofrecer para la prevención y la atención de las ITS/ITR.	Los servicios de salud mejorados suponen mejor prevención y atención.
Las personas no tienen fácil acceso a los servicios de salud.	La reducción de barreras como el costo, distancia, horarios de atención limitados y tiempos de espera prolongados suponen un mejor acceso a la atención.
Las personas no utilizan los servicios de salud (conducta inadecuada de búsqueda de servicios de salud).	Una mayor conciencia sobre los síntomas y complicaciones de las ITS/ITR y la promoción de mejores servicios de salud podrán convencer a un mayor número de personas a utilizarlos.

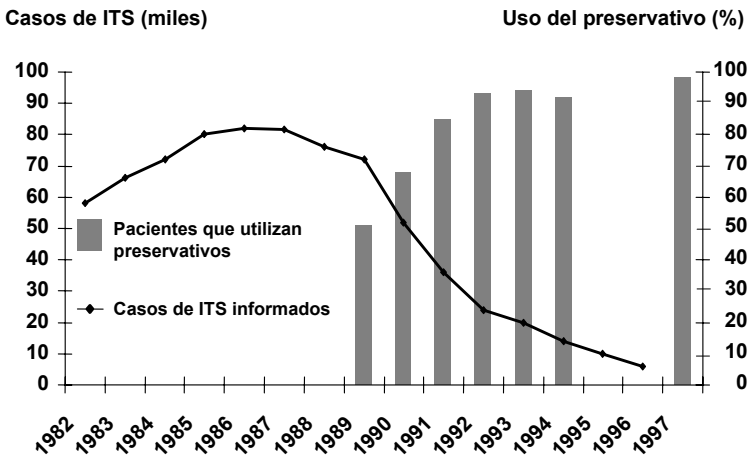
Algunos países han reducido en gran medida la prevalencia y la transmisión de las ITS/ITR más comunes corrigiendo estos factores sociales y estructurales. Recientemente, Tailandia redujo la incidencia de las ITS más comunes en más del 90% al promover el uso de condones y mejorar el tratamiento de las ITS en las trabajadoras sexuales (Cuadro 1.5). En países donde se dispone de servicios seguros, la morbilidad materna por complicaciones asociadas al parto y el aborto ha disminuido de manera radical. En otros países, los altos índices de morbimortalidad prevenible en salud reproductiva hacen que la prevención y el control de estas infecciones ocupen un lugar prioritario en salud pública.

Cuadro 1.5. Efectivo control de las ITS y prevención del VIH en Tailandia

En respuesta a una epidemia de VIH de rápido crecimiento en los últimos años de la década de 1980, Tailandia tomó medidas para reducir la transmisión por vía sexual del VIH y de otras ITS. Se promovió intensamente el uso de condones, en particular entre las redes de comercio sexual, y se fortaleció el diagnóstico y tratamiento de las ITS. En cinco años, el uso de condones reportado por las trabajadoras sexuales había aumentado del 14% al 94% y las tasas de ITS estaban disminuyendo (véase figura 1.2). Durante el mismo período, la prevalencia del VIH disminuyó tanto en grupos de alto riesgo como en embarazadas (no se muestra). Un fuerte compromiso gubernamental y el uso de estrategias focalizadas en las poblaciones donde ocurría la mayor proporción de transmisión de ITS, fueron factores importantes en el éxito de Tailandia.

Figura 1.2. Clientes que utilizan preservativos y casos de ITS informados - Tailandia

Pacientes que utilizan preservativos y casos de ITS informados - Tailandia



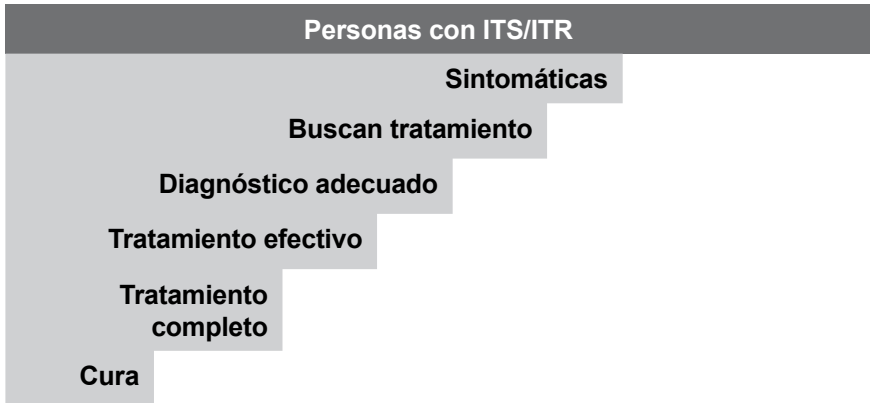
Fuente: Sentinel Serosurveillance. Division of Epidemiology. Ministry of Public Health.

EL ROL DE LOS SERVICIOS CLÍNICOS EN LA REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ITS/ITR

Son múltiples los desafíos para brindar servicios de atención efectivos para las ITS/ITR a personas que los necesitan (Figura 1.2). Muchas personas con una ITS/ITR no buscan tratamiento porque no presentan síntomas o tienen síntomas leves y no se dan cuenta que algo está mal. Otros que tienen síntomas pueden optar por tratarse solos o buscar tratamiento en las farmacias o acudir a curanderos tradicionales. Aún aquellos que acuden al servicio de salud pueden tener un diagnóstico y tratamiento

incorrectos. Al final, sólo una pequeña proporción de personas con ITS/ITR puede curarse y prevenir la reinfección. El objetivo de esta guía es ayudar a aumentar esa proporción.

Figura 1.3. Desafíos relacionados con la prestación de servicios para el tratamiento de las ITS/ITR



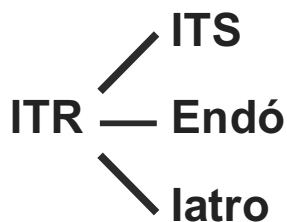
Muchos de estos desafíos pueden resolverse aprovechando al máximo las oportunidades para promover la prevención, mejorar las conductas de búsqueda de servicios de salud, y detectar y tratar las infecciones existentes. Los prestadores de salud deberían:

- **Aumentar la conciencia** en la comunidad sobre las ITS/ITR y cómo pueden prevenirse, en especial entre las poblaciones que puedan tener mayor riesgo.
- **Promover la utilización temprana de los servicios clínicos** para curar las ITS/ITR y prevenir las complicaciones. Enseñar a las personas a reconocer síntomas y en qué momento buscar atención.
- **Promover prácticas sexuales seguras**, como el uso consistente de condones, disminución del número de parejas, y postergación de la iniciación sexual, al orientar a los pacientes.
- **Detectar las infecciones** no evidentes. Preguntar sobre síntomas de ITS/ITR cuando las pacientes acudan por servicios de planificación familiar o por otras razones. Buscar signos de ITS/ITR al realizar exámenes físicos. Realizar tamizajes para infecciones asintomáticas cuando sea posible.
- **Prevenir las infecciones iatrogénicas** siguiendo las precauciones universales de bioseguridad, usando técnicas asépticas y descartando o tratando las infecciones cervicales antes de realizar procedimientos transcervicales.
- **Manejar las ITS/ITR sintomáticas** en forma efectiva. Cumplir las pautas para el abordaje sindrómico en el manejo de casos de las ITS/ITR.

- **Orientar a los pacientes** para que no vuelvan a infectarse después del tratamiento. Alentarlos a cumplir con el tratamiento, colaborar con la notificación y tratamiento de la pareja y reforzar la prevención.

Los servicios de ITS/ITR nunca deberían considerarse como un componente opcional de los servicios de salud reproductiva. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (International Conference on Population and Development) realizada en 1994 en El Cairo (Egipto) enfatizó que, para asegurar un futuro reproductivo saludable, la prestación de servicios clínicos para disminuir las ITS en los servicios de planificación familiar era esencial. Evidentemente, existe una oportunidad para establecer contacto con muchas mujeres cuya única relación con el sistema de salud son los servicios de salud reproductiva. La mayor parte de estas mujeres son sexualmente activas, muchas están en riesgo de adquirir una infección y algunas ya la portan.

Una estrategia combinada de intervenciones efectivas en la comunidad y de servicios clínicos mejorados puede tener gran impacto sobre las ITS/ITR y sus complicaciones. Mejores servicios clínicos aumentan el número de personas que son curados. Una prevención más efectiva en la comunidad, especialmente cuando alcanza a quienes están en mayor riesgo, puede reducir el problema global de las ITS/ITR. La combinación de estrategias beneficia a todos.



CAPÍTULO 2. LA PREVENCIÓN DE LAS ITS/ITR Y SUS COMPLICACIONES

Para recordar

- Un abordaje integral de las ITS/ITR incluye la prevención de infecciones de transmisión sexual, iatrogénicas y endógenas.
- La prevención de las ITS supone **reducir la exposición** mediante el uso de condones y la reducción del número de parejas sexuales. Los condones deben utilizarse **correcta y consistentemente** para prevenir las ITS.
- Los adolescentes deberían recibir apoyo para tomar decisiones relativas a la **postergación en la iniciación de la actividad sexual**.
- El riesgo de infección iatrogénica puede reducirse mediante procedimientos correctos para el **control de infecciones**.
- Cuando las ITS son frecuentes, el riesgo de complicaciones iatrogénicas después de un procedimiento transcervical puede reducirse con un **tratamiento antibiótico completo para infecciones cervicales** en caso de que dicha infección no pueda ser descartada rotundamente.

Como se describe en el Capítulo 1, las ITS/ITR se propagan de diferentes maneras:

- **Transmisión sexual:** muchas ITR se transmiten por vía sexual; mientras más alto sea el porcentaje de transmisión en la comunidad, mayor será el número de complicaciones.
- **ITS/ITR relacionadas con procedimientos médicos:** las infecciones y complicaciones de las ITS/ITR pueden desarrollarse después de procedimientos médicos, o después de exámenes o intervenciones durante el embarazo, parto o período postparto.
- **Infecciones endógenas:** algunas ITR son consecuencia del desarrollo anormal de microorganismos que normalmente se encuentran en la vagina. Estas ITR también pueden derivar en complicaciones.

Es necesario abordar cada una de estas áreas para lograr el máximo impacto sobre las ITS/ITR y sus complicaciones.

CÓMO PREVENIR LAS ITS

La mejor política para la prevención de las ITS es evitar la exposición. En el primer nivel de prevención, la probabilidad de exposición a las ITS, puede ser reducida mediante:

- la demora en la iniciación de la actividad sexual (para adolescentes);
- la reducción del número de parejas sexuales;
- la utilización correcta y consistente de condones.

La prevención de las ITS incluye **el pronto reconocimiento y el tratamiento efectivo cuando** se presentan. Ello no sólo disminuye las probabilidades de complicaciones para el paciente sino que también previene nuevas infecciones en la comunidad. Mientras más rápido se cure una ITS, menor será la posibilidad de que se transmita a otras personas.

DEMORA EN LA INICIACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

Los adolescentes pueden evitar las ITS y el embarazo, en un período en el que son particularmente vulnerables, postergando la actividad sexual hasta ser mayores. El apoyo para postergar la iniciación sexual es probablemente más importante en las jóvenes, quienes pueden padecer graves consecuencias de salud y sociales si quedan embarazadas o desarrollan una ITS. El cuerpo de las adolescentes es particularmente vulnerable a las infecciones cervicales que pueden derivar en EPI, infertilidad y embarazo ectópico. Las adolescentes deberían saber que pueden obtener ayuda e información confidencial sobre los métodos, incluido el uso de condones, para prevenir el embarazo y las ITS cuando decidan iniciar su actividad sexual.

REDUCCIÓN EN EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

El restringir el número de parejas sexuales puede ayudar a reducir la exposición a las

ITS. Por ejemplo, las personas que comparten una relación monogámica (ninguno tiene otras parejas sexuales) no están en riesgo de ITS si ninguno de los dos padece la infección. Sin embargo, muchas mujeres monógamas que han tenido una sola pareja sexual durante su vida desarrollan ITS. El riesgo de infección se relaciona con el comportamiento de su pareja y no del propio. La abstinencia sexual es otra forma de evitar el riesgo de una ITS (aunque otras ITR son posibles).

En algún momento de su vida, muchas personas necesitan alguna otra estrategia que no sea ni la monogamia ni la abstinencia. Las relaciones monógamas no brindan protección frente a las ITS cuando se dan una tras otra en rápida sucesión (“monogamia en serie”). Las parejas que permanecen separadas durante algún tiempo también pueden necesitar otras estrategias. Hombres y mujeres cuyos trabajos están relacionados con viajes (trabajadores golondrinas, vendedores, conductores de camiones, soldados) tienen más probabilidades de tener múltiples parejas y regresar a su hogar con una ITS. Bajo cualquier circunstancia, tanto las mujeres como los hombres con múltiples parejas (o cuyos compañeros tengan múltiples parejas) necesitan una protección confiable de las ITS.

UTILIZACIÓN CORRECTA Y CONSISTENTE DE CONDONES

Los **condones** son el método más confiable cuando las personas desean protegerse a sí mismas o a sus parejas de cualquier riesgo de ITS. Utilizados en forma correcta, constituyen una barrera que impide la entrada de bacterias o virus.

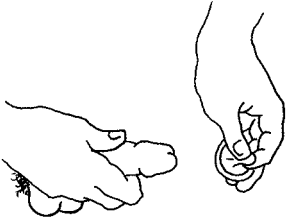
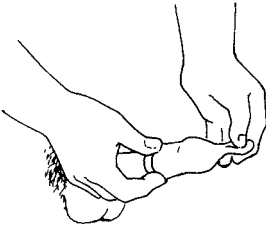

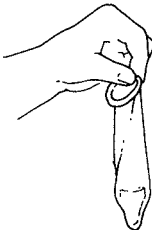
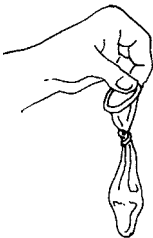
Los **condones masculinos** de látex están disponibles en todas partes, son baratos y muy efectivos. Son además fáciles de llevar, de manera que la protección está disponible en cualquier momento. Para utilizar un condón correctamente:

- Colóquese el preservativo antes de mantener relaciones sexuales con penetración (véase Figura 2.1).
- Retire el pene inmediatamente después de la eyacuación (cuando el pene esté erecto) para evitar que el preservativo se resbale hacia el interior de la vagina.
- Utilice un preservativo nuevo por cada relación sexual.

Sin embargo, las ITS pueden desarrollarse a pesar del uso de condones. Las úlceras o verrugas genitales pueden contagiarse a través del contacto con partes del cuerpo que no estén cubiertas por el condón. Es más común sin embargo, que las personas contraigan una ITS por el uso incorrecto de los condones o porque no los utilizan de manera regular. Los condones pueden fallar si son manipulados o guardados incorrectamente, en billeteras o en algún lugar caliente, por ejemplo, o si se utilizan con lubricantes a base de aceite. La rotura de los condones generalmente se debe al uso incorrecto y no a defectos en el mismo.



Figura 2.1. Instrucciones para la utilización de un condón masculino

	
<p>1. Retire el condón del envoltorio cuidadosamente, para que no se rompa.</p>	<p>2. Quite el aire de la punta del condón.</p>
	
<p>3. Desenrolle el condón sobre el pene erecto.</p>	<p>4. Después de la eyaculación, retire el pene de la vagina mientras esté erecto. Sujete el borde del condón mientras lo hace para evitar que se resbale y que el semen se derrame en la vagina.</p>
	
<p>5. Retire el condón del pene y hágale un nudo para evitar derrames o salpicaduras. Arroje el condón en un lugar seguro (donde no provoque ningún riesgo)</p>	

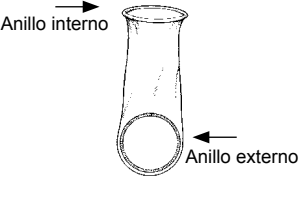
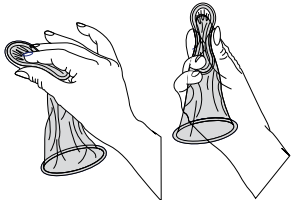
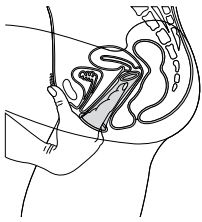

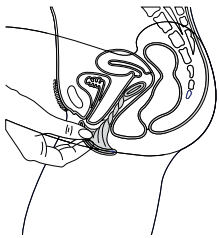
Los **condones femeninos** (Figura 2.2) se están obteniendo con más facilidad y ofrecen a las mujeres la ventaja de utilizarlos a voluntad y no depender de que su pareja use un condón masculino. Actualmente se comercializa un tipo de preservativo femenino bajo diferentes nombres. Es de poliuretano plástico, que es más resistente que el látex. Se fabrica en un solo tamaño y no es necesario que lo coloque un prestador de salud. A diferencia de los condones masculinos, que se debilitan con los lubricantes a base de aceites, el condón femenino puede usarse con cualquier tipo de lubricante sin afectar su resistencia. Están prelubricados, aunque las usuarias pueden agregar más lubricante.

Los condones femeninos pueden ofrecer un nivel similar de protección al de los condones masculinos, pero son más costosos. Los estudios han demostrado que tanto las mujeres como sus parejas de sexo masculino aceptan este condón.

A pesar de sus ventajas, el condón femenino tiene algunas desventajas. El dispositivo sobresale de la vagina y se requiere, por lo tanto, la aceptación del compañero masculino. Además, no puede utilizarse al mismo tiempo que el condón masculino, lo que significa que no puede proporcionar protección de refuerzo si el condón masculino se rompe o se desliza.

Se encuentran en investigación otros métodos controlados por la mujer. Se están realizando pruebas de seguridad y de efectividad en la protección contra las ITS y el VIH con microbicidas (productos químicos que matan los microorganismos de las ITR) y con otros métodos de barrera como el diafragma. Sin embargo, todavía ninguno de estos métodos ha demostrado proporcionar una protección igual a la del condón masculino.

Figura 2.2. Instrucciones para la utilización del condón femenino

<p>El condón femenino es una funda blanda que se amolda fácilmente. Tiene un anillo de poliuretano flexible en cada extremo. El anillo interior del extremo cerrado se inserta en la vagina. El anillo exterior del extremo abierto queda fuera de la vagina durante la relación sexual y cubre la parte externa de los genitales.</p>		
	<p>1. Retire el condón femenino del envoltorio y frótelo con dos dedos para asegurarse de que el lubricante se distribuya uniformemente en el interior de la funda. Si necesita más lubricación, agregue en la funda del condón dos gotas del lubricante adicional que contiene el envase.</p>	<p>2. El extremo cerrado del condón femenino debe colocarse dentro de la vagina. Mantenga apretado el anillo interior (extremo cerrado) entre el dedo pulgar y el mayor. Coloque el anillo en la vagina.</p>
		
<p>3. Con el dedo índice, empuje el condón hacia el interior de la vagina lo máximo posible. Estará en el lugar correcto cuando ya no lo sienta.</p> <p>No se preocupe, no puede ir muy lejos.</p>	<p>4. El anillo ubicado en el extremo abierto del condón femenino debería quedar fuera de la vagina y sobre los labios (el labio externo de la vagina). Asegúrese de que el condón no esté doblado. Una vez iniciada la relación sexual, es posible que tenga que guiar el pene hacia el condón femenino. Si no lo hace, tenga en cuenta que el pene podría entrar en la vagina por fuera de la funda del condón. Si esto sucede, no tendrá protección.</p>	<p>5. Después de la relación sexual, puede retirar el condón femenino en cualquier momento. Si está acostada, extráigalo antes de pararse para evitar que se derrame el contenido. Antes de retirar el condón de la vagina asegúrese de cerrar el extremo abierto para evitar el derrame de semen.</p> <p>Arroje el condón femenino en un lugar seguro (donde no pueda causar ningún riesgo). No vuelva a usarlo.</p>

CÓMO PREVENIR LAS INFECCIONES IATROGÉNICAS

Como dijimos en el Capítulo 1, muchas de las complicaciones de las ITS/ITR ocurren cuando los microorganismos de transmisión sexual, endógenos o de otro tipo alcanzan el tracto genital superior. La manera más efectiva de prevenir las complicaciones de las ITS/ITR, como la infertilidad y el embarazo ectópico, es **evitar las infecciones del tracto genital superior** (Tabla 2.1). Esto supone:

- la prevención y tratamiento de las ITS (Capítulo 2 y Capítulo 8);
- control prenatal satisfactorio y prácticas de parto seguras (Capítulo 7 y Capítulo 9);
- realización de procedimientos transcervicales en forma segura (Capítulo 2);
- adecuada atención postaborto y adecuado tratamiento de las complicaciones (Capítulo 9).

Las intervenciones que reducen la propagación de las ITS/ITR o evitan que una infección existente llegue al útero son fundamentales para la prevención de las complicaciones. Durante la mayor parte del ciclo menstrual, el moco cervical forma una barrera gruesa que dificulta la penetración de los gérmenes. Sin embargo, las ITS como la gonorrea o la clamidia pueden propagarse del cuello uterino hacia el útero durante la menstruación o bien ser introducidas en el interior durante los procedimientos transcervicales. Los microorganismos de la vagina o los que están fuera del cuerpo y que no se transmiten por vía sexual, también pueden ocasionar EPI si se introducen en el útero.

Tabla 2.1. Prevención de infecciones del tracto genital superior, infertilidad y embarazo ectópico

Intervención	Métodos para prevenir infecciones y complicaciones
Prevención de las ITS	Orientación sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ demora en la iniciación de la actividad sexual ▪ reducción en la cantidad de parejas ▪ utilización correcta y consistente de condones
Manejo de las ITS	detección y tratamiento temprano de las ITS
Prácticas de parto seguras	Use técnicas asépticas Trate la infección postparto de manera efectiva
Procedimientos transcervicales seguros	Use técnicas asépticas Descarte la infección antes del procedimiento
Atención postaborto	Use técnicas asépticas Trate la infección postaborto de manera efectiva

REALIZACIÓN SEGURA DE PROCEDIMIENTOS TRANSCERVICALES

La infección puede comprometer el útero a través de procedimientos médicos en los que se usan instrumentos a través del cuello uterino (procedimientos transcervicales). Tales procedimientos incluyen, por ejemplo, el aborto con sistema aspirativo manual, la dilatación y legrado, la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) y la biopsia endometrial. El riesgo de infección como consecuencia de algún procedimiento transcervical varía mucho y depende de factores como la prevalencia de una ITS anterior, nivel de recursos y capacitación, además de las condiciones bajo las cuales se realizan los procedimientos. En los lugares donde la prevalencia de infección cervical es baja, el riesgo de introducir la infección al tracto genital superior es mínimo.

Sin embargo, las mujeres que alojan patógenos como la *N. gonorrhoeae* o la *C. trachomatis* en el cuello uterino presentan un mayor riesgo de infecciones del tracto genital superior después de un procedimiento transcervical, comparadas con mujeres que no padecen infecciones.

La infección del tracto genital superior posterior a procedimientos transcervicales puede reducirse:

- con el uso de procedimientos correctos para prevenir infecciones y de técnicas asépticas y
- con el tratamiento cualquier infección cervical existente.

REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIÓN

Prácticas clínicas

Los procedimientos correctos para prevenir infecciones y las técnicas asépticas (Cuadro 2.1) proporcionan protección contra la transmisión de la infección.

Cuadro 2.1. Técnicas para la prevención de infecciones en procedimientos transcervicales

- Lávese las manos.
- Use guantes, tanto para el procedimiento como para la manipulación de materiales de desecho contaminados o instrumentos usados.
- Descontamine, limpie y desinfecte todos los instrumentos (por ejemplo: espéculos, tenáculos, fórceps e hysterómetros). Realice la desinfección de alto nivel hirviendo los instrumentos durante 20 minutos en un recipiente con tapa.
- Limpie el cuello del útero y la vagina con una solución antiséptica.
- Utilice la técnica “no tocar”. Esto significa que se debe evitar la contaminación del hysterómetro u otros instrumentos cuando se toca, involuntariamente, la pared vaginal o las hojas del espéculo.

Consulte el Anexo 2 para obtener detalles de la desinfección y las precauciones universales.

Tratamiento de las infecciones cervicales

Si bien los procedimientos para la prevención de una infección pueden reducir las probabilidades de introducir la infección desde el exterior, éstos no evitan que la infección por gonorrea o clamidia sea propagada hacia el útero durante los procedimientos transcervicales. Cuando la infección cervical está presente, incluso los instrumentos estériles que pasan a través del endocérvix pueden contaminarse y transportar la bacteria hacia el tracto genital superior.

El **abordaje más seguro** para evitar la propagación de la infección al tracto genital superior es descartar o tratar cualquier infección cervical presente antes de realizar un procedimiento transcervical (véase Capítulo 4 y Anexo 1). Es importante tener en cuenta que en algunas mujeres la infección cervical puede ser asintomática. En lugares de recursos limitados donde la infección cervical es menos común, podría aceptarse que los trabajadores de la salud confíen en el criterio clínico para descartar la presencia de infección. Sin embargo, en los lugares de escasos recursos donde la prevalencia de infección cervical es alta y el personal de salud no puede descartar la infección, una dosis completa de antibióticos (tratamiento presuntivo) efectivos contra gonorrea y clamidia puede ser considerada (véase Tabla 2.2).

Después de un procedimiento transcervical, se debe indicar a todas las mujeres que consulten inmediatamente si en las siguientes semanas desarrollan síntomas que sugieren infección, como fiebre, dolor abdominal bajo o flujo vaginal anormal.

Una dosis profiláctica de antibióticos reduce las tasas de infección asociados con el aborto inducido y debería administrarse a todas las mujeres que se someten a este procedimiento, independientemente de la prevalencia de ITS. Sin embargo, para la inserción del DIU, la profilaxis antibiótica ofrece un beneficio mínimo y por lo tanto no es recomendada.

Nota: Las pruebas de laboratorio para el tamizaje de las ITS contribuyen considerablemente al uso seguro y efectivo de los DIU, aunque su implementación debería ser considerada en el contexto del servicio y la salud pública. El riesgo de no realizar las pruebas debería compararse con los beneficios de lograr que todos tengan acceso a los métodos anticonceptivos.

Tabla 2.2. Tratamiento antibiótico recomendado para la infección por gonorrea y clamidia

Cobertura	Primera elección^a Elija uno de cada uno de los dos casilleros siguientes (2 fármacos)	Sustitutos altamente efectivos^c
Gonorrea	cefixima 400 mg por vía oral en dosis única, o ceftriaxona 125–250 mg en inyección intramuscular	ciprofloxacina^c 500 mg por vía oral en dosis única, o espectinomocina 2 g en inyección intramuscular
Clamidia	doxiciclina 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días, o azitromicina^b 1 g por vía oral, en dosis única	ofloxacina^c 300 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días, o tetraciclina , 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días

- a. Cuando sea posible, se prefieren los regímenes de dosis únicas a los tratamientos de dosis múltiple, ya que evitan los problemas potenciales de incumplimiento.
- b. La azitromicina de 1 g es un tratamiento de dosis única que logra la cura de más del 90% de las infecciones cervicales causadas por gonorrea o clamidia. Si se combina un segundo fármaco para la gonorrea el índice de cura aumenta casi al 100%.
- c. El uso de quinolonas debe considerar los patrones de resistencia de *Neisseria gonorrhoeae*, como ocurre en las Regiones (según la OMS) del Pacífico Occidental y del Sureste de Asia.

CÓMO PREVENIR LAS INFECCIONES ENDÓGENAS

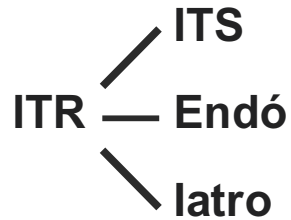
La infección por levaduras y la vaginosis bacteriana son infecciones endógenas comunes que pueden ser tratadas fácilmente (Capítulo 8) pero que ocurren frecuentemente. Los prestadores de salud deberían tener en cuenta que:

- las embarazadas y las mujeres que utilizan anticonceptivos orales pueden contraer frecuentes infecciones por levadura por los cambios en la acidez vaginal (pH);
- algunas patologías clínicas, por ejemplo la diabetes y los tratamientos crónicos con corticosteroides, pueden aumentar el riesgo de infecciones por levaduras.

Con menor frecuencia, las infecciones recurrentes por levaduras pueden ser un signo de enfermedad más grave que disminuye la inmunidad (como enfermedad crónica de larga data o infección por VIH). Esto debería considerarse sólo si hay presencia de otros síntomas concomitantes. La infección por levaduras es común y generalmente de fácil prevención y tratamiento.

Los prestadores de salud pueden ofrecer orientación sobre algunas maneras simples de prevenir la infección endógena.

- Las duchas vaginales pueden afectar la flora normal de la vagina y provocar el crecimiento excesivo de otros microorganismos (vaginosis bacteriana). Debería evitarse el uso de detergentes, desinfectantes y agentes de higiene o secado vaginales. La limpieza de la zona genital externa con agua y jabón es suficiente para la higiene.
- Los antibióticos también pueden afectar la flora vaginal normal y permitir el desarrollo de levadura. Las mujeres que toman antibióticos, especialmente tratamientos prolongados con antibióticos de amplio espectro, también pueden necesitar tratamiento para infección por levaduras.



CAPÍTULO 3. DETECCIÓN DE LAS ITS/ITR

Para recordar

- Los prestadores de salud deberían saber cómo identificar a las personas con signos, síntomas o en riesgo de ITS/ITR.
- El tamizaje para **sífilis** es una estrategia efectiva para la prevención de la sífilis congénita y forma parte del paquete básico de control prenatal.
- A las mujeres con aborto espontáneo previo, muerte fetal intrauterina o parto prematuro se les deberían realizar tamizajes para **vaginosis bacteriana** y **tricomoniasis**, además de tamizaje para sífilis.
- Deberían aprovecharse todas las oportunidades para detectar **infecciones cervicales** mediante un examen cuidadoso con espéculo y, cuando sea posible, pruebas de laboratorio.
- La prueba de Papanicolau para la **detección temprana** del cáncer cervical debería realizarse al menos una vez en mujeres de alrededor de 40 años.
- Deberían ofrecerse servicios de tamizaje voluntario con consejería (VCT, por sus siglas en inglés) de VIH en aquellos lugares donde la infección por VIH es común.

Algunas personas con ITS/ITR tienen síntomas y buscan tratamiento, en tanto otras no (Figura 3.1). La promoción del reconocimiento de síntomas y del uso temprano de servicios de salud es una manera importante de reducir la carga de las ITS/ITR.

Sin embargo, muchas mujeres y hombres con ITS/ITR no presentan síntomas o tienen síntomas mínimos y no perciben que hay un problema. Pueden concurrir a un servicio de salud por otras razones o simplemente no hacerlo. Aun así, la identificación y el tratamiento de dichos pacientes previenen el desarrollo de complicaciones para el paciente individual y ayudan a reducir la transmisión a nivel de la comunidad.

Figura 3.1. Barreras para el control de las ITS/ITR: detección de personas con ITS/ITR.



En las mujeres, las infecciones asintomáticas pueden ser más graves que las sintomáticas. La sífilis, gonorrea y clamidia tienen consecuencias graves y, sin embargo, con frecuencia son asintomáticas (véase Capítulo 1). Aun la EPI frecuentemente presenta síntomas leves o no los presenta.

Los servicios de salud reproductiva deben cumplir un papel importante en la detección de las ITS/ITR asintomáticas. Dado que muchas mujeres concurren a los servicios de salud reproductiva para planificación familiar, control prenatal y atención postparto, existe la oportunidad de identificar mujeres con ITS/ITR que se beneficiarían con el tratamiento. Este capítulo presenta algunas estrategias para la identificación de las ITS/ITR en pacientes que acuden al servicio por otros motivos. Las Tablas 3.1 y 3.2 presentan algunos ejemplos de estos abordajes.

Los servicios de salud reproductiva deberían establecer contacto con los hombres siempre que sea posible. Aunque los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de presentar síntomas, la ITS asintomática es factible. Más frecuentemente los hombres pueden ignorar los síntomas si no son graves. Los prestadores de salud pueden aumentar la conciencia sobre los síntomas y alentar a los hombres para que se realicen controles en caso de presentarlos. En el Anexo 1 se brinda más información sobre los exámenes para hombres y mujeres.

Tabla 3.1. Algunos ejemplos de estrategias para la detección y el tratamiento de las ITS/ITR

Método	Ejemplo: no perder oportunidades
Anamnesis	Preguntar sobre síntomas de ITS/ITR o dudas en cada visita de salud reproductiva.
Tamizaje clínico	Espéculo y examen bimanual para detectar signos de ITS/ITR que las pacientes no hayan advertido.
Pruebas de laboratorio	Tamizaje serológico para sífilis. Papanicolau para la detección temprana del cáncer cervical Orientación y prueba voluntaria para el VIH.
Tratamiento presuntivo sobre la base de criterio de riesgo	Tratamiento de parejas de pacientes con ITS, trabajadoras sexuales que se hayan expuesto sin protección, etc. Víctimas de violencia sexual Tratamiento de mujeres que se hayan sometido a un procedimiento transcervical.
Estrategias combinadas	Tratamiento presuntivo de trabajadoras sexuales en la primera visita seguido de visitas regulares para examen con espéculo/bimanual y tinción de Gram de frotis cervical.

Algunos servicios de salud reproductiva tienen los recursos para realizar tamizajes para infecciones asintomáticas. Uno de estos ejemplos es el “consultorio para la salud femenina”, en el que se pueden incluir el examen con espéculo y bimanual para detectar signos de infección cervical o EPI, prueba de Papanicolau para el diagnóstico temprano del cáncer cervical, o pruebas de tamizaje para sífilis o gonorrea. Sin embargo, aun cuando esto no sea posible, la detección y el tratamiento de las ITS/ITR pueden mejorarse con un costo y esfuerzo adicional mínimo. Debería adoptarse un **abordaje sin oportunidades perdidas**, utilizando las estrategias de la Tabla 3.1. Esto significa que los prestadores de salud deben buscar evidencia de ITS/ITR cada vez que realicen evaluaciones por otras razones.

La Tabla 3.2 proporciona más información sobre algunas de las pruebas de tamizaje más comunes que pueden realizarse en algunas situaciones. Las pruebas para sífilis, el cultivo para gonorrea y la prueba de Papanicolau pueden detectar más del 80% de las infecciones asintomáticas. Otras pruebas detectan menor cantidad de casos asintomáticos, pero aun así pueden resultar útiles si los prestadores de salud comprenden estas limitaciones. Es mejor detectar entre el 40% y el 60% de las mujeres con infección cervical, utilizando, por ejemplo, examen con espéculo que no detectar nada.

El resto de este capítulo presenta recomendaciones para la detección de las ITS/ITR específicas.

Tabla 3.2. Ejemplos de opciones de tamizaje para ITS / ITR

Infección/ enfermedad	Método de tamizaje	En 100 casos, se detectarán^c	Comentario
Sífilis	Pruebas de tamizaje serológicas no treponémicas ^a	De 80 a 86 (infección primaria) 100 (secundaria) 80 (infección latente) De 71 a 73 (estadio tardío)	Una prueba positiva indica una alta probabilidad de infección sífilítica, aunque no necesariamente enfermedad activa actual. Las pacientes con resultados positivos deben recibir tratamiento. También se puede realizar una prueba específica treponémica, de estar disponible, para confirmar el resultado.
Infección cervical (gonorrea y/o clamidia)	Cultivo de gonorrea	95	Preciso, requiere de un laboratorio con jarras de CO ₂ , incubadora y medios de cultivo.
	Prueba de clamidia ^b	60–70	Costosa; no detecta un gran número de casos (falsos negativos)
	PCR para clamidia	95	Muy costoso. Tecnológicamente sofisticado
	Examen clínico	30–40	Económico; no se detectan muchos casos (falsos negativos).
Displasia cervical	Prueba de Papanicolaou	80	Efectiva para la detección temprana y la prevención del cáncer cervical.

a. RPR: prueba de reagina rápida en plasma, ensayos de LIEV (Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas).

b. Por ejemplo, prueba de inmuno-ensayo enzimático (ELISA) o de inmunofluorescencia directa.

c. Bajo condiciones ideales y en función del estadio de la enfermedad. En general, el desempeño en campo es más bajo.

Es importante tener en cuenta ciertos temas que pueden surgir al realizar pruebas o tratar presuntivamente las ITS/ITR. Las mujeres que han venido a la clínica por otras razones pueden no estar preparadas como para enterarse que pueden tener una infección, especialmente una que es sexualmente transmitida. Pueden enojarse más aún si se les dice que le deben informar a su compañero sexual. Tales situaciones deben ser tratadas con cuidado para evitar perder la confianza de la paciente y dañar la reputación de la clínica en la comunidad. Es importante recordar que ninguna prueba es 100% precisa, y muchas son menores a esa cifra. Esto se le debe explicar cuidadosamente a los pacientes y se debe contemplar la posibilidad del error. Es

muy importante que los proveedores de salud eviten etiquetar problemas como sexualmente transmitidos cuando esto no es seguro. Un enfoque más cauto y uno mucho más aceptable para los pacientes y sus compañeros, es explicar que muchos síntomas son no específicos, el tratamiento se puede ofrecer como precaución para prevenir complicaciones, preservar la fertilidad y proteger el embarazo. Estos y otros servicios de consejo están cubiertos en el Capítulo 4. Las recomendaciones para notificar al compañero y acerca del tratamiento se pueden encontrar en el Capítulo 8.

SÍFILIS

La sífilis sigue siendo una de las principales causas de morbilidad perinatal en muchas partes del mundo, a pesar de la tecnología disponible y asequible para el diagnóstico y el tratamiento de la infección en las embarazadas. Entre aquellas en estadios tempranos de sífilis que no reciben tratamiento, se estima que dos tercios de los embarazos terminan en aborto espontáneo, mortinato o infección neonatal.

INDICACIONES Y OPORTUNIDADES DE TAMIZAJE

- Embarazo. El tamizaje para sífilis debe realizarse en la primera consulta prenatal, lo antes posible en el embarazo. Se puede repetir en el tercer trimestre, si los recursos lo permiten, para detectar la infección adquirida durante el embarazo.
- Es necesario tamizar a las mujeres sin control prenatal en el momento del parto. Aunque no previene la sífilis congénita, permite el diagnóstico y tratamiento temprano de los recién nacidos.
- También debe efectuarse un tamizaje para sífilis en las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo o mortinato. En muchas áreas, la identificación y el tratamiento de la sífilis elimina una causa importante de resultados adversos del embarazo.
- También debe efectuarse tamizaje para sífilis de los hombres y mujeres con síndromes de ITS distintos a la úlcera genital. El procedimiento no es necesario en caso de pacientes con úlceras que recibirán tratamiento sintomático para sífilis y para chancroide sin necesidad de realizar pruebas.
- Debe realizarse tamizaje de trabajadoras sexuales cada 6 meses.

Debido a las graves complicaciones de la sífilis en el embarazo, la prioridad principal debe ser garantizar el tamizaje prenatal universal.

HERRAMIENTAS DE TAMIZAJE DISPONIBLES

- Las pruebas no treponémicas, como pruebas de reagina rápida en plasma (RPR) y de Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (VDRL), son las preferidas para el tamizaje de sífilis. La prueba de RPR se puede efectuar sin un microscopio (véase Anexo 3). Estas pruebas detectan prácticamente todos los casos de sífilis temprana pero es posible que haya falsos positivos (Tabla 3.2).

- Las pruebas treponémicas (por ejemplo: prueba de hemaglutinación del *Treponema pallidum* [TPHA]), de estar disponibles, se pueden utilizar para confirmar los resultados de las pruebas no treponémicas (véase Anexo 3).
- Las pruebas cuantitativas (RPR) pueden ayudar a evaluar la respuesta al tratamiento (véase Anexo 3).

Nota: de no haber pruebas adicionales disponibles, todos los pacientes con pruebas de RPR o VDRL reactivas deben recibir tratamiento.

RECOMENDACIONES

Las pruebas de sífilis deben realizarse en el mismo servicio cuando sea posible, para maximizar el número de pacientes que reciben el resultado y, por consiguiente, el tratamiento. En circunstancias ideales:

- las pacientes deben recibir el resultado antes de abandonar el servicio.
- las pacientes con resultados reactivos (positivos) deben recibir tratamiento inmediato (véase Tabla de tratamiento 5).
- se debe preguntar por antecedentes de alergia a la penicilina a todas las pacientes (véase Tabla de tratamiento 5 para sustitutos altamente efectivos).
- las parejas sexuales también deben recibir tratamiento.

El tamizaje de sífilis en el embarazo se basa en un análisis de sangre realizado en la primera consulta prenatal (repetida de ser posible en el tercer trimestre). La orientación de la pareja debe enfatizar la importancia del tratamiento y la prevención de las ITS/ITR para mantener un embarazo saludable. Se ha observado que al efectuar el tamizaje y el tratamiento de la sífilis el mismo día en el mismo servicio aumenta en gran medida el número de mujeres tratadas eficazmente y disminuye la incidencia de sífilis congénita (Cuadro 3.1).

Cuadro 3.1. Beneficios del tamizaje prenatal mejorado de sífilis

En Zambia, a pesar de los altos índices de sífilis congénita y una asistencia a los servicios de control prenatal mayor al 90%, se efectuó un tamizaje de sífilis en menos del 30% de las embarazadas. Entre aquellas analizadas que eran seropositivas, menos de un tercio recibió tratamiento. Se documentaron problemas similares en Nairobi, Kenia. Luego, se mejoraron los servicios en ambos lugares para ofrecer tamizaje y tratamiento el mismo día. Como resultado, la proporción de mujeres reactivas a la sífilis que recibió tratamiento en Nairobi aumentó a 92%, y el 50% de sus parejas también recibió tratamiento. En Zambia, el programa de prevención redujo en dos tercios la tasa de complicaciones de sífilis durante el embarazo.

Si ya se efectúa el tamizaje de sífilis en los servicios de control prenatal, debe realizarse una evaluación regular para calcular la proporción de mujeres que recibe exámenes, diagnóstico y tratamiento efectivo. Es posible calcular dos indicadores simples cada mes a partir de las historias clínicas:

$$\text{Cobertura del tamizaje} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de embarazadas tamizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres en su primera consulta prenatal}}$$

$$\text{Cobertura del tratamiento} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres reactivas a RPR bajo tratamiento}}{\text{N}^\circ \text{ de reactivas a RPR}}$$

Si el tamizaje de sífilis no funciona correctamente, deben corregirse los problemas. El Cuadro 3.2 compara lo que en teoría debería suceder en el tamizaje de la sífilis con lo que puede estar sucediendo en realidad, y ofrece algunas posibles soluciones.

Cuadro 3.2. Mejoras en el tamizaje prenatal de sífilis

Problema	Lo que debería suceder en teoría y no sucede	Posibles soluciones
Mujeres en riesgo no identificadas	Las embarazadas <i>en teoría deberían</i> asistir a los consultorios de control prenatal al inicio del embarazo pero no lo hacen; esto se debe a la falta de confianza en el sistema y a una promoción inadecuada	Promover la asistencia temprana al consultorio de control prenatal. Trabajar para lograr que los servicios sean más aceptables y accesibles. Informar y capacitar a las mujeres dentro de la comunidad para que soliciten los servicios y el tamizaje.
Intervención no disponible	El personal de los centros médicos <i>en teoría debería</i> extraer muestras de sangre y enviarlas a un laboratorio pero no lo hacen; esto se debe a la escasa supervisión, a la organización ineficaz de los sistemas de transporte de sangre, a la falta de agujas o a otros obstáculos.	Mejorar la capacitación, supervisión y motivación de los prestadores de salud. Agilizar el manejo de existencias y la reposición de los suministros necesarios.
Resultados de las pruebas no disponibles	Los técnicos de laboratorio <i>en teoría deberían</i> realizar las pruebas e informar los resultados al personal del centro médico, pero no lo hacen. Esto se debe a que consideran que estas tareas no deberían formar parte de sus trabajos sobrecargados.	Mejorar la coordinación con el laboratorio. Desarrollar la capacidad de realizar pruebas en los mismos servicios de control prenatal.
Utilización deficiente	Las mujeres <i>en teoría deberían</i> asistir al siguiente control prenatal y recibir los resultados de las pruebas pero no lo hacen; esto se debe al manejo y organización deficientes de los sistemas de administración de historias clínicas.	Mejorar los sistemas de control prenatal. Instar a las embarazadas a concurrir al consultorio de control prenatal al inicio del embarazo y a regresar cuando se lo indiquen.
Falta de cumplimiento del persona	El personal de los centros médicos <i>en teoría debería</i> ofrecer tratamiento de la sífilis y educación sobre la prevención y notificación a la pareja pero no lo hace. Esto se debe a que el suministro de fármacos es irregular, a que consideran que hablar sobre sexualidad es tabú y a que tienen poco tiempo para dedicar a cada paciente debido a sus trabajos sobrecargados.	Capacitar a los prestadores en ITS/ITR y sexualidad. Mejorar la dotación de personal de los centros médicos para satisfacer el volumen de trabajo. Progresar en el manejo de existencias y la reposición de los suministros necesarios.

Adaptación de: Dallabetta G, Laga M, Lamptey P. *Control of sexually transmitted diseases: a handbook for the design and management of programs*. Arlington, VA, Family Health International, 1996.

INFECCIONES VAGINALES

Las infecciones vaginales (**infección por levaduras, vaginosis bacteriana y tricomoniasis**) son muy frecuentes en mujeres en edad reproductiva, casi siempre son asintomáticas y rara vez presentan complicaciones.

No es necesario hacer una búsqueda de casos asintomáticos en las mujeres que no están embarazadas. Las mujeres asintomáticas no embarazadas, no deben recibir tratamiento para infección por levadura o vaginosis bacteriana únicamente sobre la base de los hallazgos de microscopio.

En las embarazadas, sin embargo, la vaginosis bacteriana (VB) y la tricomoniasis pueden presentar complicaciones como rotura prematura de membranas y parto prematuro. Las mujeres en riesgo de padecer estas afecciones deben ser evaluadas independientemente de sus síntomas.

INDICACIONES PARA EL TAMIZAJE

- Debe realizarse el tamizaje de las embarazadas con antecedentes de aborto espontáneo o parto prematuro.

HERRAMIENTAS DE TAMIZAJE DISPONIBLES (Véase Anexo 3)

- Se puede detectar la VB mediante microscopía de tinción de Gram de frotis vaginal o mediante métodos sencillos (véase Anexo 3).
- Los protozoos móviles *Trichomonas* se pueden observar mediante examen microscópico de de flujo vaginal en una gota de solución fisiológica normal.

ENFOQUE RECOMENDADO

- Debe efectuarse el tamizaje de VB y tricomoniasis en las embarazadas con antecedentes de aborto espontáneo o parto prematuro. Aquéllas que tengan resultados positivos deber recibir tratamiento (luego del primer trimestre del embarazo) con 500 mg de metronidazol administrados tres veces por día durante siete días, para reducir el riesgo de resultados adversos del embarazo.
- Las mujeres con flujo vaginal anormal en el segundo o tercer trimestre deben recibir tratamiento (sin tamizaje) según las indicaciones anteriores para VB, tricomoniasis e infección por levadura (véase Diagrama de flujo 9 en el Capítulo 9).
- Las mujeres que no están embarazadas y presentan flujo vaginal anormal deben ser tratadas de acuerdo al Diagrama de flujo 1 en el Capítulo 8.

INFECCIONES CERVICALES

Las infecciones cervicales son mucho menos frecuentes que las vaginales, especialmente entre las mujeres que utilizan servicios de salud reproductiva, y

habitualmente son asintomáticas. El cuello uterino es el lugar más común de infección por **gonorrea** y **clamidia**. Incluso si una mujer es asintomática, se pueden detectar signos de infección mediante un cuidadoso examen con espéculo (Tabla 3.3). El examen con espéculo también puede revelar signos de otras infecciones, incluidas úlceras y verrugas cervicales.

INDICACIONES Y OPORTUNIDADES DE TAMIZAJE

Se puede efectuar tamizaje:

- en cualquier momento que se realice un examen con espéculo por otros motivos;
- durante el embarazo.

Las personas con exposición frecuente a las ITS, como las trabajadoras sexuales, deben someterse a tamizaje en forma regular.

HERRAMIENTAS DE TAMIZAJE DISPONIBLES

- Un meticuloso examen con espéculo puede detectar varias infecciones cervicales, aunque no todas (Tabla 3.3).
- El cultivo de gonorrea es preciso y no es costoso ni difícil de realizar en los laboratorios establecidos (Tabla 3.2).
- Las pruebas de laboratorio de infección por clamidia son costosas y no detectan un gran número de infecciones (Tabla 3.2). La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es muy precisa aunque bastante costosa.

ENFOQUE RECOMENDADO

- Debe efectuarse un cuidadoso examen con espéculo en búsqueda de signos de infección cervical (Tabla 3.3). En el Anexo 1 se revisan las destrezas necesarias para el examen con espéculo. También es posible detectar algunas verrugas genitales y úlceras internas asintomáticas mediante un examen con espéculo.
- Se debe recolectar una muestra del canal cervical (endocérnix) con un hisopo. Si éste se observa amarillento al compararlo con una hoja blanca (prueba de hisopo positiva), es probable que exista infección cervical y la mujer debe recibir tratamiento para gonorrea y clamidia.
- En función de los recursos de laboratorio, con las muestras endocervicales:
 - se puede realizar un cultivo de gonorrea (Tabla 3.2);
 - se puede evaluar si existe infección por clamidia (Tabla 3.2).

Tabla 3.3. Criterios clínicos para infección cervical

Método de tamizaje	Signos	Manejo
El examen con espéculo detecta algunos casos de infección cervical.	Flujo mucopurulento (flujo endocervical amarillento opaco). Friabilidad (fácil sangrado) cuando se toca el cuello uterino con un hisopo. Prueba del hisopo positiva (coloración amarillenta del hisopo con muestra endocervical).	Ante la presencia de cualquiera de estos signos, la paciente debe recibir tratamiento para gonorrea y clamidia. Nota: al menos la mitad de las mujeres con cervicitis no presentan estos signos, y algunas mujeres que los presentan no tienen gonorrea o clamidia.

El tamizaje es una de las pocas formas de detectar infección cervical y no debe limitarse a las mujeres con flujo vaginal. En general, la infección cervical es asintomática, y las probabilidades de presentar gonorrea o clamidia son iguales para las mujeres sin y con flujo vaginal. A pesar de la ausencia de síntomas, las consecuencias pueden ser graves si la infección alcanza el tracto genital superior.

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

La infección del tracto genital superior, o enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), conduce a complicaciones graves y potencialmente letales que incluyen la infertilidad y el embarazo ectópico, sin embargo se puede desarrollar en forma asintomática o con pocos síntomas. Las mujeres con dolor abdominal bajo durante el examen deben recibir tratamiento para EPI.

INDICACIONES PARA EL TAMIZAJE

Se debe realizar el tamizaje:

- en cualquier momento que se realice un examen pélvico con espéculo o bimanual; o cuando las mujeres tengan síntomas leves de malestar abdominal bajo, lumbalgia, oligometrorragia a mitad del período menstrual o dolor durante las relaciones sexuales;
- antes de efectuar procedimientos transcervicales.

HERRAMIENTAS DE TAMIZAJE DISPONIBLES

- Las únicas herramientas para detectar la EPI asintomática son un cuidadoso examen abdominal y bimanual pélvico.

IMPLEMENTACIÓN DE TAMIZAJE

En el Anexo 1 se revisan las destrezas necesarias para el examen bimanual. Los signos de infección del tracto genital superior incluyen dolor abdominal bajo, dolor a la movilización cervical, uterina o anexial. Las mujeres con estos signos deben ser inmediatamente tratadas según se indica en el diagrama de flujo para dolor abdominal bajo (véase Capítulo 8).

TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICAL

El cáncer cervical es una complicación reconocida de la ITS, asociado a infecciones con algunas cepas específicas del papilomavirus humano. El tamizaje y el tratamiento en estadios tempranos (displasia cervical) resultan efectivos en la reducción de la morbilidad del cáncer cervical.

INDICACIONES PARA EL TAMIZAJE

Dependen de los recursos disponibles. En los lugares que disponen de servicios adecuados de citología, debe realizarse tamizaje de todas las mujeres con más de 35 años de edad cada cinco a diez años. Donde los servicios de citología son limitados, el objetivo debe ser examinar al menos una vez a todas las mujeres de alrededor de 40 años de edad.

HERRAMIENTA DE TAMIZAJE DISPONIBLE

En la actualidad se recomienda la citología por prueba de Papanicolaou. También se están evaluando técnicas más novedosas como la inspección visual del cuello uterino, que puede ser una posible estrategia de detección. El tamizaje del cáncer cervical también es una buena oportunidad para buscar signos de otras infecciones cervicales.

IMPLEMENTACIÓN DEL TAMIZAJE

Para que el tamizaje de cáncer cervical sea posible se requiere personal capacitado en examen con espéculo y en las técnicas de recolección de frotis, así como la disponibilidad de servicios de citología para el análisis del frotis. Se debe referir a las mujeres con frotis positivo para diagnósticos y tratamientos adicionales.

ORIENTACIÓN Y PRUEBAS VOLUNTARIAS DE VIH

El análisis de la infección por VIH tiene varios beneficios potenciales, desde promover la prevención hasta mejorar el acceso a la atención y la prevención de la transmisión vertical (véase Capítulo 7). La prueba de VIH siempre debe ser voluntaria, estar a cargo de personal capacitado que respete la privacidad y la confidencialidad, e incluir orientación previa y posterior al análisis.

INDICACIONES PARA EL TAMIZAJE

En la mayoría de las comunidades, la orientación para VIH y los servicios de pruebas deberían estar disponibles:

- como parte del control prenatal o vinculados con estos servicios;
- a cualquiera que desee saber su condición de infección por VIH (incluso las parejas de las embarazadas).

HERRAMIENTAS DE TAMIZAJE DISPONIBLES

Hay múltiples tipos de pruebas para VIH disponibles.

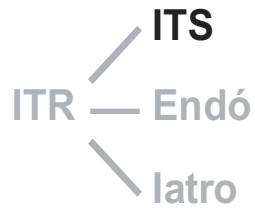
La OMS recomienda realizar pruebas de confirmación con un segundo tipo de prueba distinto a la primera antes de informar al paciente sobre un resultado positivo.

IMPLEMENTACIÓN DEL TAMIZAJE

La orientación y las pruebas para VIH deben estar disponibles para los pacientes de los servicios de salud reproductiva en el mismo servicio o por referencia. La orientación y las pruebas para VIH incluyen:

- orientación previa a la prueba;
- prueba para VIH con pruebas de confirmación;
- orientación posterior a la prueba y referencia si fuera necesario.

La orientación y las pruebas para VIH deben ser voluntarias y siempre se requiere el consentimiento del paciente. Las pruebas para VIH nunca deben efectuarse a pedido de otra persona, y los resultados deben ser entregados exclusivamente al paciente.



CAPÍTULO 4. EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN SOBRE LAS ITS/ITR

Para recordar:

- La educación en salud para la prevención de las ITS/ITR debe tener como objetivo:
 - **el uso correcto y consistente del condón,**
 - **la reducción del número de parejas sexuales** o el retraso del inicio de la actividad sexual,
 - **el reconocimiento de los síntomas** y el uso temprano de los servicios.
- Proporcionar **educación para la salud** esencial para las ITS/ITR exige poco tiempo. Todas las pacientes con una ITS/ITR deben recibir información sobre el cumplimiento del tratamiento y la prevención de la reinfección.
- También debe tratarse a las parejas de las pacientes atendidas por infecciones que claramente son de transmisión sexual. Sin embargo, el **tratamiento de la pareja** no es necesario para las ITR que no son de transmisión sexual, y debe prestarse suma atención a no describir infecciones erróneamente como de transmisión sexual cuando no lo son.
- **La orientación** siempre debe ser flexible, debe adaptarse a las necesidades y las circunstancias de cada paciente y tener en cuenta las **barreras que impiden el cambio de conducta.**
- La orientación debe enfatizar la importancia de la prevención de las ITS/ITR para:
 - **preservar la fertilidad,**
 - **garantizar un embarazo seguro** y evitar la infección congénita, y
 - **reducir el riesgo de infección por VIH,** a la vez que se ayuda a buscar la forma de mantener una vida sexual satisfactoria.
- Se debe encarar la sexualidad en forma clara y directa en la prevención de ITS/ITR.

Las personas pueden estar en **riesgo** de padecer una ITS a causa de su conducta, sin embargo es posible que esta conducta sea difícil de modificar debido a factores o circunstancias, como el género de la persona, las expectativas culturales, la pobreza, la migración y la ruptura familiar, que pueden restringir sus opciones y aumentar su **vulnerabilidad**. Para reducir el riesgo y la vulnerabilidad en forma efectiva, las personas no sólo precisan información específica sobre la transmisión de las ITS sino también apoyo para efectuar cambios en sus vidas. Los prestadores de salud pueden ayudarlos a través de:

- **educación para la salud** durante las consultas;
- **orientación** para apoyar a las personas a cambiar su conducta;
- **educación de la comunidad** para aumentar la conciencia sobre las ITS/ITR y ayudar a cambiar las ideas y actitudes negativas que pueden obstaculizar una sexualidad saludable.

Hay una gran diferencia entre la educación para la salud y la orientación. La primera es la transferencia de información esencial relacionada con la prevención o el tratamiento de las ITS/ITR, y no debería requerir mucho tiempo. La orientación, por otra parte, exige tiempo para generar la confianza de la persona, evaluar su situación individual y relacionar la información sobre prevención directamente con la vida de la persona. Los ocupados prestadores de salud rara vez tienen tiempo de orientar a cada paciente que presenta una ITS/ITR.

El tema de este capítulo son las intervenciones basadas en los servicios de salud y se describen en la Tabla 4.1. El Capítulo 5 se refiere a la educación a nivel de la comunidad.

Tabla 4.1. Pasos para la educación y la orientación de la paciente

Educación para la salud			Orientación
Para aumentar la conciencia	Para prevenir	Como parte del manejo de las ITS/ITR	
Hable sobre las ITS/ITR y sus complicaciones	Promueva el uso correcto y consistente del condón	Enfatice la importancia del cumplimiento con el tratamiento	Analice el riesgo y la vulnerabilidad
Explique los síntomas y cómo reconocerlos	Promueva un menor número de parejas sexuales	Aliente el uso del condón (incluso durante el tratamiento para prevenir la reinfección)	Examine las barreras a la prevención
Fomente el uso temprano de los servicios	Apoye el retraso del inicio sexual (para los jóvenes)	Aliente la referencia de las parejas para que reciban tratamiento	Analice las soluciones y genere las destrezas necesarias para el sexo seguro
			Elabore un plan y sígalo

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La privacidad y confidencialidad son esenciales para todos los aspectos de la atención del paciente; la historia clínica, el examen, la educación y la orientación. Esto aplica aún más en condiciones potencialmente estigmatizantes como las ITS/ITR. Todos los pacientes tienen derecho a obtener servicios privados y confidenciales, pero algunas personas (como adolescentes, trabajadores sexuales, refugiados y otros que viven o trabajan en ámbitos ilegales o marginales) pueden tener una mayor necesidad de saber que los servicios son confidenciales. Los adolescentes, en particular los solteros, muchas veces no utilizan los servicios porque creen que pueden recibir críticas o desaprobación por parte de los prestadores, y que incluso podrían revelar información a sus padres o mayores. Los pacientes evitarán asistir a un servicio de salud –incluso a veces viajarán a un servicio lejano para preservar su anonimato– si sienten que su privacidad y confidencialidad no se respetará o que los prestadores de salud pueden criticarlos o juzgarlos.

ESPACIO PARA LA PRIVACIDAD

Puede ser difícil garantizar la privacidad y confidencialidad visual y auditiva en muchos servicios de salud, en particular en lugares que están en plena actividad o atestados de gente; pero es crucial hacerlo. Es necesario que el espacio donde transcurren las entrevistas, exámenes y orientación esté separado de las salas de espera, para que quienes esperan no vean ni escuchen lo que sucede entre el prestador y el paciente. Los formularios y registros deben archivarlos en lugares seguros y el personal del servicio debe evitar hablar sobre los pacientes dentro y fuera del mismo. Los pacientes deben ser tratados con el mismo respeto en todos los casos, aunque se haya detectado o se sospeche una ITS, e independientemente de la edad o estado civil. Si es probable que los prestadores de salud conozcan a familiares y vecinos del paciente, deben prestar especial cuidado de garantizar que se respetará la confidencialidad para así tranquilizar a los pacientes (y a sus parejas si se les solicitó que asistieran para tratamiento).

DESTREZAS GENERALES PARA LA EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN SOBRE LAS ITS/ITR

El Cuadro 4.1 enumera algunas destrezas generales que los prestadores de salud deben desarrollar para educar y orientar a los pacientes. Muchas también son útiles para elaborar historias clínicas y realizar los exámenes. A menudo la educación y la orientación comienzan en la consulta, cuando el prestador de salud averigua el riesgo, los signos y los síntomas de infección. Recuerde que los adolescentes en particular pueden negar ser sexualmente activos y pueden no reconocer ni sentirse cómodos al hablar sobre síntomas de infección o embarazo. La orientación para la prevención debe basarse en las necesidades e inquietudes personales del individuo y debe relacionarse con pasos prácticos destinados a reducir el riesgo de contraer una infección y presentar complicaciones.

Cuadro 4.1. Competencias para la educación y el consejo

- Dé la bienvenida al paciente afectuosamente, llámelo por su nombre y preséntese.
- Asegúrele que se respetará su privacidad y confidencialidad.
- Siéntese a una distancia tal que pueda hablar en forma cómoda y privada.
- Establezca contacto visual y mire al paciente cuando habla.
- Utilice un lenguaje que el paciente comprenda.
- Escuche al paciente y observe su lenguaje corporal (postura, expresión facial, mirada, etc.). Intente entender sus sentimientos, vivencias y puntos de vista.
- MotíVELO. Asienta o díGale, “Cuénteme más sobre eso”.
- Utilice preguntas de respuesta abierta.
- Ofrezca información relevante.
- Intente identificar las inquietudes reales del paciente.
- SugíERale varias alternativas.
- Respete las elecciones del paciente.
- Siempre verifique que el paciente haya comprendido el tema tratado, pidiéndole que repita la información más relevante.
- No debe:
 - entrar y salir de la sala;
 - alentar la interrupción de otros prestadores;
 - tomar nota continuamente mientras el paciente habla;
 - hacer comentarios críticos o expresiones faciales negativas.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Todos los pacientes necesitan información sobre las ITS/ITR, sobre cómo se transmiten y se pueden prevenir. Los prestadores de salud deben expresar actitudes positivas sobre la sexualidad y enfatizar los beneficios de disfrutar una **vida sexual saludable** a la vez que resguardamos la salud y la fertilidad. El Cuadro 4.2 incluye una lista de verificación sobre la información esencial que debe transmitir durante la educación del paciente. Además:

- Si la paciente acudió por **planificación familiar**, debe ofrecerle información sobre las ITS/ITR, sobre cómo prevenir infecciones y reconocer signos de infección. Enfatice que el **uso consistente del condón** es la única manera de evitar el embarazo y la exposición a infecciones de transmisión sexual (doble protección).
- Si la paciente está **embarazada**, debe entender la importancia de prevenir las ITS/ITR durante el embarazo, así como de detectar la presencia de sífilis, VIH y otras infecciones que pueden ponerla en riesgo a ella y al embarazo.
- Las pacientes que asisten al servicio con **síntomas de ITS/ITR** deben ser instadas a seguir el tratamiento recomendado, a hablar sobre prevención y, si la infección es de transmisión sexual, a referir a sus parejas para que reciban tratamiento (véase Capítulo 8).

Podrá encontrar consejos más específicos sobre cómo integrar la educación y la orientación sobre prevención en las consultas de planificación familiar y prenatales en el Capítulo 6 y en el Capítulo 7.

Cuadro 4.2. Lista de verificación: qué deben saber los pacientes

Información sobre ITS/ITR

- Cómo se transmiten las ITS entre las personas (mientras que otras ITR no).
- Consecuencias de las ITS/ITR que incluyen infertilidad y pérdida del embarazo.
- Los vínculos entre las ITS y el VIH, y las conductas que promueven la transmisión de ambas.

Prevención de las ITS

- Dónde obtener condones.
- Uso correcto y consistente del condón (especialmente con parejas nuevas).
- Limitación del número de parejas.
- Retraso del inicio sexual (adolescentes).
- Uso de alternativas al sexo con penetración.
- Destrezas de negociación.

Una sexualidad saludable

- Cambios biológicos y emocionales normales.
- Beneficios de una vida sexual saludable.
- Cuándo y cómo buscar orientación sobre problemas.

Síntomas de las ITS/ITR

- Qué buscar y qué significan los síntomas.
- Uso temprano de los servicios clínicos.

Tratamiento de las ITS/ITR

- Cómo tomar los medicamentos.
- Abstinencia o sexo con protección durante el tratamiento.
- Importancia de referir a la pareja.
- Signos que exigen regresar al servicio para una nueva evaluación.

Gran parte de esta información se puede ofrecer a grupos de pacientes mientras esperan su turno. Se puede capacitar a un educador de la salud u otro miembro del personal para ofrecer información básica sobre salud sexual, incluyendo prevención de las ITS, usando una pizarra o cartel para reforzar el mensaje. En algunos servicios, la información puede ser presentada mediante vídeos o cintas de audio. Cualquiera sea el método, los pacientes deben tener la posibilidad de analizar la información y formular preguntas en privado durante el examen o la sesión de orientación.

Estas presentaciones grupales permiten a los pacientes identificar sus inquietudes y formular preguntas específicas. La educación para la salud debe continuar durante la consulta y el examen. Por ejemplo, se pueden analizar las técnicas sobre negociación del uso del condón si la paciente se queja de tener dificultades para que su pareja lo utilice. Asegúrese de resumir los puntos importantes al final de la consulta y de ofrecer a las pacientes la oportunidad de formular preguntas.

EDUCACIÓN DE LA PACIENTE SOBRE PRÁCTICAS SEXUALES SEGURAS

Sabemos que determinadas conductas aumentan el riesgo de transmisión de las ITS/ITR. Algunas de estas implican el contacto sexual sin protección con líquidos corporales en la vagina, boca o ano. Con otras, como el trabajo sexual, puede ser difícil para la persona utilizar condones u otros métodos de prevención.

Las prácticas sexuales seguras (Cuadro 4.3) pueden ser más gratas para ambos integrantes de la pareja ya que hay menos probabilidades de que generen preocupación, malestar o enfermedades. Destaque que el sexo seguro es sexo real; los integrantes de la pareja pueden hablar juntos sobre sexo para descubrir nuevas maneras de complacer al otro.

Cuadro 4.3. ¿Qué es el sexo seguro?

El sexo seguro es cualquier actividad sexual que reduce el riesgo de transmitir ITS y VIH de una persona a otra. Esta práctica evita que entre semen, líquido vaginal o sangre en el cuerpo a través de la vagina, ano o cualquier llaga o herida abierta.

Algunas prácticas sexuales seguras

- Use un condón cada vez que tenga sexo (especialmente con parejas nuevas).
- Reduzca el número de sus parejas sexuales; la opción mas segura es mantener relaciones sexuales con una pareja monógama no infectada.
- Pruebe masajear, friccionar, tocar, besar abrazar o bien masturbar en lugar de tener coito.
- No mantenga prácticas sexuales peligrosas, como “sexo seco”, que puede romper la piel; la vagina debe estar húmeda por dentro durante el coito.
- Si tiene sexo anal, siempre use un condón con lubricante ya que en este lugar la mucosa se puede rasgar fácilmente.
- NO tenga relaciones sexuales o sexo oral si usted o su pareja tienen llagas genitales o secreción anormal.

EDUCACIÓN DE LA PACIENTE POSTERIOR AL TRATAMIENTO DE LAS ITS/ITR

Las pacientes que reciben tratamiento para una ITS/ITR necesitan información adicional para garantizar que completen el tratamiento y evitar la reinfección. El Cuadro 4.4 sintetiza la información esencial para las pacientes que reciben tratamiento para una ITS/ITR.

Cuadro 4.4. Educación de la paciente como parte del manejo de casos de ITS/ITR

- Aliente a las pacientes a buscar tratamiento a través de su servicio de salud o su médico. Desaliente la automedicación o la obtención de medicamentos de fuentes no autorizadas.
- Invite a las pacientes a completar el ciclo del tratamiento. Una razón frecuente para el fracaso del tratamiento es interrumpirlo precozmente, apenas desaparecen los síntomas. Desaliente el uso compartido de los medicamentos.
- Evite describir una infección como de transmisión sexual cuando el diagnóstico no es seguro. Explique a las pacientes (y a sus parejas) que la mayoría de las ITR no son de transmisión sexual.
- Aliente el tratamiento de la pareja cuando corresponda (véase Capítulo 8). Aunque debe prescribir tratamiento de las parejas de mujeres con úlceras genitales, signos de cervicitis o EPI, debe tener cuidado durante la orientación para evitar interpretaciones erróneas y posibles conflictos entre los miembros de la pareja.
- Enfatice qué pueden hacer los pacientes para prevenir la reinfección. Esto incluye ofrecer información sobre las prácticas sexuales seguras (Cuadro 4.3) y el uso de condones, y quizá sea necesario una orientación más detallada.

ORIENTACIÓN

Los prestadores de salud juegan un papel importante al apoyar a la mujer y al hombre en la adopción de estrategias eficaces de prevención. La orientación es un proceso más profundo que la educación para la salud y exige más tiempo. Debido a ello, parece lógico designar a una persona específica para la orientación de los pacientes en los servicios con gran demanda. Esta persona puede brindar otros servicios, como orientación y pruebas voluntarias de VIH. Una orientación efectiva debe enfrentar aspectos sobre el riesgo y la vulnerabilidad (Cuadro 4.5).

Cuadro 4.5. Elementos de la orientación efectiva

Intente comprender cómo la situación de una persona puede aumentar el riesgo y la vulnerabilidad. Debe entender que hay circunstancias en la vida de una persona que son difíciles de cambiar (por ejemplo, el consumo de alcohol, el trabajo sexual como sustento) y que pueden dificultar el sexo seguro.

Ofrezca información adecuada. Suministre información clara y precisa a los pacientes sobre las conductas de riesgo, los peligros de las ITS y las formas específicas en que pueden protegerse.

Identifique las barreras. ¿Qué impide que alguien cambie una conducta? ¿Se debe a opiniones personales, falta de información o prejuicios sociales (como la necesidad de satisfacer a la pareja)? ¿Cuáles se pueden modificar y cómo?

Ayude a las personas a buscar una motivación para reducir el riesgo. Con frecuencia las personas cambian de conducta debido a una experiencia personal. Conocer a personas que tienen VIH/SIDA, enterarse de que un familiar o amigo es infértil a causa de una ITS/ITR o de que una pareja tiene una infección, son experiencias que pueden motivar a una persona a cambiar de conducta.

Establezca objetivos para la reducción del riesgo. Fije objetivos a corto y largo plazo que el paciente considere realistas.

Ofrezca destrezas reales. Enseñe destrezas de negociación, muestre cómo debe usarse el preservativo y represente conversaciones.

Ofrezca opciones. Las personas necesitan sentir que tienen opciones y que pueden tomar sus propias decisiones. Analice conductas alternativas que representen un riesgo menor.

Establezca un plan para contratiempos. Ensaye cómo encarar una situación difícil (por ejemplo, el esposo se enoja o se niega a usar condones).

Los mensajes deben adaptarse para que sean relevantes a cada persona o pareja. Encontrar el balance perfecto para cada paciente entre la prevención confiable del embarazo y la prevención de las ITS (protección dual) exige un **método de orientación flexible** de parte del prestador de salud.

- La prevención del embarazo puede ser la preocupación principal de los pacientes jóvenes solteros, quienes quizás desconozcan el riesgo de las ITS (véase Cuadro 4.6). La educación sobre el riesgo de las ITS puede motivar el uso de condones para lograr una **doble protección** o el retraso del inicio de la actividad sexual.
- A menudo, las mujeres y hombres que transitan los primeros años de edad reproductiva se interesan en su capacidad futura de tener hijos, ya sea utilicen o no anticonceptivos. Una importante motivación puede ser enfatizar la importancia de la prevención de las ITS para **preservar la salud y fertilidad de la familia**.

- Cuando hay interés en preservar un embarazo saludable, se puede motivar a las embarazadas y sus parejas a prevenir infecciones para **reducir el riesgo de infección congénita**.
- La prevención del embarazo no es importante para algunas personas. Las mujeres con ligadura de trompas, postmenopáusicas o embarazadas aún están en riesgo de presentar ITS y necesitan orientación en cuanto a prevención.

Cuadro 4.6. Consideraciones especiales para la orientación de los jóvenes

- La orientación de los jóvenes puede exigir más tiempo.
- Ellos deben confiar en que se respetará su privacidad y confidencialidad.
- Intente averiguar si los jóvenes cuentan con alguien para hablar sobre sus problemas.
- Manténgase perceptivo a la posibilidad de violencia sexual o coerción. Hay más probabilidades de que haya coerción en la actividad sexual y mayor riesgo de VIH o ITS cuando hay una amplia diferencia de edad entre los integrantes de la pareja.
- Asegúrese de que los jóvenes comprendan cómo es el desarrollo sexual normal y cómo se origina el embarazo.
- Asegúrese de que comprendan que es posible decir que “no” al sexo.
- Analice con el paciente temas relacionados con el consumo de alcohol y/o drogas y prácticas sexuales que implican riesgo.
- Puede ser útil hacer participar a pares en la educación.
- Verifique que el adolescente pueda comprar los medicamentos necesarios para tratar una ITR y que pueda completar el ciclo de tratamiento. Los jóvenes son más proclives a detener o interrumpir el tratamiento si sufren efectos secundarios inesperados.
- Asegúrese de que se ofrezca seguimiento en horarios convenientes.

RAZONAMIENTO SOBRE EL RIESGO Y LA VULNERABILIDAD

Son pocas las personas que pueden aceptar sin problema la información sobre qué les conviene y como consecuencia efectuar los cambios necesarios en sus vidas. Los prestadores de salud deben estar atentos a las situaciones y conductas que afectan el riesgo y la vulnerabilidad a las ITS, y abordar en forma realista el cambio de conducta. El riesgo y la vulnerabilidad están influenciados tanto por la conducta como por otros factores, como la edad y el sexo, el lugar donde uno vive y trabaja, y el entorno social, cultural y económico, los cuales pueden estar fuera del alcance de modificación de una persona. Los trabajadores itinerantes que están separados de sus familias durante largos períodos pueden tener sexo de alto riesgo porque están solos; la gente pobre con frecuencia tiene un acceso deficiente a los servicios de atención de la salud; y algunas mujeres y hombres se ven obligados a mantener relaciones sexuales a cambio de dinero para sobrevivir o solventar a sus familias.

La comprensión de estos factores permite un enfoque realista de la orientación, que debe tener en cuenta las circunstancias en la vida de una persona que difícilmente podrá modificar. Conocer el riesgo también puede ayudar a tomar decisiones sobre el manejo de las ITR (Tabla 4.2).

Lamentablemente, no existe un método infalible para evaluar el riesgo de una persona. La Tabla 4.3 puede ayudar a los prestadores a tratar a los pacientes, por medio de destrezas y conocimiento de la comunidad, y la valoración propia del paciente sobre el riesgo. Al enfrentar situaciones reales, los pacientes pueden encontrar soluciones que funcionarán a su favor.

Tabla 4.2. Cómo el riesgo individual puede influenciar las decisiones sobre la salud reproductiva y la prevención, detección y tratamiento de las ITS/ITR

	Alto riesgo	Bajo riesgo
Elección del método anticonceptivo (Capítulo 6)	Las mujeres que tienen varias parejas sexuales deben usar condones solos o en combinación con otro método anticonceptivo.	La doble protección tal vez no sea necesaria para las parejas que comparten una relación estable mutuamente monógama.
Detección de las ITR	La prioridad para el tamizaje de ITS (de ser posible) deben ser las personas con varias parejas sexuales u otros riesgos. Las mujeres de más de 35 años deben tener prioridad para el tamizaje de cáncer cervical ya que tienen un mayor riesgo.	Además de las pruebas de sífilis en el embarazo, los pacientes asintomáticos sin riesgo evidente no requieren tamizaje de ITS.
Tratamiento de las ITR (Capítulo 8)	Una adolescente con flujo vaginal, cuyo novio tiene una secreción, debe recibir tratamiento adicional para infección cervical y orientación sobre tratamiento de la pareja y prevención de las ITS.	Una mujer con flujo vaginal que tiene una vida familiar monógama y estable probablemente tenga bajo riesgo de ITS y debe recibir tratamiento para las infecciones vaginales habituales (véase Diagrama de flujo 1, en el Capítulo 8).
Orientación (Capítulo 4)	La orientación debe tratar conductas de riesgo específicas.	Las mujeres sin riesgo aparente no requieren de orientación prolongada (y probablemente no lo deseen).
Tratamiento de la pareja (Capítulo 8)	Las decisiones sobre el tratamiento de la pareja deben efectuarse dentro del marco de la situación de la pareja. Si uno de los integrantes de la pareja tuvo otras parejas sexuales, o viajes frecuentes lejos del hogar, puede ser más seguro tratar a ambos integrantes contra ITS incluso si los síntomas no son claros.	Muchas ITR no requieren el tratamiento de la pareja porque no son de transmisión sexual. De existir dudas, encare con precaución el tema de notificar a la pareja y permita que el paciente decida.

Tabla 4.3. Factores a considerar en la valoración del riesgo

Prevalencia de las ITS en la comunidad o red social	La prevalencia de las ITS con frecuencia es mayor entre: <ul style="list-style-type: none">▪ las trabajadoras sexuales, los clientes de trabajadoras sexuales y las parejas de cualquiera de ambos;▪ las personas que participan de conductas sexuales de alto riesgo a cambio de dinero, regalos o favores. Quizá estas personas no se consideren trabajadores sexuales o en riesgo;▪ los trabajadores migrantes u otras personas en trabajos que implican viajes frecuentes y estar separados de su familia;▪ los adolescentes y jóvenes.
Información brindada por el paciente	Un paciente puede sugerir que existe una mayor exposición: <ul style="list-style-type: none">▪ si tiene varias parejas sexuales;▪ si tiene una nueva pareja sexual reciente;▪ si tiene una pareja con síntomas de ITS.
Criterio del prestador	Los prestadores de salud pueden usar su criterio y conocimiento médico de la comunidad, junto con los factores anteriores, para evaluar el riesgo.
El paciente cree que puede estar en riesgo	Algunas veces es difícil formular preguntas íntimas sobre conductas de riesgo, o los pacientes pueden ser renuentes a responderlas. En estos casos, puede ser útil simplemente preguntarle al paciente si considera que está en riesgo de ITS. Al consultar sobre el riesgo se puede abrir una puerta para realizar más preguntas y entablar una conversación, es posible que una mujer acepte estar en riesgo aunque se niegue a brindar detalles.

APOYO DEL CAMBIO DE CONDUCTA

Cualquiera sea la situación, las pacientes necesitan información sobre las ITS/ITR, las conductas que aumentan el riesgo y cómo prevenirlas. También necesitan apoyo y estímulo para negociar las actividades sexuales seguras, incluido el uso de condones.

Los prestadores de salud pueden usar sus destrezas de orientación para apoyar a las mujeres y hombres a adoptar conductas sexuales seguras que satisfagan sus necesidades. El Cuadro 4.7 brinda algunos consejos que pueden resultar útiles para ayudar a las pacientes a negociar sexo seguro.

Cuadro 4.7. Negociación de sexo seguro

La negociación del sexo seguro es similar a la negociación de otras cosas que necesitamos. Puede ayudar tener en cuenta cómo se negocia satisfactoriamente en otras áreas. Una manera de empezar es que una persona decida lo que él o ella desea, y lo que él o ella está dispuesto a ofrecer a cambio.

Concéntrese en la seguridad

Al negociar las prácticas sexuales seguras, se debe poner énfasis en la seguridad, no en la falta de confianza, la culpa o el castigo. Es más fácil llegar a un acuerdo sobre la seguridad ya que beneficia a ambas personas.

Use de ejemplo a otras personas

Saber que otras personas usan prácticas sexuales seguras puede facilitar su adopción.

Solicite ayuda si la precisa

Al hablar con la pareja sobre sexo seguro, puede ser útil invitar a otra persona de confianza.

La negociación del uso de condones es un ejemplo. El Cuadro 4.8 sugiere algunas respuestas a las objeciones frecuentes que pueden dar las parejas ante el pedido de que usen condones.

Cuadro 4.8. Ayuda para mujeres mediante las destrezas de negociación del uso de condones

Si él dice:	Intente decirle:
No se sentiría tan bien como si...	Tal vez sea diferente, pero aún se sentirá bien. Déjame mostrarte. Incluso podrías durar más tiempo y entonces ¡los dos nos sentiremos muy bien!
¡No tengo ninguna enfermedad!	Yo tampoco creo estar enferma. Pero uno de los dos podría estarlo sin saberlo.
¡Si ya estás usando un método de planificación familiar!	De todas maneras me gustaría usarlo. Uno de nosotros podría tener una infección desde antes de conocernos y no saberlo.
Hagámoslo sólo esta vez sin preservativo...	Alcanza con una sola vez sin protección para contagiarse una ITS o el VIH/SIDA. Además, no estoy preparada para quedar embarazada.
Los condones son para las prostitutas. ¿Por qué quieres usarlos?	Los condones son para todas las personas que desean protegerse. ¡SIN CONDÓN, NO HAY SEXO!
Haga lo posible por garantizar que ambos disfruten del sexo con condón. De esa manera, tal vez sea más fácil hacer que él use uno la próxima vez.	

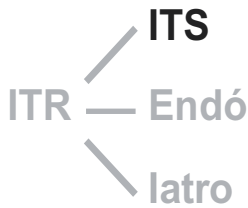
Es probable que a los pacientes les resulte negativa la orientación sobre “riesgos” y “protección”, en particular a los adolescentes y otros que estén desorientados o sientan culpa sobre su sexualidad. Los prestadores de salud deben esforzarse por mantener una actitud positiva y enfatizar los beneficios de disfrutar una vida sexual saludable a la vez que protegemos la salud y la fertilidad. La próxima sección analiza las formas de comunicar estos mensajes a la comunidad y en los servicios de salud reproductiva.

SECCIÓN 2 MEJORAS EN LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ITS/ITR

La **Sección 1** presenta información básica sobre las ITS/ITR y sus complicaciones, las vías de propagación y lo que podemos hacer en relación con ellas. También analiza los conocimientos y destrezas que deben tener los proveedores de servicios de salud para poder detectar y prevenir las ITS/ITR.

La Sección 2 brinda orientación sobre el abordaje de las ITS/ITR a través de los servicios de salud reproductiva. También contempla algunas maneras de establecer contacto con los hombres, adolescentes y otras personas que habitualmente no utilizan los servicios de salud reproductiva.

La **Sección 3** aborda el manejo de las ITS/ITR (cómo diagnosticar y tratar los problemas relacionados con las ITS/ITR) e incluye diagramas de flujo y tablas de tratamiento. Esta sección está organizada según un enfoque de solución de problemas que permite un rápido acceso a la información.



CAPÍTULO 5. PROMOCIÓN DE LA PREVENCIÓN DE LAS ITS/ITR Y DEL USO DE SERVICIOS

Para recordar

- Un abordaje de salud pública para la prevención y el control de ITS/ITR incluye **reducir las barreras para acceder a los servicios, aumentar la conciencia en la comunidad, promover los servicios, y establecer contacto** con las personas que habitualmente no usan los servicios de salud reproductiva.
- Los servicios deben ser **accesibles y aceptables**, para que las personas no duden usarlos si tienen inquietudes sobre las ITS/ITR.
- La comunidad debe tener conciencia sobre las ITS/ITR y sus complicaciones, y se debe promover el **uso temprano de los servicios**.
- Para **fomentar el uso de los servicios de prevención y atención**, debe enfatizarse el papel que desempeñan las ITS/ITR sin tratamiento en la infertilidad, las complicaciones del embarazo y la infección por VIH.
- Se debe alentar a los **hombres** a participar en la prevención de las ITS/ITR. Tal vez sea necesario desarrollar referencias o servicios especiales para encarar la prevención de las ITS/ITR en los hombres.
- Los servicios deben establecer contacto con los **jóvenes** que con frecuencia están en alto riesgo de ITS/ITR y sus complicaciones, aunque muchas veces sean renuentes a concurrir a los consultorios.
- Encontrar maneras de establecer contacto con los grupos en alto riesgo de infección, como **las trabajadoras sexuales y sus clientes**, resulta clave en la reducción de la transmisión de las ITS.

Como se observó en el Capítulo 1, las comunidades con buen acceso a los servicios eficaces de prevención y tratamiento tienen tasas menores tanto de ITS/ITR como de sus complicaciones que las comunidades con servicios deficientes, desorganizados o no utilizados por las personas en riesgo de infección. Este capítulo analiza cómo puede establecerse contacto con un mayor número de personas que necesiten los servicios para las ITS/ITR y convencerlos de asistir a ellos. Esto implica:

- reducir las barreras al uso de los servicios;
- aumentar la conciencia sobre las ITS/ITR y fomentar el uso de los servicios;
- contactar a quienes habitualmente no usan los servicios de salud reproductiva.

REDUCCIÓN DE LAS BARRERAS QUE IMPIDEN EL USO DE LOS SERVICIOS

El primer paso para aumentar el uso de los servicios es eliminar las barreras que alejan a las personas. Con frecuencia se pueden identificar estas barreras al hablar con los pacientes y los integrantes de la comunidad. Quizá las personas eviten los servicios de atención de la salud debido a barreras que impiden el **acceso**, como son:

- **Leyes, políticas y reglamentaciones:** ¿Hay restricciones para el acceso de los jóvenes y las mujeres a los servicios, o necesitan la autorización de un padre o el cónyuge?
- **Ubicación:** ¿Pueden las personas llegar al centro médico fácilmente? Los servicios móviles o satélites pueden aumentar el alcance de los servicios médicos.
- **Horario:** ¿Es conveniente el horario del servicio para las personas que trabajan, los estudiantes y otras personas? Las sesiones especiales en los centros médicos luego del horario de trabajo o durante los fines de semana pueden permitir que acudan personas que de lo contrario no asistirían.
- **Costo:** ¿Pueden las personas pagar los honorarios del servicio y los costos adicionales de las pruebas de laboratorio y medicamentos? Los costos desalientan a las personas y, a largo plazo, el costo para la comunidad será mayor si las tasas de ITS/ITR y sus complicaciones se mantienen elevadas.

Además, pueden existir barreras que impidan la **aceptación** de los servicios, entre ellas:

- **Estigma:** con frecuencia las personas no desean usar los servicios por miedo a actitudes críticas o sentenciosas del personal. Muchos adolescentes evitan asistir a servicios de salud si los prestadores no los tratan con respeto. Los servicios de salud reproductiva muchas veces están diseñados o se perciben como exclusivos para las mujeres, lo que disuade la asistencia de hombres.

- Falta de privacidad: los jóvenes en particular temen que la información sobre su salud o conducta sexual no se trate en forma confidencial. Se pueden seguir algunos pasos para garantizar la privacidad durante las consultas y la confidencialidad de la información (véase Capítulo 4).
- Administración deficiente del servicio: ¿Tienen confianza las personas en el servicio y en su personal, y sienten que es buena la calidad de los servicios recibidos? Buenos servicios generan confianza.
- Insumos y medicamentos inadecuados: ¿Las personas pueden realizarse las pruebas y el tratamiento que necesitan en la clínica? De no ser así, es posible que decidan ir directamente a la farmacia por el tratamiento y así ahorrar tiempo y dinero.
- Prestadores de servicios de salud incompetentes e irrespetuosos: ¿Sienten las personas que son bien recibidas en el servicio? ¿Confían en los prestadores de salud?

Abordar estos aspectos facilitará la promoción del uso de los servicios de prevención y tratamiento de las ITS/ITR.

AUMENTO DE LA CONCIENCIA Y PROMOCIÓN DE LOS SERVICIOS

Incluso una vez que se derriban las barreras que impiden el acceso y la aceptación de los servicios, quizá algunas personas no acudan porque desconocen que tienen un problema. Por lo tanto, es necesario orientar los esfuerzos destinados a la prevención y la promoción de los servicios de detección y tratamiento de las ITS/ITR a las personas de la comunidad.

Los prestadores de salud deben fomentar el uso temprano de los servicios por parte de quienes tienen síntomas o inquietudes sobre las ITS/ITR. Esto incluye:

- aumentar la conciencia sobre las ITS/ITR y sus complicaciones;
- educar a las personas sobre los síntomas de las ITS/ITR y la importancia del uso temprano de los servicios de atención de la salud;
- promover los servicios de tamizaje como las pruebas de sífilis al inicio del embarazo;
- promover los servicios y establecer contacto con los jóvenes u otros grupos vulnerables que pueden no sentirse cómodos como para usar los servicios de salud.

Los mensajes deben enfatizar los beneficios de la prevención y el tratamiento temprano en comparación con el tratamiento tardío (Cuadro 5.1). Los prestadores de salud pueden contribuir al objetivo de salud pública de controlar las ITS/ITR y ayudar a reducir la carga de morbilidad en la comunidad al establecer contacto con todo tipo de personas y convencerlas del valor y la importancia del uso temprano de los servicios de ITS/ITR.

Cuadro 5.1. Mensajes para promover el uso de los servicios de prevención y tratamiento de ITS/ITR

Los integrantes de la comunidad deben tener conciencia sobre las ITS/ITR y saber cómo prevenir las y tratarlas	La prevención es mejor que la cura: la estrategia más eficaz es prevenir la infección en primer lugar, mediante la reducción de la exposición (retrasar el inicio de la actividad sexual, reducir el número de parejas sexuales y/o usar condones en forma consistente). El tratamiento temprano es mejor que el tratamiento tardío: cuando ocurre una ITS/ITR, la identificación y el tratamiento temprano pueden eliminar la infección antes de que surjan complicaciones o se transmita a otras personas. Más vale tarde que nunca: el diagnóstico y el tratamiento de las complicaciones son posibles incluso si fallan los dos primeros niveles de prevención. Sin embargo, en este nivel las intervenciones son con frecuencia menos eficaces y más costosas que las implementadas antes.
---	--

CÓMO CONTACTAR GRUPOS QUE HABITUALMENTE NO USAN LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

En la prevención y el tratamiento de las ITS/ITR, debe prestarse especial atención a factores que influyen sobre el riesgo y la vulnerabilidad, como la edad, el sexo, la cultura y el trabajo. Esto vale tanto para el control de las ITS en la comunidad como para el tratamiento de pacientes individuales. Si no se presta atención a los sectores clave de la población, como los hombres o los adolescentes, será muy difícil lograr el control de las ITS en la comunidad. Otros grupos, como las trabajadoras sexuales y sus clientes, y los trabajadores ambulantes o itinerantes, pueden estar en alto riesgo de ITS, y pueden desconocer la existencia de los servicios de salud o no sentirse cómodos como para usarlos. Al tomar contacto con estos grupos se fortalece el control de las ITS.

INCLUSIÓN DE LOS HOMBRES

Los hombres tienden a tener más parejas sexuales que las mujeres y, por consiguiente, más probabilidades de contraer y transmitir ITS. Además, los hombres son más propensos a presentar síntomas cuando tienen una ITS y pueden buscar tratamiento en centros médicos, en consultorios privados o directamente de farmacias o proveedores de medicamentos. En consecuencia, un componente importante del control de las ITS es que los hombres accedan a los servicios de prevención y tratamiento de calidad.

Los servicios de salud reproductiva deben, como mínimo, ofrecer tratamiento a las parejas sexuales de las mujeres que usan sus servicios. Algunos servicios de salud reproductiva, que tradicionalmente prestaban servicios exclusivamente a mujeres, ahora ofrecen una gran variedad de servicios preventivos y curativos a los hombres; incluso los involucran en la toma de decisiones sobre la doble protección (contra infecciones y embarazo). Algunos servicios de salud reproductiva habilitan horarios

o lugares especiales para que los hombres asistan a fin de obtener orientación y atención.

Además de ampliar los servicios para incluir a los hombres, los servicios de salud reproductiva deben respaldar la mejora de los servicios que los hombres buscan (médicos privados, farmacias), y crear mecanismos para simplificar la referencia, el tratamiento de las parejas y otras necesidades. (Ver cuadro 5.2)

Crear o apoyar servicios especiales para los hombres en sus lugares de trabajo (centros de salud laboral) o donde se reúnan (encuentros en bares o áreas de recreación) también ayuda a garantizar que obtengan atención adecuada para ITS. Los hombres deben poder obtener condones fácilmente en aquellos lugares donde socializan. Los servicios de salud deben trabajar en conjunto con las farmacias locales, los proveedores de medicamentos y los prestadores de salud tradicionales para garantizar que estén al tanto sobre las pautas para el tratamiento de las ITS y sobre la importancia del tratamiento de las parejas. (Ver cuadro 5.3)

Cuadro 5.2. Cómo contactar a los hombres

Los hombres pueden ser más receptivos a los mensajes de prevención de las ITS si entienden que amenazan su salud y fertilidad, y ponen en riesgo la vida de sus esposas, novias e hijos.

Dos objetivos de los programas de salud reproductiva o de las intervenciones en el lugar de trabajo para hombres son:

- Alentar a los hombres que sufren una ITS que traigan o refieran a sus parejas para tratamiento. Como las ITS son más sintomáticas en los hombres que en las mujeres, el tratamiento de la pareja es una manera importante de identificar a las mujeres asintomáticas que requieren tratamiento.
- Llevarles información sobre prevención, en particular sobre el uso de condones en encuentros sexuales comerciales y casuales. Esto reduce la probabilidad de llevar una ITS al hogar.

Cuadro 5.3. Automedicación

Muchas personas buscan formas de tratar una ITS sin consultar a un médico o concurrir a un consultorio. La automedicación es más frecuente entre los hombres y los jóvenes, que pueden comprar antibióticos directamente en una farmacia sin una receta. Las trabajadoras sexuales y sus clientes también toman antibióticos o realizan otros tratamientos ya que consideran que de esta forma prevendrán la infección.

La automedicación debe ser desalentada por varios motivos. En primer lugar, las personas con una capacitación mínima (como el personal del área de ventas de las farmacias) vende muchas veces fármacos que no son efectivos. En segundo lugar, es probable que se vendan los fármacos en dosis insuficientes a fin de que el tratamiento sea asequible. Por consiguiente, la infección no se cura (aunque los síntomas pueden desaparecer transitoriamente) y los gérmenes desarrollan resistencia a los antibióticos comunes.

Los prestadores de salud deben tratar de comprender por qué se automedican las personas. Tal vez porque los centros médicos locales no son aceptables por varios motivos, como el costo, el tiempo de espera o la falta de privacidad que ellos perciben. Al mejorar y promocionar los servicios de las clínicas se puede devolver la confianza y reducir la tasa de automedicación.

LOS JÓVENES

En general, los **jóvenes** tienen índices más altos de ITS que las personas mayores. Hay muchas razones sociales, biológicas y de conducta que así lo explican. Por ejemplo:

- Los jóvenes normalmente tienen más parejas sexuales y relaciones más breves, por lo que hay más posibilidades de transmisión de ITS.
- Quizá se avergüencen o tengan dificultades para obtener condones.
- Tal vez no puedan negarse fácilmente a tener sexo en determinadas situaciones (dentro de la familia, a cambio de bienes como insumos escolares, alimentos o ropa).
- Pueden no reconocer las situaciones y parejas sexuales que implican un alto riesgo de infección.
- Es posible que carezcan de conocimiento sobre los síntomas de ITS y cuándo buscar atención.
- Quizá no se sientan cómodos de acudir a servicios de planificación familiar u otros servicios de salud reproductiva por miedo a que el personal los critique o juzgue.
- Es probable que no sepan adónde recurrir para obtener servicios privados y confidenciales.
- Tal vez no puedan pagar por los servicios de salud.

En algunas sociedades, se espera que las adolescentes contraigan matrimonio a edad temprana y tengan poca o ninguna experiencia sexual antes del casamiento. Sin embargo, ellas aún pueden estar en riesgo de infección ya que sus cónyuges pueden haber tenido parejas anteriores o pueden tener más de una pareja sexual. Las jóvenes que tienen una pareja sexual de mayor edad están en alto riesgo de adquirir algunas infecciones (especialmente infecciones incurables como el VIH, virus del herpes simple [VHS-2] y el papilomavirus humano [HPV]). Además, hay más probabilidades de que estén en una relación donde la actividad sexual no sea plenamente de mutuo acuerdo. Desde el punto de vista biológico, el tejido que cubre el cuello uterino de muchas adolescentes (especialmente de quienes recién superaron la pubertad) es más vulnerable a las infecciones que el de las mujeres mayores.

Los servicios de salud reproductiva juegan un papel importante en la prestación de servicios preventivos y curativos de calidad para los jóvenes, y debe intentar que los servicios sean aceptables y accesibles para ellos. Los “servicios para jóvenes” (Youth-friendly services) están basados en las necesidades e inquietudes de los jóvenes y son prestados por personal técnicamente competente en forma privada, respetuosa y confidencial en lugares físicamente aceptables y accesibles. Estos servicios deben ser aceptables para las comunidades locales y los jóvenes deben participar de su planificación y monitoreo.

El Cuadro 5.4 incluye algunos puntos a considerar si se desea mejorar el acceso de los jóvenes a la prevención y el tratamiento para las ITS/ITR, al igual que algunos mensajes importantes para ellos. Los jóvenes precisan información práctica y apoyo en relación con cosas que afectan sus vidas (incluida su actividad sexual), así como el acceso a servicios e insumos. Una educación que se concentre en la abstinencia y la fidelidad deja a las mujeres y niñas desinformadas sobre otras formas de reducir el riesgo de infección y sin las destrezas necesarias para negociar actividades sexuales seguras que minimicen este riesgo.

Si se logra que los adolescentes acepten y accedan a los servicios, se otorga prevención y atención a un grupo con una alta exposición al riesgo y con un gran potencial para prevenir infecciones y mantener una vida sexual placentera. Las barreras que enfrentan los jóvenes para acceder a servicios como condones y anticonceptivos con frecuencia se originan debido a actitudes de los padres, los prestadores de salud y la comunidad, que incluyen la negación y el malestar acerca de la sexualidad de los jóvenes. Es necesario eliminar estas barreras. La educación por pares puede ayudar a establecer contacto y educar a jóvenes en distintas situaciones y que quizá desconozcan o no tengan fácil acceso a los servicios.

En algunos países, la edad legal de consentimiento para obtener servicios médicos es distinta a la edad de consentimiento para tener relaciones sexuales. Los prestadores de salud deben aclarar la situación jurídica relativa al tratamiento de los adolescentes menores de la edad de consentimiento necesaria para obtener tratamiento médico. En circunstancias ideales, se debería autorizar el tratamiento o los servicios si el bienestar del joven está amenazado. En un número reducido de países es ilegal brindar cualquier tipo de atención a adolescentes o mujeres solteras. Los grupos comunitarios deben impulsar la modificación de estas leyes.

Cuadro 5.4. Cómo captar la atención de los jóvenes

<p>Los servicios deben ser convenientes y garantizar la privacidad y reserva. Se deben fomentar los métodos de barrera (con el respaldo de anticoncepción de emergencia) como alternativa de anticoncepción, y la interacción debe enfatizar el desarrollo de destrezas de comunicación para ayudar a los jóvenes a negociar prácticas sexuales seguras.</p>	<p>Las conductas más seguras que deben alentarse en los jóvenes incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ retrasar el inicio de la actividad sexual; ▪ aprender a usar condones en forma correcta y consistente; ▪ practicar la doble protección para la prevención de los embarazos no planificados así como las ITS; ▪ limitar el número de parejas; ▪ evitar las prácticas sexuales de alto riesgo (en particular el sexo vaginal o anal sin protección) con cualquier pareja; ▪ reconocer los síntomas de las ITS y solicitar el tratamiento precozmente.
---	--

LAS TRABAJADORAS SEXUALES Y OTRAS PERSONAS CON MÚLTIPLES PAREJAS SEXUALES

Algunas personas tienen más probabilidades de contraer una ITS porque cambian con frecuencia de parejas sexuales. Cuanto mayor es el número de parejas sexuales que tiene una persona, mayores son las probabilidades de que contraiga una ITS y que contagie a otra persona. Las intervenciones que captan con éxito a personas de alto riesgo pueden tener más impacto sobre la transmisión de las ITS en la comunidad. (Ver cuadro 5.5)

En consecuencia, es indispensable establecer contacto con estos grupos con servicios preventivos y curativos de calidad a fin de lograr el control de las ITS. Un alcance eficaz se obtuvo con la educación de los pares y los servicios médicos para las trabajadoras sexuales a través de consultorios ambulantes o la asignación de horarios especiales. Estos servicios han contribuido a la reducción de la prevalencia de las ITS en la comunidad. (Ver cuadro 5.5)

Cuadro 5.5. Contactando a trabajadoras sexuales y sus clientes

Entre los obstáculos para controlar las ITS en las trabajadoras sexuales se incluyen el deficiente acceso a una atención y prevención efectivas, así como a las condiciones sociales adversas que reducen la posibilidad de las trabajadoras sexuales de exigir el uso de condones.

Los servicios deberían ser convenientes, privados y reservados. Se deberían organizar actividades de divulgación para incluir a las trabajadoras sexuales que no tengan fácil acceso a los servicios. La educación entre pares es clave para apoyar a las trabajadoras sexuales en sus exigencias por condiciones de trabajo más seguras. Los trabajadores de la salud deberían respaldar todo esfuerzo legal y social por reducir el hostigamiento y facilitar la prestación de servicios de prevención y cura como beneficios de salud pública.

Los servicios de ITS/ITR para las trabajadoras sexuales deberían incluir:

- suministro de condones (y lubricantes) y educación sobre su uso correcto y continuo;
- tamizaje de ITS o tratamiento ante sospecha de una;
- tratamiento de las ITS para las personas con síntomas o exposición;
- doble protección para la prevención de embarazos no planeados y las ITS/ITR.

OTROS GRUPOS

Las ITS suelen ser más comunes entre ciertos grupos, tales como poblaciones desplazadas y migrantes, servicio militar, prisioneros y niños de la calle. Todo esfuerzo por proporcionar servicios preventivos y curativos efectivos a estos grupos tiene grandes posibilidades de beneficiar a la comunidad en gran medida.

Las mujeres postmenopáusicas tienen la opción de utilizar servicios de salud reproductiva o no. Cualquiera sea el caso pueden llevar una vida sexual activa y ser vulnerables a la infección. Además, es posible que las mujeres sin riesgo de quedar embarazadas, incluidas aquellas que hayan optado por la anticoncepción permanente, se sientan menos motivadas a usar condones. También puede resultarles más difícil negociar el uso del condón con sus parejas. La orientación a estas mujeres sobre el uso del condón como protección contra las ITS deberá seguir siendo una parte importante de cualquier consulta. En mujeres mayores, también es importante el tamizaje de ciertas enfermedades relacionadas con las ITS/ITR (como el cáncer cervical).

Los niños también son vulnerables a las ITS, y es posible que antes la infección no se diagnostique correctamente debido a que las ITS suelen presentarse de diferentes maneras antes de la pubertad. También se evidencia en la actualidad que el abuso sexual infantil es más común que en muchas sociedades. Se debería derivar a estos niños a servicios capaces de ofrecer una atención efectiva y sensible. El Capítulo 10 aporta información sobre el manejo de la violencia sexual.



CAPÍTULO 6. EVALUACIÓN DE LAS ITS/ITR DURANTE LAS VISITAS DE RUTINA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Para recordar

- Se debe discutir sobre prevención y aclarar las dudas relacionadas con las ITS/ITR con todos los usuarios de los servicios de planificación familiar en cada una de sus visitas. Se debe promover la **doble protección** (contra el embarazo y las ITS/ITR) en cada oportunidad.
- Los **condones** pueden brindar doble protección efectiva si se utilizan correcta y consistentemente. Es el único método disponible en la actualidad que ofrece doble protección.
- Respecto al **uso del DIU**, los expertos marcan una diferencia entre las mujeres con “mayor riesgo de contraer una ITS” y aquellas con “una probabilidad individual muy alta de exposición a infección por gonorrea o clamidia”. El primer grupo incluye, por ejemplo, a las mujeres que habitan en un área donde las ITS son frecuentes; y el segundo incluye, por ejemplo, a las jóvenes sexualmente activas que informen tener o haber tenido una pareja con secreción uretral. La OMS recomienda que si bien no existen razones para negarle la posibilidad del DIU a una mujer simplemente porque vive en un área donde las ITS son frecuentes, el uso del DIU no se recomendaría para las mujeres con una probabilidad individual muy alta de exposición a infección por gonorrea o clamidia.
- Las mujeres con un riesgo individual elevado de contraer la **infección por VIH**, o aquellas ya infectadas por VIH, no deberían utilizar espermicidas. Tampoco deberían utilizar diafragmas con espermicida salvo que no se disponga de otros métodos más adecuados, o en caso de que esos métodos no sean aceptables.
- Se debería interrogar a las mujeres sobre **la presencia de síntomas** de las ITS/ITR más comunes. En las mujeres con síntomas se usará el abordaje sindrómico.
- Preguntar sobre **la presencia de síntomas en la pareja**. Se deberá tratar a toda mujer con una pareja sintomática, y se deberá establecer el tratamiento de la pareja.

- Se deberán realizar **tamizaje de las ITS/ITR** siempre que sea necesario: un examen de sangre y un cuidadoso examen con espéculo y bimanual pueden identificar diversas ITS/ITR asintomáticas.
- La **evaluación del riesgo** puede ayudar a identificar a las mujeres que necesiten atención especial para ITS, pero una evaluación de riesgo negativa no significa que una mujer no se encuentre en riesgo. (Ver Tabla 4.3)

La visita a planificación familiar (PF) es una oportunidad para prevenir no sólo los embarazos no deseados sino también la infección (doble protección). También es una oportunidad para detectar ITS/ITR asintomáticas y ofrecer tratamiento a las mujeres con síntomas que, de lo contrario, no utilizarían servicios médicos. ¿Cuál es el mejor modo de lograrlo?

Si bien debe discutirse la prevención de las ITS/ITR en cada visita de planificación familiar, debe reconocerse que la preocupación por las ITS/ITR suele no ser la razón principal de una visita al servicio de salud. La mayoría de las mujeres asisten a los servicios de planificación familiar en busca de anticonceptivos. Los prestadores de salud deben traer a colación temas relacionados con las ITS/ITR de un modo tal que corresponda a las prioridades del paciente. Existe un número de aspectos a considerar con las pacientes de planificación familiar:

- En un contacto de rutina prestador-paciente en servicio de planificación familiar, es difícil evaluar el nivel de riesgo que una persona tiene de contraer ITS. En consecuencia, al entrevistar a los pacientes de planificación familiar resulta útil recordar que toda persona sexualmente activa tiene un riesgo potencial de contraer una ITS.
- El **uso correcto y consistente de condones** es altamente efectivo para la prevención tanto del embarazo como de las ITS, y es el **único método** que ofrece una efectiva **doble protección**.
- Las mujeres con alguna ITS/ITR son elegibles para la mayoría de los métodos anticonceptivos; sin embargo, se debe tratar la infección adecuadamente y se debe tomar medidas para prevenir infecciones futuras.

Por estas razones, es esencial prestar especial atención a las necesidades del paciente tanto respecto de la anticoncepción como de la protección contra ITS. Algunos servicios utilizan herramientas simples para evaluar el riesgo de un paciente de contraer alguna ITS (por ej.: cuestionarios autoaplicados de evaluación de riesgo, o preguntas simples como ¿Padece su pareja de secreción uretral? o ¿Tiene usted varias parejas?). Este tipo de evaluación puede ser útil, pero **una mujer aún puede estar en riesgo incluso si no informa conductas o factores de riesgo**. Muchas mujeres corren riesgo de ITS debido a las conductas de sus parejas, no debido a las propias, y suelen desconocer este riesgo. Pueden encontrarse en una relación que ellas consideren monógama. Los prestadores deben estar atentos a estos temas al debatir el riesgo de infección con estas mujeres, que quizás no consideren la necesidad de doble protección.

INTEGRACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LAS ITS/ITR A LAS VISITAS DE RUTINA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

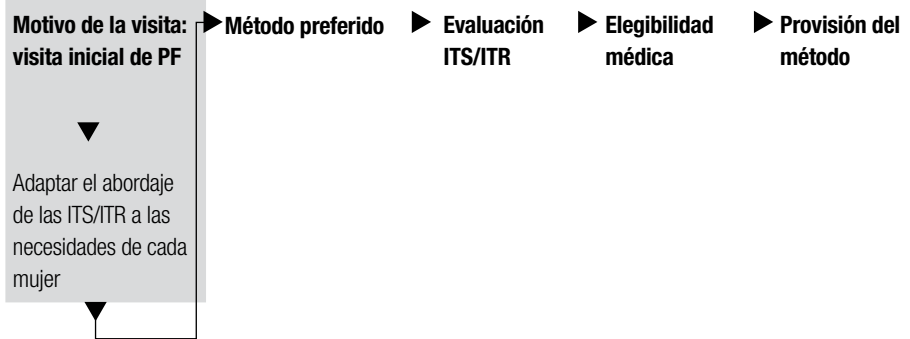
Las recomendaciones generales para integrar la prevención de las ITS/ITR en las visitas a los servicios de planificación familiar aquí presentadas se basan en el enfoque de interacción paciente–prestador desarrolladas en la publicación de la OMS en preparación titulada *Decision-making tool for family planning clients and providers (Herramienta de toma de decisiones para pacientes y prestadores de planificación familiar)*. Las oportunidades para enfrentar las ITS/ITR durante la visita inicial (elección del método) y las visitas de seguimiento son diferentes y se tratan por separado.

VISITA INICIAL

Las mujeres que asisten a un servicio de planificación familiar por primera vez suelen estar interesadas en un método anticonceptivo, y es posible que ya hayan considerado alguno en particular, y puedan tener otras inquietudes también. Dichas inquietudes pueden o no incluir las ITS/ITR. Existen muchos temas a analizar antes de la elección y administración de un método anticonceptivo que satisfaga las necesidades de una mujer. La prevención de las ITS es uno de ellos.

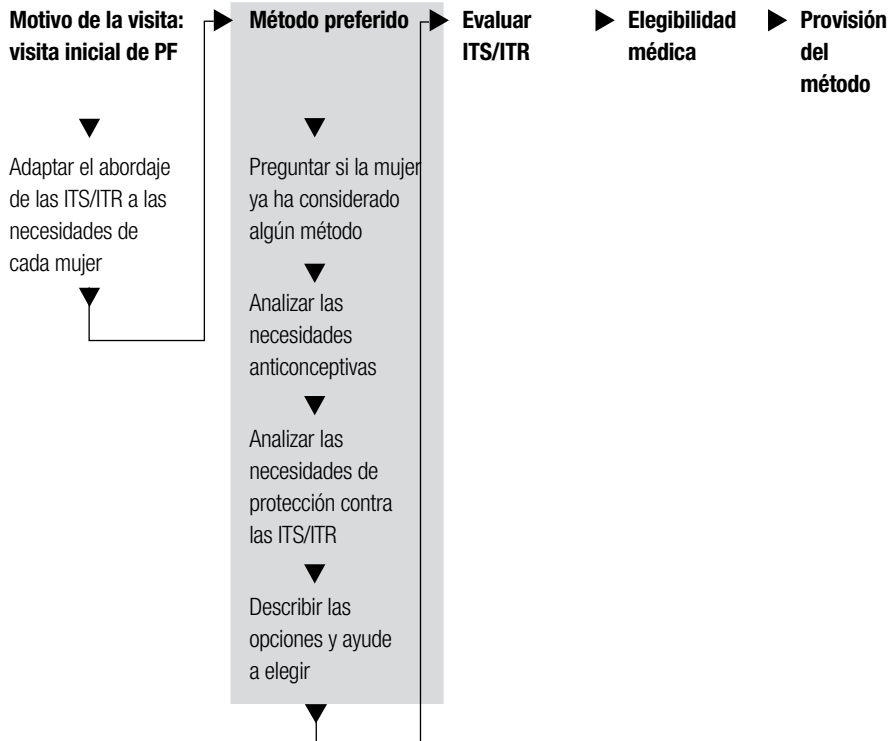
¿Cuándo debería mencionarse el tema ITS/ITR en la visita de planificación familiar inicial? Si se lo menciona muy precozmente, es posible que la mujer sienta que se ignoran sus necesidades de planificación familiar. Si se lo menciona en forma tardía, es posible que deba reconsiderarse la elección del método. Las siguientes páginas ilustran un abordaje para tratar los aspectos relacionados con las ITR/ITS durante la primera visita de planificación familiar. Comenzando con el “motivo de la visita”, un prestador de salud sigue diversos pasos junto con el paciente para tomar una decisión respecto del método apropiado. Estos pasos incluyen identificar el método preferido de la mujer, determinar su elegibilidad médica para ese método, la evaluación del riesgo actual o futuro de contraer alguna ITR/ITS, y la provisión del método elegido.

Pasos en la toma de decisión en la visita inicial de PF



A continuación se considerará cada uno de estos pasos prestando particular atención a la evaluación y la prevención de las ITS/ITR.

Paso 1: Analice los métodos preferidos



Pregunte si la mujer ya ha considerado algún método. La preferencia inicial de la mujer es un factor importante para la utilización satisfactoria de un método. Las mujeres que reciben su método preferido lo utilizan por más tiempo y con mayor satisfacción.

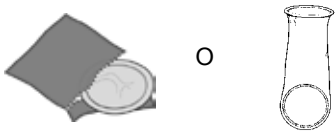

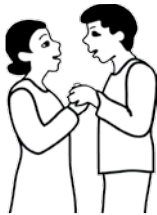

Analice las necesidades anticonceptivas. Al analizar la prevención del embarazo, los prestadores pueden introducir la idea de la doble protección si mencionan que algunos métodos ofrecen mejor protección contra las ITS que otros.

Analice las necesidades de protección contra las ITS. Invite a que la paciente comparta sus inquietudes respecto de estas infecciones. Se prefieren las preguntas abiertas y personalizadas (“por favor, cuénteme sus inquietudes respecto de las infecciones de transmisión sexual”) a las preguntas de respuesta cerrada (“¿Desea información sobre ITS?”) que podrían evitarse con un simple “no”.

Describa las opciones y ayude a elegir. La Tabla 6.1, que aparece más adelante en este capítulo, incluye información sobre la efectividad de los diferentes anticonceptivos para la prevención del embarazo y las ITS.

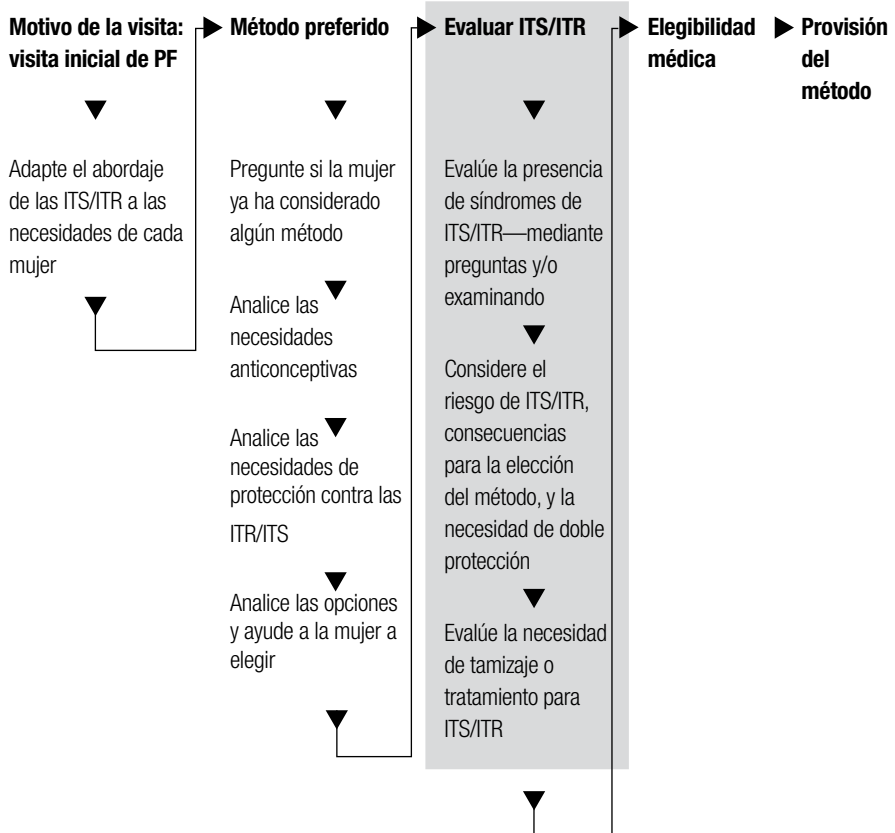
Las mujeres y hombres sexualmente activos suelen necesitar doble protección para la prevención de embarazos e infecciones. La doble protección puede lograrse mediante un método único (condón) o mediante la combinación de métodos que lo incluyan (métodos combinados). El cuadro 6.1 muestra algunas opciones de doble protección y ciertos temas a analizar con las pacientes.

Cuadro 6.1. Opciones y temas de doble protección

<p>Algunas preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>¿Qué opción prefiere?</i> Ayude a que las pacientes elijan el método que mejor se adecue a sus necesidades. ▪ <i>¿Puede cumplir con este método?</i> ¿Qué podría interferir con el uso del método? ¿Qué ayudaría? ▪ <i>¿Su pareja ayudaría?</i> ¿Puede la paciente hablar del tema con su pareja? ▪ <i>¿Cuál es su segunda opción?</i> Por ejemplo, si la paciente elige el condón, ¿podría la pareja abstenerse si se les terminaran? ▪ <i>¿Cree que usted o su pareja pudieran tener una infección?</i> Por ejemplo, ¿alguno padece dolor o ardor al orinar o tiene úlceras o llagas en la zona genital?, ¿sale pus del pene de su pareja? ¿Cree usted que su pareja tiene otro compañero/a sexual? 	
<h3>OPCIONES AL USAR LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR</h3>	
<p>1. Condón masculino o condón femenino</p> 	<p>2. Condones Y otro método de planificación familiar</p> 
<p>3. Cualquier método de planificación familiar CON pareja no infectada</p>	
<p>ALGUNAS OPCIONES ADICIONALES (especialmente adecuadas para adolescentes)</p>	
<p>4. Otras formas seguras de intimidad</p> 	<p>5. No mantener relaciones sexuales hasta estar preparado</p> 
<p>Y, como protección adicional contra las ITS/VIH, reducir el número de parejas: una pareja no infectada es más segura.</p>	

A las pacientes que eligen sólo el condón puede ofrecérseles anticoncepción de emergencia para respaldo contra el embarazo en caso que se rompa un condón o que no se lo use (véase Página 88).

Paso 2: Evaluar ITS/ITR



Evalúe la presencia de síndromes de ITS/ITR—mediante preguntas y/o examinando. Después de que una mujer haya elegido uno o más métodos anticonceptivos para protección simple o doble, debe ser evaluada para decidir si se necesita una evaluación más detallada o exámenes de laboratorio para identificar infecciones. El proveedor del cuidado de la salud debe preguntar acerca de flujo vaginal, úlcera genital, y dolor abdominal bajo, y si la pareja ha tenido síntomas de ITS. Los diagramas de flujo del capítulo 8 pueden ser usados para manejar a los pacientes con estos síntomas.

Un examen de la pelvis no es necesario para ofrecer un método anticonceptivo diferentes al DIU (para excluir embarazo e infección, y determinar el tamaño, forma y posición del útero), al diafragma y a la esterilización (para evaluar el tamaño, posición y movilidad del útero). Sin embargo, un examen con espéculo y bimanual

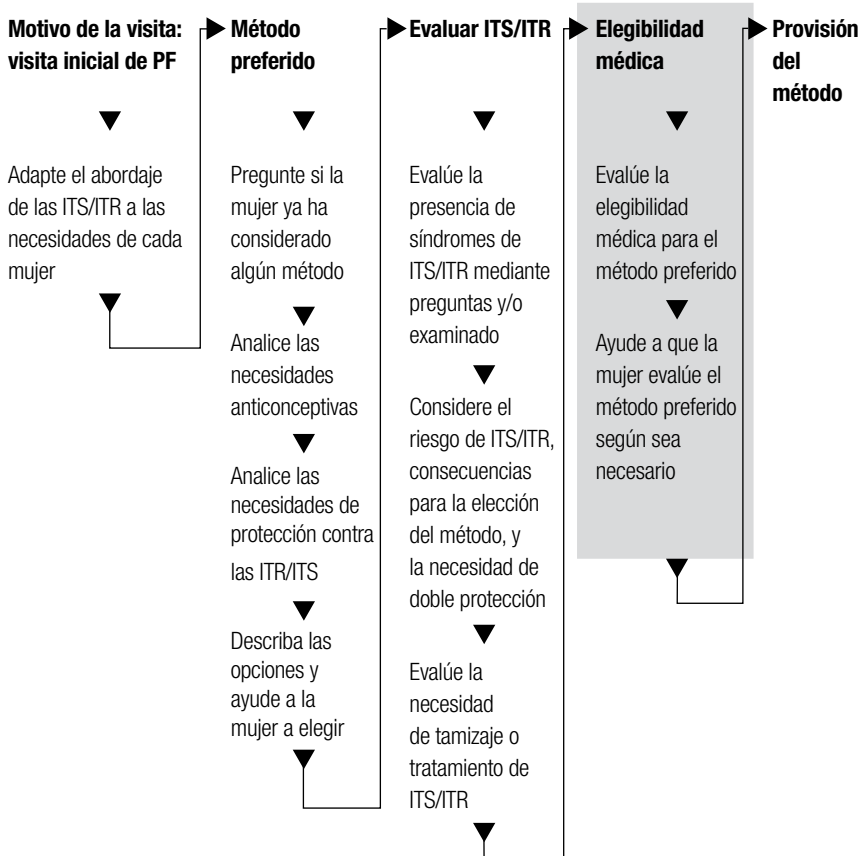
puede ser útil para evaluar ITS/ITR y detectar algunas infecciones asintomáticas (capítulo 3).

Considere el riesgo de ITS, las implicaciones para el método anticonceptivo y la necesidad de la doble protección. En este momento debe evaluarse el riesgo de ITS y la necesidad de protección de la mujer. Es posible que desee cambiar su método preferido, o agregar el uso del condón, para mejorar su protección contra las ITS. Es importante recordar que es difícil evaluar el riesgo de ITS, y que **una evaluación negativa de riesgo no significa que la mujer no deba considerar la protección contra las ITS.**

Evalúe la necesidad de un tamizaje o tratamiento contra las ITR/ITS. El alcance de la evaluación diagnóstica o del tamizaje de ITS/ITR dependerá de los recursos disponibles. Se puede tratar a las mujeres que presenten síntomas sin pruebas de laboratorio (Capítulo 8). Siempre que los recursos lo permitan, el tamizaje de ITS asintomáticas frecuentes como la infección cervical, la sífilis y el VIH (Capítulo 3), puede incluirse en el protocolo de la visita inicial junto con otras pruebas de tamizaje de la “mujer saludable”, como la prueba de Papanicolaou. Después del examen y tamizaje para ITS/ITR, la mujer puede querer reconsiderar su elección previa del método para mejorar su protección contra las ITS.

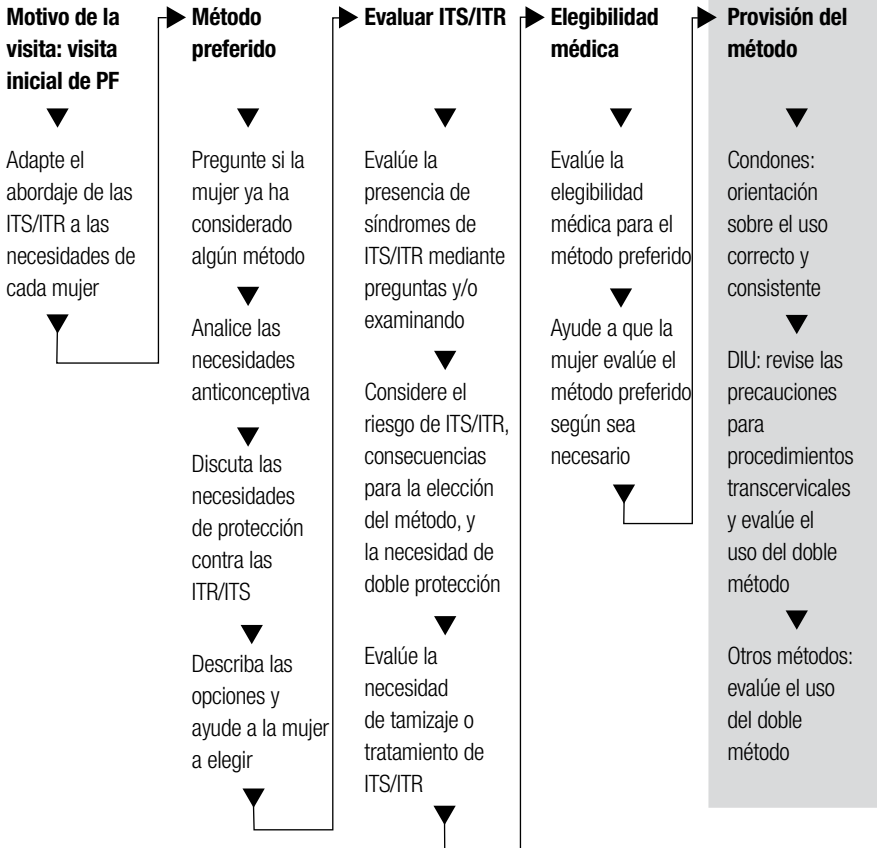
La presencia de una ITS/ITR no constituye por sí misma una contraindicación para la mayoría de los métodos; los prestadores deberían ofrecer tratamientos o referencia e información u orientación sobre cómo prevenir infecciones futuras (Capítulo 2 y Capítulo 4). Se debería postergar el inicio de ciertos métodos, tales como el DIU y la esterilización, hasta que se cure la ITS o según las pautas nacionales. Durante el período de tratamiento se debería aconsejar a la mujer para que use condones y, posiblemente, otro método anticonceptivo.

Paso 3: Evaluar elegibilidad médica



Evalúe la elegibilidad médica para el método preferido. Luego, debe evaluarse si el método o métodos preferidos son los adecuados. Los criterios de elegibilidad médica (MEC, por su sigla en inglés) han sido desarrollados por la OMS (y adoptados en muchos países) con el objetivo de ayudar a los prestadores a identificar los estados o situaciones de salud en las que debería desalentarse el uso de ciertos métodos anticonceptivos o donde se recomiendan precauciones especiales. Por ejemplo, el riesgo de ITS/VIH puede influenciar la elegibilidad médica del uso del DIU o de espermicidas.

Paso 4: Provisión del o de los métodos



El último paso del proceso es la **provisión del método**. Si la paciente opta por usar condones, necesitará orientación, demostración de su uso y desarrollo de habilidades para garantizar que tanto ella como su pareja puedan usarlos correcta y consistentemente (Capítulo 2 y Capítulo 4). No debe insertarse un DIU si la mujer tiene una infección cervical; el Capítulo 2 describe los pasos para garantizar una inserción segura. Ningún método, excepto los condones, protege contra las ITS, y se debe brindar orientación adecuada sobre el uso de dos métodos para obtener protección contra las ITS.

VISITAS POSTERIORES

Las pacientes regresan a los servicios de salud reproductiva para nuevas visitas por diversos motivos, entre los que se incluyen:

- evaluación de problemas relacionados con el método;
- investigación de síntomas de las ITS/ITR;
- seguimiento de rutina relacionado con el método anticonceptivo;
- visitas de rutina para el control del bienestar de la mujer.

Cualquiera sea el motivo, toda visita de seguimiento es una oportunidad para evaluar el progreso general, y específicamente para evaluar sus necesidades de anticoncepción y de protección contra las ITS/ITR. En relación con las ITS/ITR, se deberá interrogar a la mujer por la presencia de síntomas y por cambios en sus necesidades de protección. El Capítulo 8 describe el manejo de las ITS/ITR sintomáticas. El Capítulo 3 presenta opciones de tamizaje de ITS/ITR que pueden ser adecuadas en las visitas de seguimiento de rutina en intervalos periódicos. Toda visita de seguimiento representa una oportunidad para promover la prevención de las ITS/ITR mediante la educación y la orientación.

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR E ITS/ITR

La mayoría de los métodos de planificación familiar no protegen contra las ITS. La Tabla 6.1 presenta estimaciones de la efectividad anticonceptiva y de la protección contra las ITS de los métodos más comunes. De hecho, ciertos métodos anticonceptivos incrementan el riesgo de ITR no transmitidas sexualmente o de sus complicaciones, y las usuarias pueden abandonar un método (y quedar en riesgo de embarazo) si consideran que les causa problemas.

La infección por levaduras, por ejemplo, es más habitual en mujeres que utilizan anticonceptivos orales y la vaginosis bacteriana es más frecuente en mujeres que utilizan diafragma con espermicida. Los prestadores de salud deben conocer dichos problemas relacionados con el método y ser capaces de orientar a las pacientes acerca del tratamiento o métodos alternativos.











Planificación familiar			
	Preservativos		Píldoras
	Espermicidas		Implantes
	Diafragma		Inyecciones
	Preservativo femenino		DIU
	Lactancia materna		Método del moco

Tabla 6.1. Métodos de planificación familiar: prevención de embarazos y protección contra las ITS

Método	Efectividad^a en la prevención de embarazos	Protección contra las ITS
Condón masculino	85–98%	Protege contra la mayoría de las ITS, incluyendo el VIH. Protección no comprobada contra infecciones transmitidas por contacto piel a piel (virus del herpes simple [VHS], virus del papiloma humano [VPH]).
Condón femenino	79–95%	Los estudios de laboratorio demuestran protección contra ITS/VIH. Se necesitan más estudios en seres humanos.
Espemicidas	71–85%	Posible protección contra las ITS bacterianas, ninguna protección contra ITS virales y VIH. Puede incrementar el riesgo de infección por VIH.
Diafragma (con espemicidas)	84–94%	Posible protección contra ITS bacterianas. Mayor riesgo de vaginosis bacteriana. Se conoce poco sobre la protección del diafragma contra el VIH. Protege contra la neoplasia cervical. Es posible que el uso del espemicida incremente el riesgo de infección por VIH.
Anticonceptivos orales	92–>99%	Ninguna protección contra las infecciones del tracto genital inferior; menor riesgo de EPI sintomática. Ninguna protección contra las ITS virales y VIH. Las infecciones por levaduras son más frecuentes.
Anticonceptivos implantables	>99%	Ninguna protección contra ITS bacterianas o virales y VIH.
Anticonceptivos inyectables	>99%	Ninguna protección contra las infecciones del tracto genital inferior; menor riesgo de EPI sintomática. Ninguna protección contra ITS virales y VIH.
DIU	>99%	Ninguna protección contra las ITS bacterianas o virales y VIH. Se asocia con EPI durante el primer mes postinserción.
Esterilización quirúrgica (ligadura tubárica y vasectomía)	>99%	Ninguna protección contra las infecciones del tracto genital inferior; menor riesgo de EPI sintomática. Ninguna protección contra las ITS virales y VIH.

a. Efectividad en el uso normal.

DOBLE PROTECCIÓN Y ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Sólo el uso correcto y continuo del condón ofrece adecuada protección contra las ITS. En consecuencia, la orientación sobre doble protección siempre deberá incluir la promoción de su uso. Si se utilizan correcta y consistentemente, los condones también ofrecen protección efectiva contra el embarazo. Las parejas que deseen protección adicional contra el embarazo pueden combinar los condones con otro método o utilizar la anticoncepción de emergencia como protección de respaldo en caso de mala utilización o no uso de condones. El Cuadro 6.2 describe cómo proporcionar anticoncepción de emergencia usando diferentes tipos de píldoras anticonceptivas de emergencia, entre las que se incluyen los anticonceptivos orales habitualmente disponibles.

Cuadro 6.2. Uso de píldoras anticonceptivas de emergencia

En muchos países, se dispone de píldoras específicamente para anticoncepción de emergencia. Las píldoras anticonceptivas regulares también pueden utilizarse como anticoncepción de emergencia. Cada tipo o marca de píldora cuenta con una cantidad diferente de hormona por lo que varía el número de píldoras que constituyen una dosis completa.

Cómo tomar las píldoras anticonceptivas de emergencia. En forma ideal, tome levonorgestrel solo o la combinación de estrógeno y progestrógeno tan pronto como sea posible luego de la relación sexual sin protección, dentro de las 72 horas. El levonorgestrel solo o la combinación de estrógeno y progestrógeno se puede usar entre 72 y 120 horas luego de la relación sexual sin protección. Sin embargo, la paciente debe saber que la efectividad de las píldoras anticonceptivas de emergencia se reduce cuanto más intervalo haya entre el haber tenido sexo sin protección y el tomar píldoras anticonceptivas de emergencia.

	Dosis
Píldoras de levonorgestrel específicas para anticoncepción de emergencia	Preferentemente, tome 1,50 mg de levonorgestrel en una sola dosis. De forma alternativa, tome levonorgestrel en 2 dosis (1 de 0,75 mg de levonorgestrel, seguida de una segunda dosis de 0,75 mg de levonorgestrel 12 horas más tarde).
Píldoras combinadas específicas para anticoncepción de emergencia	Tome 2 píldoras combinadas específicas para anticoncepción de emergencia (50 µg de etinilestradiol cada una). Repita a las 12 horas.
Píldoras combinadas de dosis baja	Tome 4 píldoras anticonceptivas de dosis baja (30 µg de etinilestradiol cada una). Repita a las 12 horas.
Píldoras combinadas de dosis alta	Tome 2 píldoras anticonceptivas de dosis alta (50 µg de etinilestradiol cada una). Repita a las 12 horas.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia pueden causar náuseas y/o vómitos. Estos efectos secundarios son mucho menos frecuentes con las píldoras que contienen sólo progesterona (levonorgestrel). Aconseje a la mujer que intente comer algo al tomarlas y, si es posible, tomar algún medicamento que evite el vómito antes de ingerir las píldoras anticonceptivas combinadas. En caso de vómitos en las dos horas posteriores, tomar otra dosis inmediatamente.

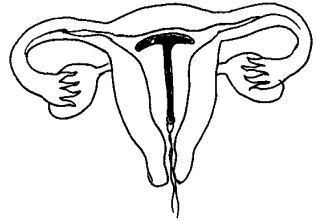
Los DIU de cobre son el método más efectivo como anticoncepción de emergencia: pueden utilizarse dentro de los 5 días posteriores a una relación sexual no protegida. Si una mujer desea utilizar el DIU como anticoncepción de emergencia, deberá satisfacer los requerimientos de elegibilidad médica para su uso regular. Puede seguir usándose como anticonceptivo o retirarse en el próximo periodo de menstruación.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

En el caso de mujeres con alta probabilidad individual de exposición a infección por gonorrea o clamidia, no suele recomendarse el uso del DIU salvo que otros métodos apropiados no estén disponibles o no sean aceptables. En general, las mujeres con mayor riesgo de ITS pueden usar el DIU. El Cuadro 6.3 describe las precauciones para reducir el riesgo de infección iatrogénica durante la inserción del DIU.

Cuadro 6.3. Reducción del riesgo de ITR iatrogénica con la inserción del DIU

- Gran parte del mayor riesgo de EPI con el uso del DIU se presenta durante el mes posterior a la inserción. Dicho riesgo puede reducirse si se toman precauciones durante el procedimiento transcervical (véase Capítulo 2).
- Evite las remociones y reinsertaciones innecesarias. El Copper T380A proporciona una protección segura y efectiva contra el embarazo por 10 años. La duración efectiva del uso varía para cada tipo de DIU y tanto prestador como paciente deben conocer la duración efectiva del dispositivo elegido.



Cualquier mujer con signos de infección cervical (flujo cervical mucopurulento o con sangrado cervical al mínimo contacto) debe recibir tratamiento para gonorrea y clamidia según la Tabla de tratamiento 2 (Capítulo 8). Su pareja también debe recibir tratamiento. La inserción del DIU se debe postergar hasta curar la infección. La paciente también debe recibir orientación sobre la doble protección.

Las mujeres con dolor abdominal bajo con dolor durante la movilización del útero, anexos o del cuello deben recibir tratamiento para EPI según la Tabla de tratamiento 3 en el Capítulo 8, y orientación sobre métodos anticonceptivos alternativos (enfaticando la doble protección). Las mujeres con alto riesgo individual para infección por clamidia o gonorrea generalmente no deben usar un DIU a menos que no se disponga o no acepten otros métodos más adecuados.

Si una mujer desarrolla EPI, cervicitis purulenta, infección por clamidia o gonorrea mientras usa el DIU, generalmente no hay necesidad de retirar el DIU mientras recibe tratamiento para la infección si la mujer desea continuar usándolo.

ESPERMICIDAS Y DIAFRAGMAS CON ESPERMICIDAS

Las mujeres con alto riesgo de infección o infectadas por el VIH no deben utilizar espermicidas. El uso reiterado y las altas dosis del espermicida nonoxinol-9 se asocia con mayor riesgo de lesiones genitales, que pueden incrementar el riesgo de adquirir infección por VIH. Estas mujeres tampoco deben utilizar diafragmas con espermicidas salvo que otros métodos adecuados no estén disponibles o no sean aceptables.



CAPÍTULO 7. EVALUACIÓN DE LAS ITS/ITR EN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PERÍODO POSTPARTO

Para recordar

- Se debería alentar a las mujeres para que asistan al **control prenatal en el primer trimestre** del embarazo para permitir la detección y prevención oportuna de cualquier problema, incluidas las ITS/ITR.
- El tamizaje de **sífilis** debe realizarse en la primera visita de control prenatal. El tamizaje debería realizarse en el mismo establecimiento, y la mujer debería recibir los resultados y tratamiento antes de abandonarlo.
- En caso de estar disponibles, debería ofrecerse tamizaje para **otras ITS/ITR**, incluidas las infecciones cervicales, la vaginosis bacteriana y el VIH.
- En cada visita, se debe preguntar a las mujeres acerca de la presencia de **síntomas de ITS** tanto en ella como en su pareja. Se deberá ofrecer tamizaje y/o tratamiento para **las parejas**, al menos en el caso de ITS sintomáticas, sífilis y VIH.
- Se deberá promover la **prevención de las ITS** durante el embarazo como modo de protección de ambos, madre e hijo, y para salvaguardar la fertilidad futura.
- El acceso a la orientación y las pruebas para VIH, las intervenciones para prevenir la transmisión vertical, y la atención de la madre deberán estar disponibles en su centro o por referencia.
- Se deberá administrar profilaxis contra la **oftalmia neonatal (ophthalmia neonatorum)** como procedimiento de rutina a todos los recién nacidos.

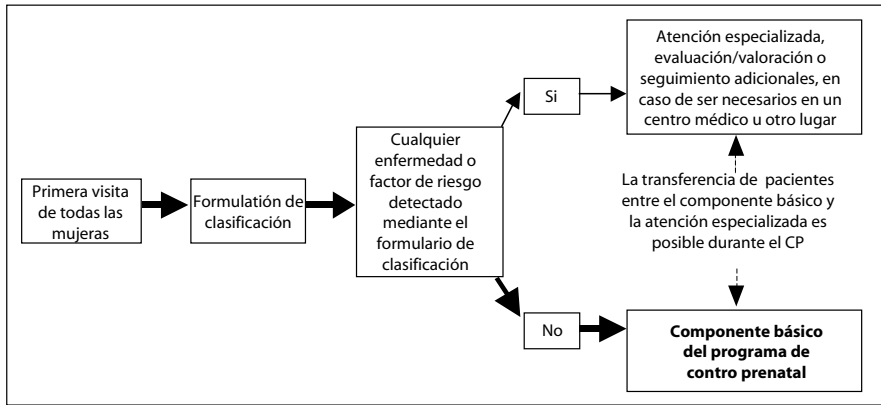
La prevención y tratamiento de las ITS/ITR es tan importante durante el embarazo como en cualquier otro momento de la vida. La actividad sexual de una mujer puede aumentar o disminuir, y la exposición a la infección puede variar. Ciertas ITS como sífilis, gonorrea, clamidia, tricomoniasis, herpes genital y VIH pueden causar complicaciones durante el embarazo y contribuir a los **resultados adversos en el embarazo**. Dentro del grupo de infecciones endógenas, la vaginosis bacteriana se asocia con el trabajo de parto prematuro. La infección por levaduras es más habitual durante el embarazo y, si bien no se asocia con ningún resultado de embarazo adverso, los síntomas pueden resultar molestos y las mujeres deberían recibir tratamiento adecuado. La **infección del tracto genital superior** es una complicación posible del aborto espontáneo o inducido, de la rotura prematura de membranas, o puede presentarse luego del parto; y es potencialmente mortal.

El tratamiento y la prevención de algunos de los problemas más importantes relacionados con las ITS/ITR en el embarazo, incluidas las infecciones postaborto y postparto y la sífilis congénita, no son costosos ni difíciles desde el punto de vista técnico. Sin embargo, la morbilidad materna y perinatal debido a estos problemas sigue siendo elevada. Simples mejoras en la prestación del servicio mediante el uso de la tecnología disponible, como tamizaje de sífilis el mismo día en los servicios de control prenatal, pueden derivar en mejoras considerables en el resultado del embarazo. El tratamiento de la vaginosis bacteriana sintomática puede reducir el riesgo de trabajo de parto prematuro, y la prevención y el tratamiento efectivo de las infecciones postparto y postaborto puede reducir la morbilidad materna.

Se debe educar a las mujeres en edad reproductiva sobre la importancia del control prenatal precoz y el tamizaje de las ITS/ITR. Durante el embarazo, las parejas deberían recibir orientación sobre los síntomas del trabajo de parto prematuro, prácticas sexuales más seguras, y acerca de evitar tener otras parejas durante el embarazo.

Las visitas a los servicios de control prenatal representan oportunidades para prevenir y detectar cualquier ITS/ITR, y las mujeres deben ser alentadas para que asistan en los primeros meses del embarazo. La OMS recomienda cuatro visitas prenatales para mujeres con embarazos sin complicaciones. El Cuadro 7.1 ilustra el modelo de control prenatal de la OMS, que proporciona una lista de verificación para los servicios de control prenatal básicos y herramientas para la identificación de las mujeres que necesiten control adicional.

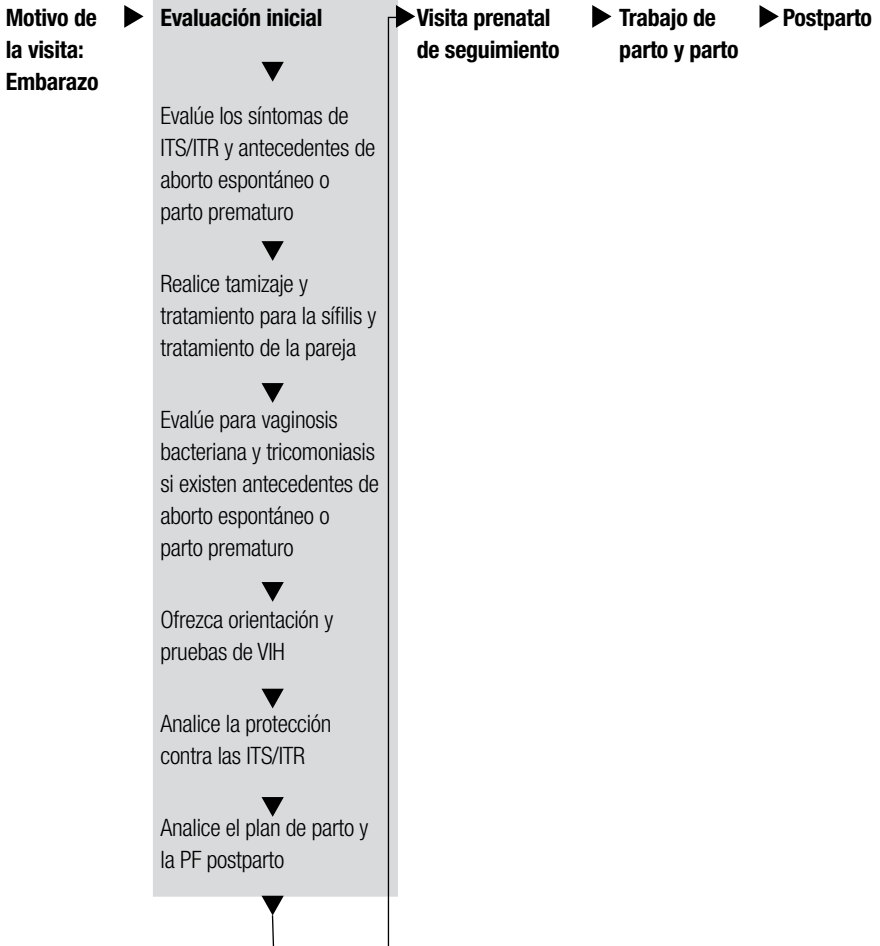
Figura 7.1. Modelo de control prenatal de la OMS



Fuente: *WHO antenatal randomized trial: manual for the implementation of the new model*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

Paso 1 : Consulta de evaluación inicial durante el embarazo

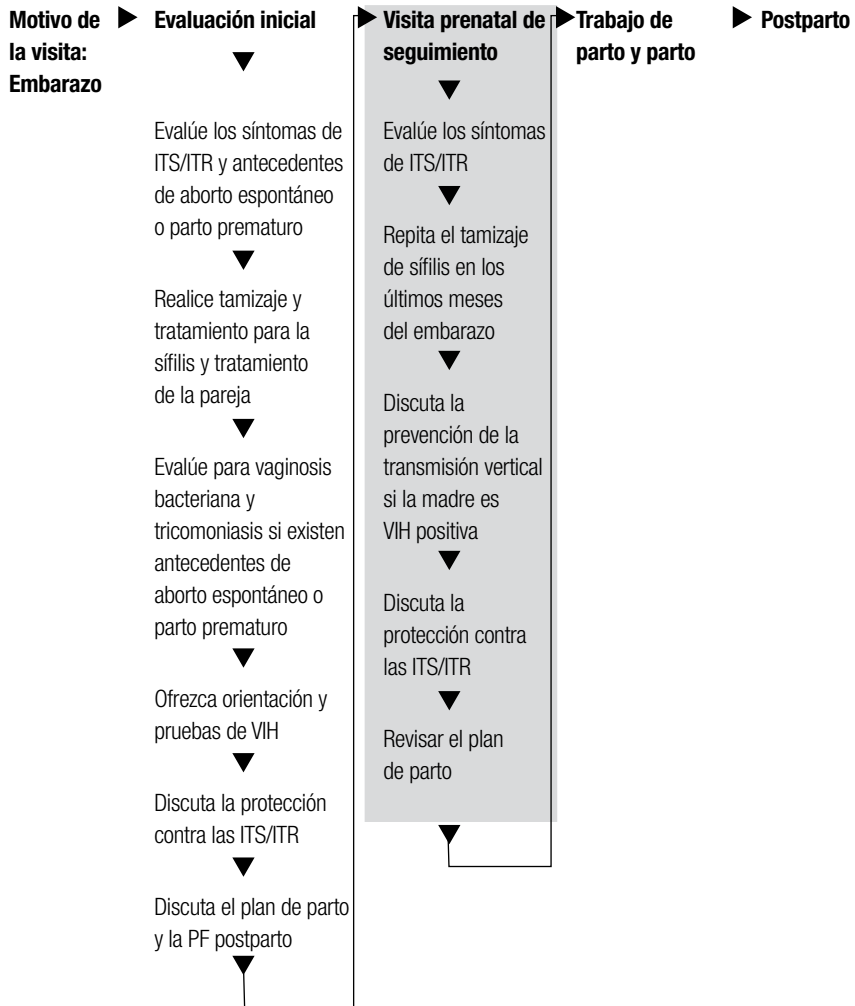
Una mujer puede asistir por primera vez al control prenatal en cualquier momento entre el primer trimestre y el inicio del trabajo de parto. Podrá regresar o no al consultorio antes del parto. En consecuencia es importante aprovechar al máximo la primera visita, y se debe incluir cierta atención a las ITS/ITR en la evaluación.



Se recomiendan las siguientes medidas como evaluación mínima de las ITS/ITR durante la visita prenatal inicial:

- Preguntar a la mujer sobre la presencia de síntomas de ITS/ITR y si su pareja tiene secreción uretral u otros síntomas. Si la mujer o su pareja presentan síntomas, se los deberá tratar utilizando los diagramas de flujo de los Capítulos 8.
- Se deberá realizar serología de sífilis utilizando pruebas de reagina rápida en plasma (RPR) o prueba no treponémica de anticuerpos de sífilis equivalente lo antes posible durante el embarazo (Capítulo 3). Las pruebas deberán realizarse in situ de ser posible, y la mujer deberá recibir los resultados y el tratamiento antes de abandonar el consultorio. También se deberá alentar el tratamiento de la pareja. Se deberá ofrecer asistencia activa de ser solicitada.
- Las mujeres embarazadas con antecedentes de aborto espontáneo o parto prematuro deben ser evaluadas para vaginosis bacteriana y tricomoniasis. Aquellas con resultados positivos deben ser tratadas (después del primer trimestre) con metronidazol, 500 mg tres veces al día durante siete días, para reducir el riesgo de resultados adversos del embarazo.
- La orientación y las pruebas de VIH deberán estar disponibles in situ o por referencia. Se deberá referir a las mujeres con resultados positivos a los servicios de apoyo adecuados, y se les deberá informar cómo reducir el riesgo de transmisión vertical (MTCT) (Cuadro 7.1).
- Se deberá discutir sobre prevención de las ITS (incluido el VIH) con la mujer y su pareja en el contexto de garantizar un embarazo saludable y de proteger la fertilidad futura.
- Los planes para el parto y el período postparto se deberán debatir en las primeras etapas del embarazo. La infección por una ITS viral como el VIH o el VHS-2 puede influenciar el plan de parto. Se deberán debatir las necesidades de prevención de ITS/ITR al considerar las opciones de la planificación familiar postparto.

Paso 2: Visita prenatal de seguimiento



Cuando una mujer regresa a la clínica por sus visitas prenatales de seguimiento, se deberá prestar atención a la prevención y detección de ITS/ITR ya que el riesgo de infección puede persistir. Como en la primera visita, se la deberá preguntar sobre la presencia de síntomas, tanto en ella como en su pareja. Se deberá tratar toda ITS/ITR sintomática utilizando los diagramas de flujo de los Capítulos 8 y 9.

- Si es posible, se deberá repetir la prueba de sífilis en los últimos meses del embarazo para identificar a las mujeres infectadas durante el embarazo (Capítulo 3). Todas las mujeres deberán someterse a tamizaje al menos una vez durante cada embarazo, y toda mujer con serología reactiva deberá recibir tratamiento (consulte el Anexo 3 para obtener información acerca de la interpretación de los resultados de la prueba de sífilis en mujeres anteriormente tratadas).
- En el caso de mujeres VIH positivas, el tratamiento durante el período prenatal dependerá del protocolo en uso. Los prestadores de salud deberán revisar el plan de parto y debatir las opciones de alimentación del recién nacido y la anticoncepción postparto.
- Se deberá hacer hincapié en la prevención de las ITS/ITR. Tanto la mujer como su pareja deberán comprender que, independientemente del tratamiento previo, una ITS adquirida en los últimos meses del embarazo tiene el potencial de generar complicaciones en el embarazo e infección congénita. Se deberán ofrecer condones. En los casos pertinentes, es posible que la pareja acepte someterse al tratamiento de mejor manera si se ofrece como precaución para garantizar un parto seguro y un recién nacido saludable.

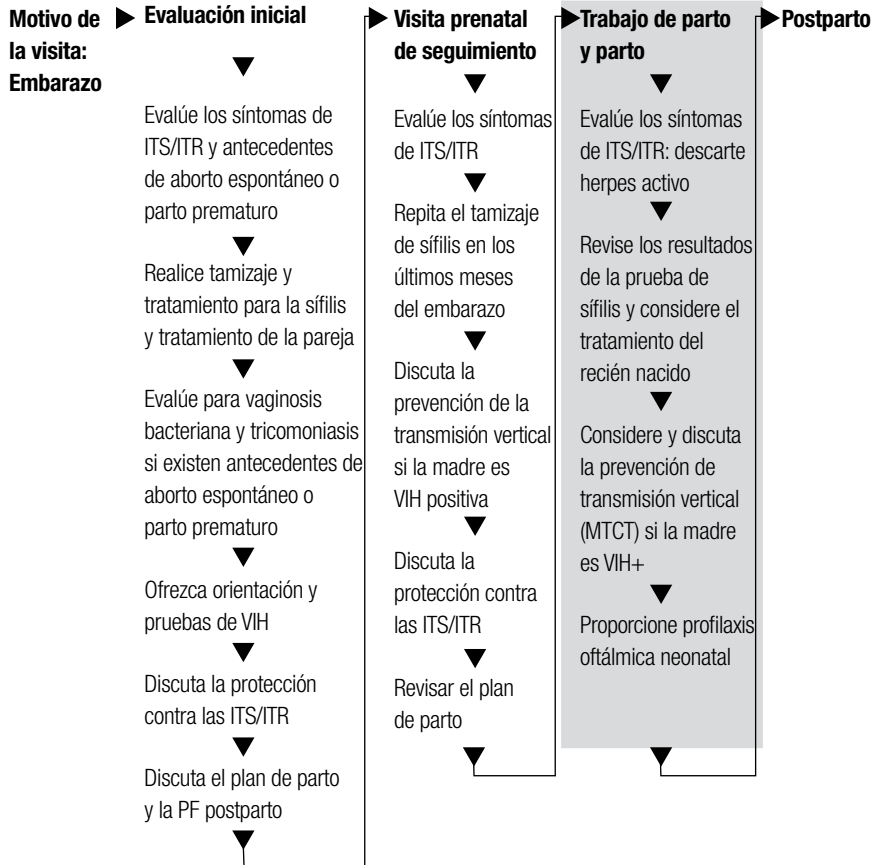
Cuadro 7.1. VIH y embarazo

La transmisión vertical (MTCT) del VIH es la principal causa de infección por VIH en niños en todo el mundo. Cada año, más de medio millón de niños se infectan de este modo. Sin ningún tipo de intervención, el 40% de los hijos de mujeres infectadas nacerá infectado. La infección puede transmitirse de madre a hijo durante el embarazo, el trabajo de parto y parto, y a través de la lactancia. La prevención de la transmisión vertical debería iniciarse lo antes posible en el embarazo mediante la oferta de orientación y pruebas de VIH en los padres.

El control prenatal de rutina es similar en las mujeres VIH positivas y en las que no están infectadas. Es importante detectar y tratar las ITS/ITR ya que muchas de ellas incrementan la cantidad de VIH en las secreciones genitales, lo que incrementa el riesgo de transmitir la infección al niño durante el parto. Se deberá prestar cuidadosa atención a los síntomas o hallazgos de exámenes físicos que sugieran la presencia de infecciones oportunistas o alguna ITS/ITR. Se deberá evitar todo procedimiento invasivo como la amniocentesis. Aparte del tratamiento antiviral, no es necesario aislar a las mujeres infectadas con VIH o tratarlas de manera diferente que a las no infectadas durante el trabajo de parto y parto. El personal deberá respetar las precauciones universales para reducir el riesgo de transmisión del VIH y otras infecciones en todas las pacientes, no sólo en aquellas que se saben infectadas con VIH (véase Anexo 2).

Las mujeres VIH positivas requieren de atención especial en el período postparto. Podrán beneficiarse con una atención adicional, orientación y apoyo, y es posible que necesiten asistencia si eligen un plan de alimentación infantil sustituto. Se las deberá derivar a servicios de atención y apoyo.

Paso 3: Trabajo de parto y parto



No son muchas las inquietudes por las ITS/ITR durante el trabajo de parto y el parto pero son de gran importancia. Los objetivos son identificar infecciones que hayan pasado desapercibidas durante el período prenatal e intervenir en la medida de lo posible para reducir el riesgo de complicaciones congénitas.

- Buscar signos de infección. La mayoría de las ITS/ITR no representan emergencias y el tratamiento puede iniciarse luego del parto. La presencia de vesículas o úlceras que sugieran un primer episodio de herpes genital (infección primaria por VHS-2) cerca del parto puede ser una indicación de cesárea ya que el parto vaginal conlleva un riesgo de herpes diseminado para el niño, y un alto riesgo de muerte neonatal. En los casos en que la cesárea no sea posible o resulte poco segura, se deberá considerar la transferencia a un hospital de referencia si el parto no es inminente. El parto por cesárea no presenta beneficios de haber transcurrido más de seis horas de la rotura de membranas.
- Las **verrugas genitales**, aunque sean múltiples y/o de gran tamaño, no son una indicación para el parto por cesárea. (A excepción que obstruyan el canal de parto).
- La **rotura prematura de membranas** y la rotura de membranas antes del inicio del trabajo de parto exigen un manejo cuidadoso para reducir el riesgo de infección (Capítulo 9).
- **Manejo de las mujeres infectadas por VIH.** (se incluye la administración de tratamiento antirretrovírico) según protocolos locales.

Se deberán cumplir con las precauciones universales en todos los partos (Cuadro 7.2).

Cuadro 7.2. Precauciones universales durante el parto

Se recomiendan las siguientes precauciones para todos los partos, independientemente del estado de la mujer respecto del VIH o de las ITS/ITR.

- Utilice guantes, lávese cuidadosamente las manos entre procedimientos, y desinfecte o esterilice adecuadamente todo instrumental y equipo utilizado en el proceso de parto.
- Respete la práctica estándar de parto, evite tactos vaginales innecesarios, minimice el trauma y maneje activamente el período expulsivo del trabajo de parto. Sólo deberá realizar episiotomía por indicación obstétrica; no como un procedimiento de rutina. Si es necesario un parto asistido, deberá realizarlo con el menor trauma posible.
- Corte el cordón umbilical bajo una cubierta ligera de gasa para evitar salpicaduras de sangre. No use aspiración de las vías aéreas del recién nacido con sonda nasogástrica salvo que existan signos de meconio. Deberá evitar los dispositivos de aspiración operados con la boca.
- Independientemente del estado respecto del VIH de la madre, utilice guantes al manipular todo recién nacido hasta que se haya limpiado la sangre y secreciones maternas. Inmediatamente luego del parto, limpie la sangre materna y el meconio con agua y jabón. Se deberá mantener a todos los recién nacidos a una temperatura cálida luego del parto.

Cuadro 7.3: Prevención y tratamiento de las ITS/ITR en el recién nacido

1. Profilaxis contra la oftalmía neonatal

Todo recién nacido, independientemente de la presencia de signos o síntomas de infección en la madre, deberá recibir **profilaxis contra la oftalmía neonatal** debido a infección por gonorrea o clamidia. A continuación se enumeran las pomadas y gotas oftálmicas que pueden utilizarse.

Prevención de la oftalmía neonatal

Aplique una gota de las siguientes preparaciones en cada ojo inmediatamente después del parto

- pomada oftálmica de **tetraciclina** (1%) una única aplicación

O

- gotas de **iodo al 2,5%**, en una única aplicación

O

solución acuosa de **nitrate de plata** (1%) recién preparada en una única aplicación



2. Sífilis congénita

Se deberá revisar los resultados de la prueba de sífilis en este momento, y buscar signos de sífilis congénita en el recién nacido. Se deberá realizar la prueba de sífilis a las mujeres que no la hayan tenido. Se deberá obtener los resultados lo antes posible para poder administrar tempranamente el tratamiento a los recién nacidos de madres que hayan resultado positivas. Se deberá tratar a los recién nacidos según lo descrito en la Tabla 7.1, independientemente de si la madre recibió tratamiento contra la sífilis durante el embarazo. También se deberá tratar a la madre y a su pareja si no ha sido hecho.

Tabla 7.1. Tratamiento de la sífilis neonatal (primer mes de vida)

	Estado de RPR/VDRL de la madre		
	Reactivo	Se desconoce	No reactivo
Recién nacido con signos de sífilis congénita ^a	Tratamiento 1 o 2	Realizar prueba en la madre	Repetir prueba
		<i>Iniciar el Tratamiento 1 o 2 mientras se aguardan los resultados (en caso de esperarse una demora</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si es reactivo, continuar el tratamiento ▪ Si es negativo, investigar otras causas y modificar el tratamiento 	
Recién nacido sin signos de sífilis congénita ^a	Tratamiento 3 Inyección única	Realizar prueba en la madre	Ningún tratamiento

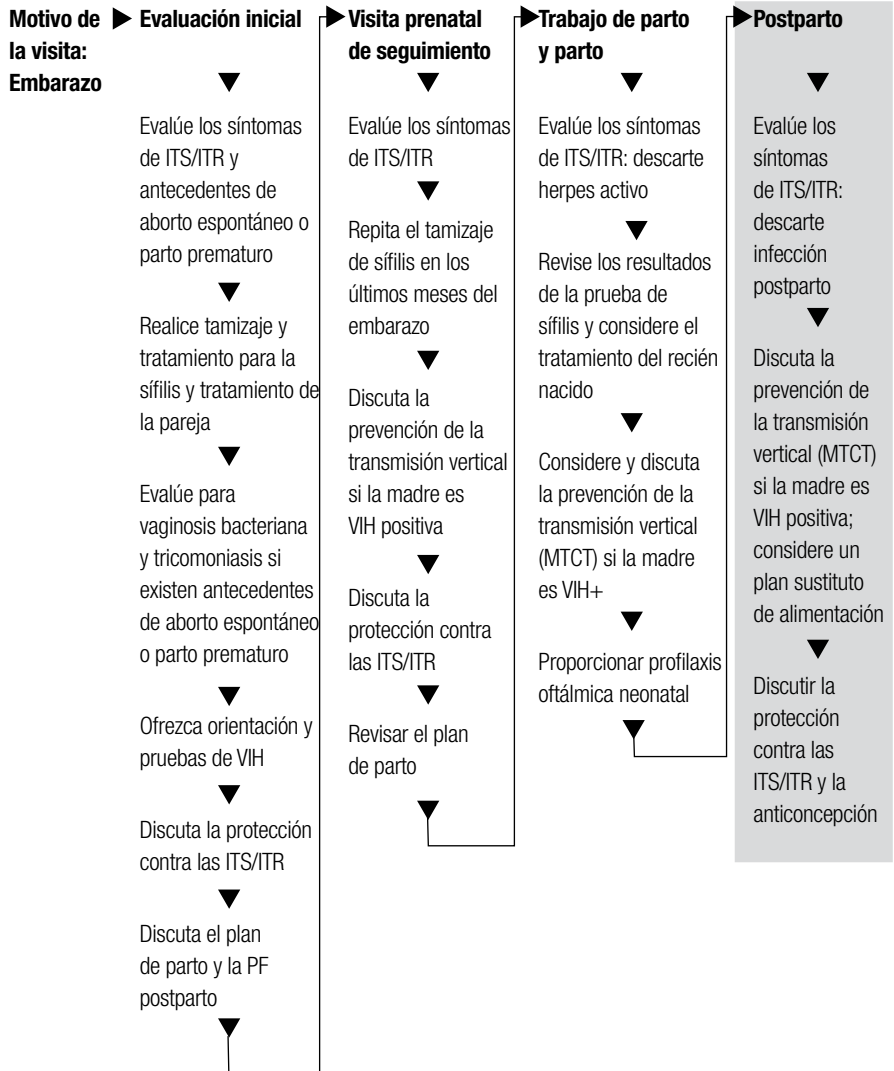
Tratamiento 1 Bencilpenicilina cristalina acuosa 100.000–150.000 unidades/kg de peso corporal por día, administrada como 50.000 unidades/kg de peso corporal, por vía intramuscular o intravenosa, cada 12 horas durante los primeros 7 días de vida y cada 8 horas después hasta un total de 10 días

Tratamiento 2 Bencilpenicilina procaína 50.000 unidades/kg de peso corporal, por vía intramuscular, en dosis diaria única por 10 días

Tratamiento 3 Bencilpenicilina benzatínica 50.000 unidades/kg de peso corporal, por vía intramuscular, en dosis única

- ^a. Signos de sífilis congénita: erupciones vesiculares en las palmas o plantas, hepatoesplenomegalia, pseudoparálisis, edema/ascitis, fiebre (en la primera semana de vida), hiperbilirrubinemia prolongada o conjugada, petequias, hemorragia, facies sifilíticas. Los recién nacidos suelen ser asintomáticos al momento del parto.

Paso 4: Atención postparto



Es tan importante reconocer los signos de infección luego del parto como durante el embarazo. La infección uterina postparto es una enfermedad común y potencialmente mortal; su detección temprana y tratamiento efectivo son importantes medidas para prevenir complicaciones. Toda mujer es vulnerable a la infección luego del parto, y la sangre y el tejido placentario retenidos incrementan el riesgo. Otros factores de riesgo de infección son: el trabajo de parto prolongado, la rotura prolongada de membranas y la manipulación durante el trabajo de parto y parto. El Capítulo 9 está dedicado al tratamiento de la infección postparto.

Se deberá examinar a las mujeres dentro de las 12 horas posteriores al parto. Al momento del alta del establecimiento de salud, se deberá aconsejar a las mujeres que regresen si notan síntomas como fiebre, dolor abdominal bajo, flujo vaginal con mal olor o sangrado anormal. Se les deberá brindar información sobre el cuidado del perineo y de los senos, así como sobre la eliminación segura de compresas manchadas con loquios y sangre o de otros materiales potencialmente contaminantes. Los prestadores de salud deberán permanecer alertas a los signos de infección: fiebre, dolor abdominal bajo o dolor a la palpación y flujo vaginal con mal olor.

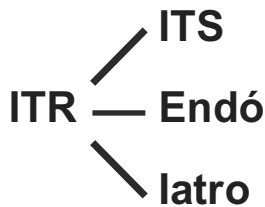
- Es posible que las mujeres VIH positivas necesiten atención y apoyo continuo, lo que incluye acceso al tratamiento y apoyo para llevar a cabo un plan de alimentación sustituto.
- Si no se discutió la anticoncepción antes del parto, se deberá traer a colación el tema en las primeras etapas del período postparto. La planificación de un método adecuado deberá incluir la evaluación de la necesidad de protección contra ITS/ITR (véase Capítulo 6). También se deberá discutir la doble protección con las mujeres que elijan un método anticonceptivo a largo plazo luego del parto.

SECCIÓN 3 MANEJO DE LAS ITS/ITR

La **Sección 1** presenta información básica sobre las ITS/ITR y sus complicaciones, las vías de propagación y lo que podemos hacer en relación con ellas. También analiza los conocimientos y destrezas que deben tener los proveedores de servicios de salud para poder detectar y prevenir las ITS/ITR.

La **Sección 2** brinda orientación sobre el abordaje de las ITS/ITR a través de los servicios de salud reproductiva. También contempla algunas maneras de establecer contacto con los hombres, adolescentes y otras personas que habitualmente no utilizan los servicios de salud reproductiva.

La Sección 3 aborda el manejo de las ITS/ITR (cómo diagnosticar y tratar los problemas relacionados con las ITS/ITR) e incluye diagramas de flujo y tablas de tratamiento. Esta sección está organizada según un enfoque de solución de problemas que permite un rápido acceso a la información.



CAPÍTULO 8. TRATAMIENTO DE ITS/ITR SINTOMÁTICAS

Para recordar

- Se deberá administrar tratamiento contra las infecciones vaginales habituales (vaginosis bacteriana, tricomoniasis) a las mujeres con **flujo vaginal**. Se deberá agregar tratamiento contra la infección por levaduras si se presentan signos clínicos relevantes.
- Se deberá administrar tratamiento contra gonorrea, clamidia e infecciones anaeróbicas a las mujeres con **dolor abdominal bajo**. Se deberá considerar la hospitalización o la referencia si la infección es grave o ante la presencia de otros signos de peligro.
- Se deberá administrar tratamiento contra sífilis y chancroide en hombres y mujeres con **úlceras genitales**. Se deberá incluir manejo contra herpes genital, incluido el tratamiento antiviral donde esté disponible, en regiones en las que el VHS-2 sea común.
- Se deberá administrar tratamiento contra gonorrea y clamidia a los hombres con **secreción uretral**. Las mujeres con parejas que presenten secreción uretral también deberán recibir el mismo tratamiento.
- Todo paciente que presente síntomas deberá recibir **orientación** sobre el cumplimiento del tratamiento, la reducción del riesgo y el uso de condones.
- Se deberá tratar a las **parejas** de pacientes con úlcera genital o secreción uretral. Se deberá asesorar y ofrecer tratamiento a las parejas de mujeres en tratamiento para EPI o infección cervical.
- En la mayoría de los síndromes no se requieren **visitas de seguimiento** de rutina, siempre que las pacientes finalicen el tratamiento y se sientan mejor. Se deberá volver a examinar a las mujeres bajo tratamiento contra EPI 2 a 3 días después del inicio del tratamiento, o antes si presentan fiebre.

Este capítulo está dedicado al tratamiento de las ITS/ITR en personas que buscan atención porque presentan síntomas, o en los casos en que un prestador de servicios de salud detecta signos de posible infección al evaluar por otros motivos. Un **síntoma** es algo que siente el paciente, mientras que un signo es algo observado por el

prestador de servicios de salud (véase Anexo 1 para una revisión de elaboración de historias clínicas y realización de exámenes físicos). Tres situaciones clínicas son comunes:

- Una persona acude a la clínica **manifestando espontáneamente** un síntoma de ITS/ITR.
- Un paciente admite presentar síntomas al ser interrogado por el prestador (**obtención de información sobre los síntomas**).
- El prestador de salud detecta **signos** de ITS/ITR al examinar a un paciente por otros motivos.

Los prestadores de salud deben ser capaces de reconocer los síntomas y signos de ITS/ITR en dichas situaciones clínicas. Deben saber cuándo es posible diferenciar entre ITS y enfermedades no transmitidas sexualmente. Es posible que las mujeres con síntomas en el tracto genital tengan inquietudes respecto de ITS, aun cuando gran parte de las ITR sintomáticas en mujeres no son de transmisión sexual. Tanto los prestadores como las pacientes deben comprender que las ITS/ITR suelen ser asintomáticas y que la ausencia de síntomas no significa necesariamente que no exista infección. Se deberán realizar pruebas de tamizaje de ITS/ITR asintomáticas en la medida de lo posible (Capítulo 3).

MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS/ITR

Muchas ITS/ITR pueden identificarse y tratarse en función de los síntomas y signos característicos. Los síntomas y signos pueden agruparse en síndromes (infección del aparato respiratorio superior, gastroenteritis y flujo vaginal son ejemplos de síndromes comunes). Sin embargo, suele resultar difícil conocer exactamente qué organismo es responsable del síndrome, y es posible que el tratamiento deba cubrir diversas infecciones posibles.

El manejo sindrómico consiste en tratar los síntomas y signos de ITS/ITR en función de los microorganismos que suelen ser los responsables de cada síndrome. Podrá lograrse un diagnóstico más definido o etiológico en algunos centros con laboratorios sofisticados, pero suele ser complicado. Las pruebas de laboratorio requieren recursos que se suman al costo del tratamiento y obligan a los pacientes a realizar visitas adicionales al establecimiento y, **casi siempre, ocasionan retraso en el tratamiento**. Por estos motivos, las pautas de tratamiento sindrómico para los síndromes como dolor abdominal bajo, secreción uretral y úlcera genital (Cuadro 8.1), se usan ampliamente incluso en países desarrollados con laboratorios avanzados.

La OMS ha desarrollado **diagramas de flujo** simples (también llamados **algoritmos**) para guiar a los prestadores de servicios de salud en el uso del manejo sindrómico para tratar siete síndromes. En este capítulo se incluyen cinco de estos algoritmos (para flujo vaginal, dolor abdominal bajo, úlcera genital, bubón inguinal y secreción uretral), adaptados si fuera necesario para su aplicación en servicios de salud

reproductiva. En el Capítulo 9 se ofrecen algoritmos adicionales que tratan las ITS/ITR en el embarazo. El abordaje sindrómico se utiliza ampliamente en el tratamiento de las ITS/ITR. Los algoritmos pueden variar de país a país según la prevalencia de la enfermedad, el costo de los fármacos y los patrones de resistencia microbiana.

Tabla 8.1. El manejo sindrómico: ventajas y limitaciones

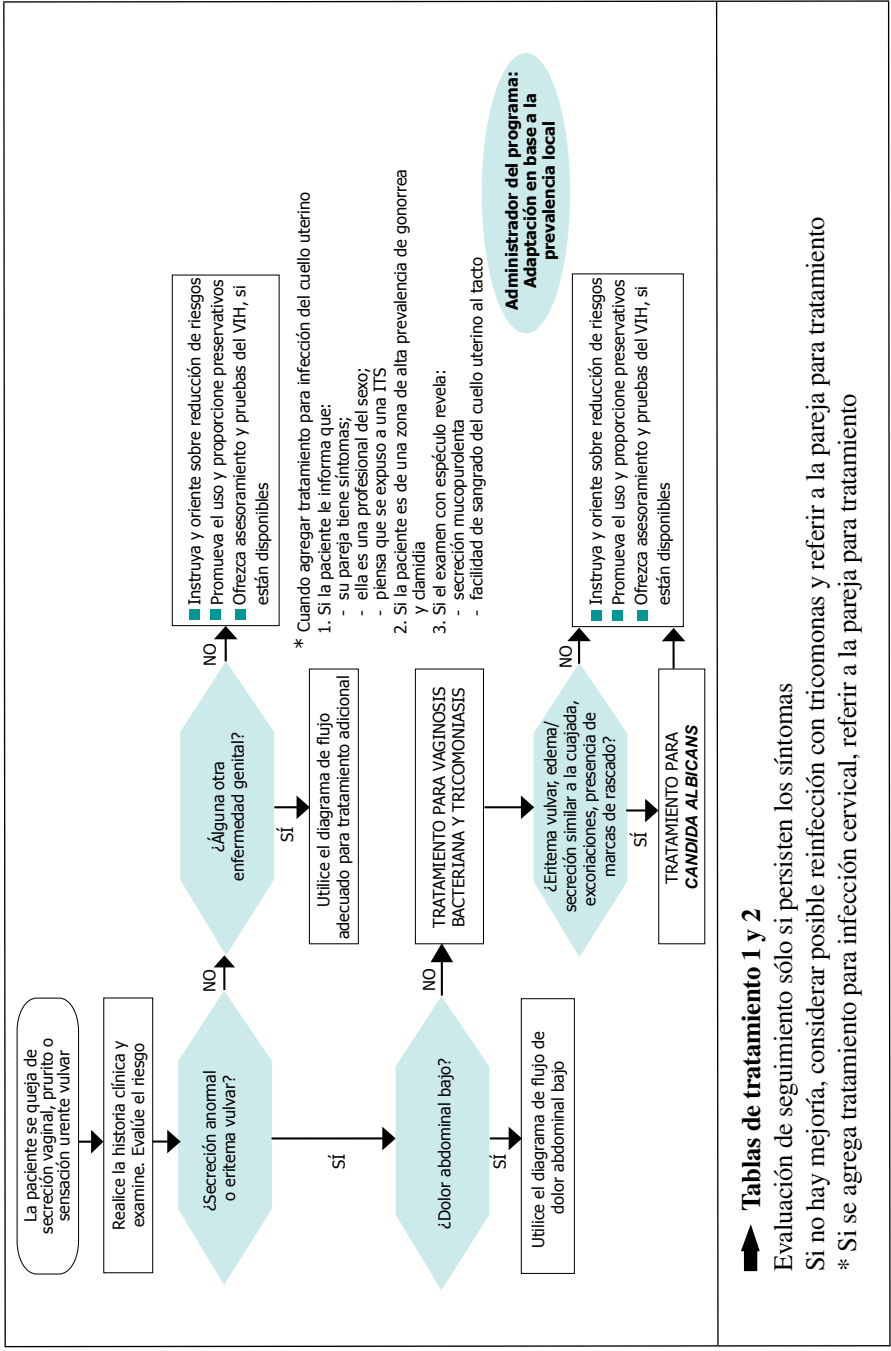
Algoritmo sindrómico	Fundamento de utilización
Los algoritmos sindrómicos para la secreción uretral en hombres y las úlceras genitales en hombres y mujeres son efectivos y prácticos	<p>La gonorrea y la clamidia son las principales causas de secreción uretral. La sífilis y el chancroide son las principales causas de úlceras genitales.</p> <p>Si se utilizan correctamente, estos algoritmos permiten que los trabajadores de salud ofrezcan tratamientos altamente efectivos a los pacientes que presentan síntomas. Son simples y pueden utilizarse incluso en áreas remotas siempre que se disponga de los medicamentos necesarios. En el mismo nivel de importancia, el tratamiento sindrómico de estos problemas previene nuevas infecciones al proporcionar un tratamiento curativo sin demoras y cortar la cadena de infección.</p>
El abordaje sindrómico del dolor abdominal bajo en mujeres es ampliamente utilizado, incluso en países desarrollados.	<p>La gonorrea y la clamidia son las principales causas del dolor abdominal bajo en mujeres.</p> <p>Este abordaje está diseñado para ofrecer un tratamiento efectivo a las mujeres con síntomas que pudieran indicar una enfermedad pélvica inflamatoria. Los prestadores de salud deberían considerar que es posible que ciertas mujeres tratadas con este algoritmo no padezcan EPI en realidad (falsos positivos). Sin embargo, se justifica el tratamiento debido a las graves consecuencias, entre las que se incluyen la infertilidad y los embarazos ectópicos, que suelen presentarse luego de una EPI no tratada a tiempo o ignorada.</p>
Los algoritmos sindrómicos para mujeres con síntomas o signos de flujo vaginal son efectivos contra las infecciones vaginales, pero en general no lo son contra las cervicales	<p>La infección vaginal (vaginosis bacteriana, tricomoniasis o infección por levaduras) es la principal causa de flujo vaginal.</p> <p>Los algoritmos para flujo vaginal no están diseñados para detectar las infecciones cervicales más graves, que suelen ser asintomáticas. En la actualidad, la precisa detección de la infección cervical gonocócica y clamidial requiere de costosas pruebas de laboratorio que no están disponibles en la mayoría de las instituciones (consulte el Capítulo 3 para obtener información sobre la detección de infecciones cervicales). En ciertas condiciones, se justifica el tratamiento contra la infección cervical.</p>

MANEJO DE SÍNDROMES COMUNES

Esta sección presenta diagramas de flujo para el tratamiento de diversos síndromes comunes. El manejo satisfactorio de las ITS/ITR no sólo incluye el tratamiento sino también la educación de las pacientes sobre cómo prevenir la reinfección y, en ciertos casos, el tratamiento de las parejas sexuales. Para lograrlo, los prestadores de servicios de salud deben evitar juzgar a las pacientes y respetarlas. Las historias clínicas, exámenes y orientación se deberán realizar en entornos adecuados donde pueda garantizarse la privacidad y la confidencialidad. El Anexo 1 revisa estas habilidades clínicas básicas.

Es esencial educar a la paciente y, en ocasiones, orientarla en profundidad sobre la reducción del riesgo. Si bien no se incluyen estos pasos en los diagramas de flujo, se deberá brindar información a las pacientes sobre la prevención de las ITS/ITR, sobre cómo completar el tratamiento y sobre el tratamiento de la pareja si fuese pertinente. En la parte final de este capítulo se ofrece más información sobre los aspectos preventivos del manejo de los casos de ITS/ITR que deberían ser parte de cada encuentro con pacientes sintomáticas. El Capítulo 4 analiza la educación y orientación de las pacientes en más detalle.

DIAGRAMA DE FLUJO 1. FLUJO VAGINAL (PARA MUJERES NO EMBARAZADAS)



Tablas de tratamiento 1 y 2

Evaluación de seguimiento sólo si persisten los síntomas

Si no hay mejoría, considerar posible reinfección con tricomonas y referir a la pareja para tratamiento

* Si se agrega tratamiento para infección cervical, referir a la pareja para tratamiento

FLUJO VAGINAL

La **queja espontánea de flujo vaginal anormal** (anormal en cantidad, color u olor) suele indicar una infección vaginal o vaginitis. El flujo vaginal por vaginosis bacteriana (microorganismos múltiples) o infección por levaduras (*Candida albicans*) no es de transmisión sexual, mientras que la tricomoniasis (*Trichomonas vaginalis*) suele serlo. Con mucha menor frecuencia, el flujo vaginal puede ser el resultado de cervicitis mucopurulenta por gonorrea (*Neisseria gonorrhoeae*) o clamidia (*Chlamydia trachomatis*). La detección de la infección cervical en mujeres con o sin flujo vaginal se analiza en el Capítulo 3.

Toda mujer que presente flujo vaginal anormal debe recibir tratamiento contra la vaginosis bacteriana y la tricomoniasis. Se indica tratamiento adicional contra la infección por levaduras en los casos en que sea clínicamente evidente (flujo blanco similar a la cuajada, enrojecimiento vulvar y vaginal y prurito). La infección por levaduras es una causa común de vaginitis durante el embarazo. El Capítulo 9 presenta un diagrama de flujo independiente para el tratamiento del flujo vaginal en las embarazadas.

Tabla de tratamiento 1. Tratamiento recomendado para la infección vaginal

<ul style="list-style-type: none"> Terapia para vaginosis bacteriana (VB) y tricomoniasis (TV) <p>MÁS</p> <ul style="list-style-type: none"> Terapia para la infección por levaduras si flujo blanco similar a la cuajada, enrojecimiento vulvo-vaginal y prurito están presentes 			
Cobertura	Primera opción Escoja una opción del recuadro VB/TV, o una de cada recuadro si se sospecha una infección por levadura	Sustitutos altamente efectivos	Si la mujer está embarazada o en período de lactancia Escoja una opción del recuadro VB/TV, o una de cada recuadro si se sospecha de una infección por levadura
Vaginosis bacteriana	metronidazol ^a 2 g por vía oral en dosis única, o metronidazol ^a 400 o 500 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días	clindamicina crema al 2%, un aplicador (5 g) por vía intravaginal a la hora de acostarse durante 7 días, o clindamicina , 300 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días	<i>Preferentemente luego del primer trimestre</i> metronidazol ^a 200 o 250 mg por vía oral, 3 veces al día durante 7 días, o metronidazol ^a gel al 0,75%, un aplicador (5 g), por vía intravaginal dos veces al día durante 5 días, o clindamicina 300 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días
Tricomoniasis		tinidazol ^a 2 g por vía oral, en dosis única, o tinidazol ^a 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 5 días	

sigue en la página siguiente

Tabla de tratamiento 1. Tratamiento recomendado para la infección vaginal (continuación)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia para vaginosis bacteriana (VB) y tricomoniasis (TV) <p>MÁS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia para la infección por levaduras si flujo blanco similar a la cuajada, enrojecimiento vulvo-vaginal y prurito están presentes 			
Cándida albicans (levadura)	miconazol supositorio vaginal de 200 mg, una vez al día durante 3 días, o clotrimazol [®] tableta vaginal de 100 mg, dos tabletas al día durante 3 días, o fluconazol tableta oral de 150 mg, en dosis única	nistatina tableta vaginal de 100.000 unidades, una al día durante 14 días	miconazol supositorio vaginal de 200 mg, una vez al día durante 3 días, o clotrimazol [®] tableta vaginal de 100 mg, dos tabletas al día durante 3 días, o nistatina , tableta vaginal de 100.000 unidades, una al día durante 14 días

- a. Debe advertirse a las pacientes que toman metronidazol o tinidazol que deben evitar el consumo de alcohol. No se recomienda el uso de metronidazol en el primer trimestre del embarazo.
- b. La dosis única de clotrimazol (500 mg) disponible en ciertos lugares también es efectiva contra la infección por levaduras (CA).

INFECCIÓN CERVICAL

Se deberá administrar tratamiento contra la infección cervical cuando se sospeche de su presencia o que el riesgo de desarrollo de complicaciones sea alto (véase infecciones cervicales en el Capítulo 3 y procedimientos transcervicales en el Capítulo 2). El tratamiento de la infección cervical deberá añadirse al de la vaginitis si es sospechada (por ejemplo, si la pareja de la paciente presenta secreción uretral) o si se detectan signos de infección cervical (flujo cervical mucopurulento o sangrado fácil) en el examen con espéculo. La Tabla de tratamiento 2 indica el tratamiento de la infección cervical.

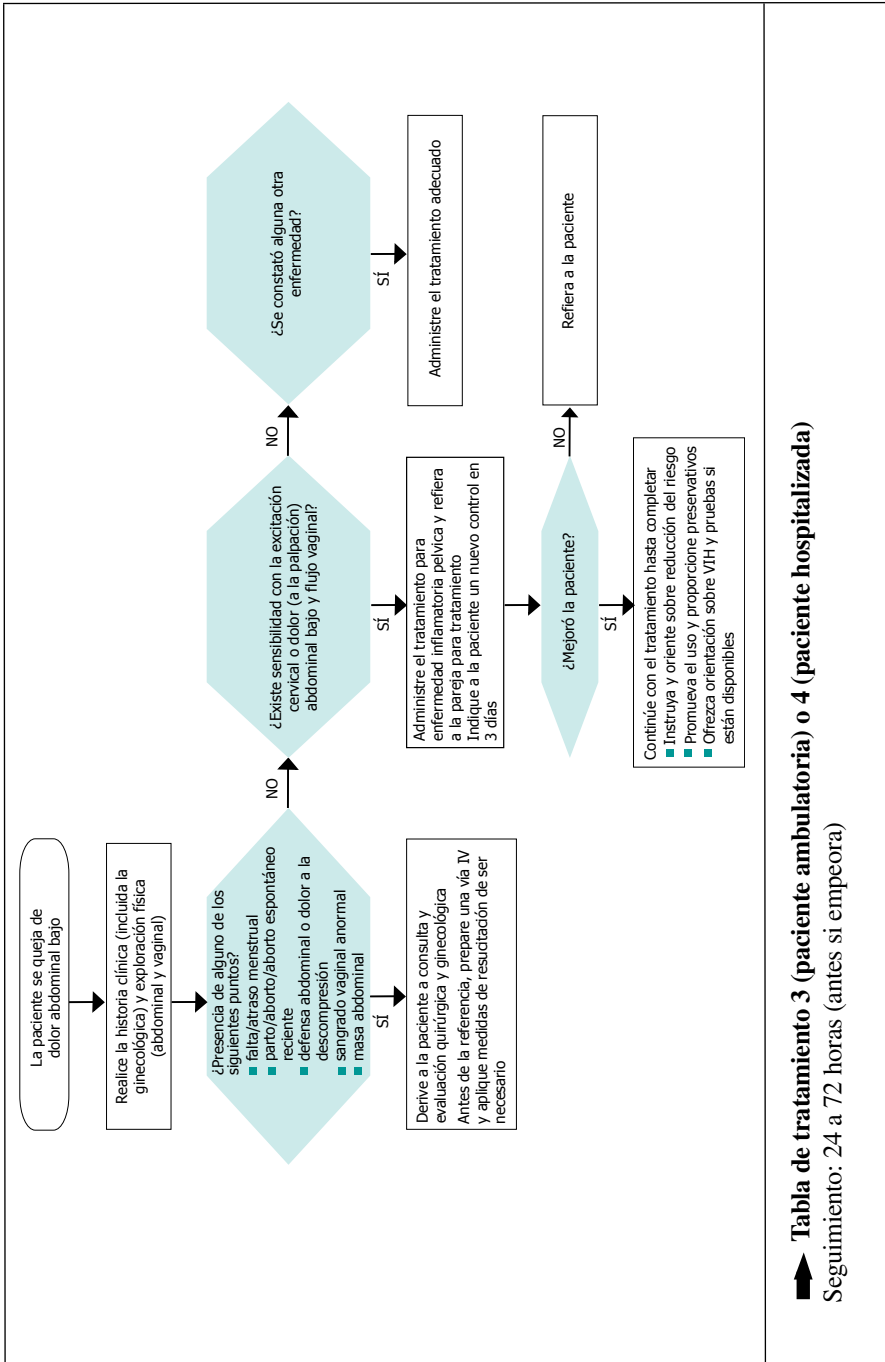
Tabla de tratamiento 2. Tratamiento recomendado para la infección cervical

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia para gonorrea sin complicaciones MÁS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia para clamidia 			
Cobertura	Primera opción Escoja una opción de cada recuadro (= 2 fármacos)	Sustitutos altamente efectivos	Si la mujer está embarazada, en período de lactancia o tiene menos de 16 años de edad Escoja una opción de cada recuadro (= 2 fármacos)
Gonorrea	cefixima 400 mg por vía oral, en dosis única, o ceftriaxona , 125 mg por inyección intramuscular	ciprofloxacina ^{a,b} 500 mg por vía oral, en dosis única, o espectinomicina , 2 g por inyección intramuscular	cefixima 400 mg por vía oral, en dosis única, o ceftriaxona 125 mg por inyección intramuscular
Clamidia	azitromicina 1 g por vía oral, en dosis única, o doxiciclina ^a 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días	ofloxacina ^{a, b, c} 300 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días, o tetraciclina ^a 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días, o eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días	eritromicina ^d 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días, o azitromicina 1 g por vía oral, en dosis única, o amoxicilina 500 mg por vía oral, 3 veces al día, durante 7 días

- a. Se deberán evitar la doxiciclina, la tetraciclina, la ciprofloxacina, la norfloxacina y la ofloxacina en el embarazo y la lactancia.
- b. El uso de quinolonas debe considerar los patrones de resistencia de *Neisseria gonorrhoeae*, como ocurre en las Regiones (según la OMS) del Pacífico Occidental y del Sureste de Asia.
- c. La ofloxacina, si se utiliza según lo indicado para la infección por clamidia, también proporciona cobertura contra la gonorrea.
- d. El estolato de eritromicina está contraindicado durante el embarazo debido a la hepatotoxicidad relacionada con los fármacos; sólo debe utilizarse eritromicina base o etilsuccinato de eritromicina.

Consultar el Anexo 4 para obtener más información sobre los tratamientos alternativos para la gonorrea.

DIAGRAMA DE FLUJO 2. DOLOR ABDOMINAL BAJO (EN MUJERES)



➡ **Tabla de tratamiento 3 (paciente ambulatoria) o 4 (paciente hospitalizada)**

Seguimiento: 24 a 72 horas (antes si empeora)

DOLOR ABDOMINAL BAJO

Se deberá evaluar cuidadosamente a toda mujer sexualmente activa que presente dolor abdominal bajo en búsqueda de signos de enfermedad pélvica inflamatoria. Además, toda mujer con otros síntomas en el tracto genital deberán someterse a exámenes abdominales y bimanuales de rutina cuando sea posible ya que algunas mujeres con EPI no presentarán dolor abdominal bajo. Entre los síntomas que sugieren EPI se incluyen el dolor abdominal bajo, el dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia), la pérdida de sangre luego del sexo o entre períodos menstruales y el dolor asociado a la menstruación (si fuese un nuevo síntoma). También pueden presentarse flujo vaginal, dolor al orinar (disuria), fiebre, náuseas y vómitos.

Los signos clínicos de la EPI son variados y pueden ser muy leves. La EPI es altamente probable cuando una mujer presenta dolor abdominal bajo, dolor uterino o anexial, evidencias de infección del tracto genital inferior y dolor en la movilización cervical. Puede también constatarse un agrandamiento o induración de una o ambas trompas de Falopio, una masa pélvica dolorosa y dolor abdominal en la palpación o en la descompresión. La paciente puede presentar temperatura elevada pero en muchos casos es normal.

Debido a las serias consecuencias de la EPI, los prestadores de servicios de salud deberán mantener un alto grado de sospecha y **tratar todos los casos dudosos**. Se debe iniciar el tratamiento lo antes posible una vez que se haya realizado el diagnóstico presuntivo ya que la prevención de complicaciones a largo plazo es más efectiva si se administran antibióticos inmediatamente.

Entre los agentes etiológicos causantes de EPI se incluyen: *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, bacterias anaeróbicas, bacterias gramnegativas anaeróbicas facultativas y estreptococos. Como es imposible diferenciarlos clínicamente y es difícil realizar un diagnóstico microbiológico preciso, los regímenes de tratamiento deben ser efectivos contra el amplio rango de agentes patógenos. En las Tablas de tratamiento 3 y 4 se presentan diversos regímenes recomendados.

Las parejas de pacientes con EPI deben ser tratados para gonorrea y clamidia (ver Tabla de tratamiento 8).

Nota: también deberán considerarse otras causas de dolor abdominal bajo; por ejemplo: apendicitis aguda, infección del tracto urinario, y la historia clínica y examen físico deberán descartar otras causas.

Tabla de tratamiento 3. Tratamiento ambulatorio recomendado para la EPI

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia de dosis única para gonorrea <p>MÁS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia de dosis única o multidosis para clamidia <p>MÁS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia para infecciones anaeróbicas 	
Cobertura	Escoja una opción de cada recuadro (= 3 fármacos)
Gonorrea	ceftriaxona , 250 mg por inyección intramuscular, o cefixima 400 mg por vía oral, en dosis única ciprofloxacina ^a 500 mg por vía oral, en dosis única, o espectinomícina 2 g por inyección intramuscular
Clamidia	doxiciclina ^b 100 mg por vía oral dos veces al día durante 14 días, o tetraciclina ^b 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días
Anaerobios	metronidazol ^c 400 a 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 14 días

- a. El uso de quinolonas debe considerar los patrones de resistencia de *Neisseria gonorrhoeae*, como ocurre en las Regiones (según la OMS) del Pacífico Occidental y del Sureste de Asia.
- b. Estos fármacos están contraindicados en mujeres embarazadas o que amamantan. La Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es infrecuente durante el embarazo – véase Capítulo 9 para obtener información acerca de las recomendaciones sobre el manejo de la endometritis e infecciones relacionadas durante el embarazo y el puerperio.
- c. Debe advertirse a las pacientes que toman metronidazol que deben evitar el consumo de alcohol. El uso de metronidazol debe evitarse durante el primer trimestre del embarazo.

Nota: se debe considerar seriamente la hospitalización de las pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria aguda cuando:

- no puedan excluirse emergencias quirúrgicas como la apendicitis o el embarazo ectópico;
- se sospeche un absceso pélvico;
- el estado de gravedad descarte el tratamiento ambulatorio;
- la paciente esté embarazada;
- la paciente es una adolescente;
- la paciente no pueda seguir o tolerar un régimen ambulatorio; o
- la paciente no haya respondido al tratamiento ambulatorio.

Tabla de tratamiento 4. Tratamiento hospitalario recomendado para la Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)

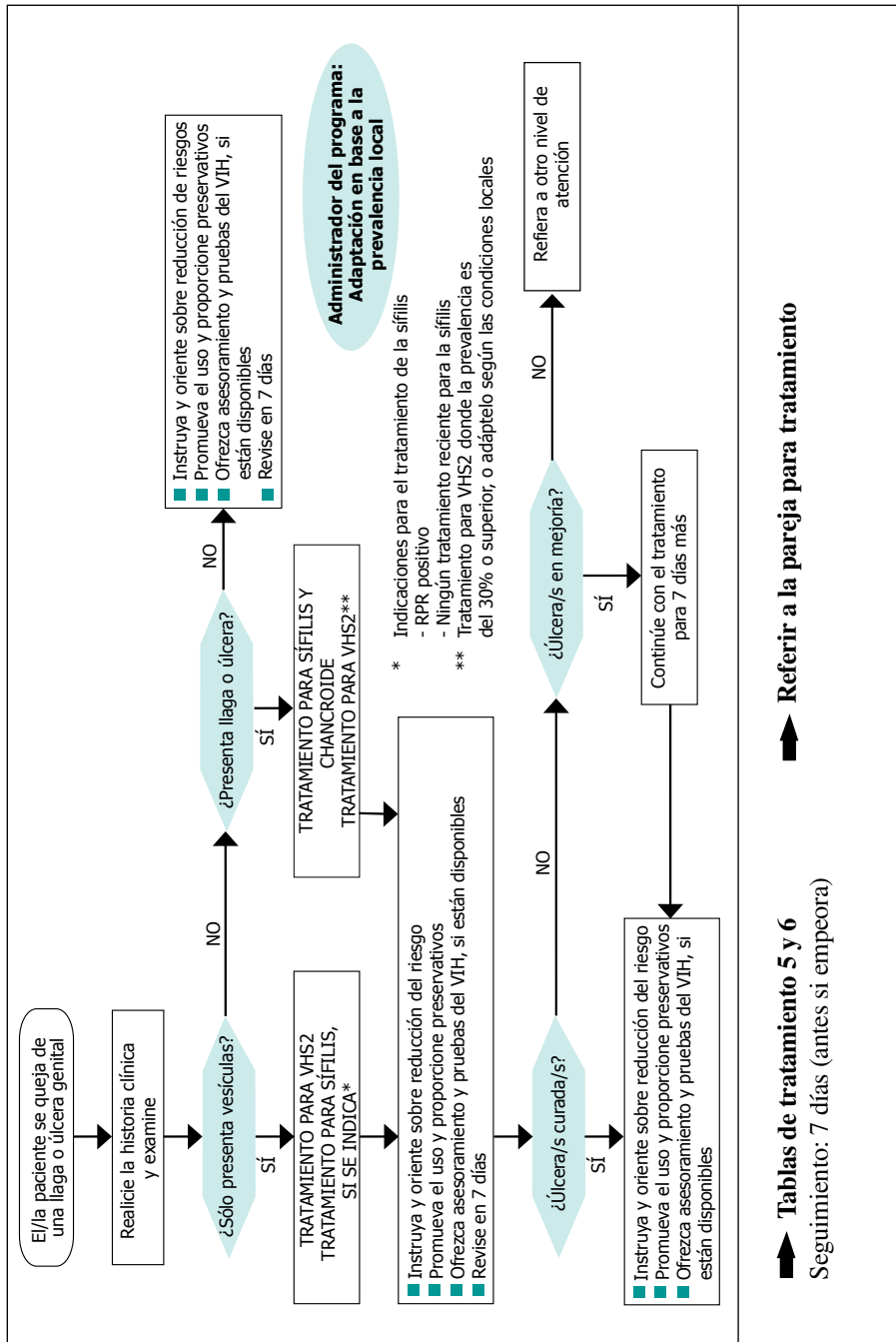
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia para gonorrea <p>MÁS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia para clamidia <p>MÁS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia para infecciones anaeróbicas 			
Cobertura	Opción 1	Opción 2	Opción 3
	Escoja uno de cada recuadro (= 3 fármacos), y continúe con terapia ambulatoria por vía oral.	Suministre ambos fármacos y continúe con terapia ambulatoria por vía oral.	Habitualmente disponible. Suministre los 3 fármacos y continúe con terapia ambulatoria por vía oral.
Gonorrea	ceftriaxona 250 mg en inyección intramuscular, una vez por día ciprofloxacina ^a 500 mg por vía oral, en dosis única espectinomicina 2 g en inyección intramuscular	gentamicina 1,5 mg/kg de peso corporal en inyección intravenosa cada 8 horas MÁS clindamicina 900 mg en inyección intravenosa, cada 8 horas	ampicilina 2 g en inyección intravenosa o intramuscular, luego 1 g cada 6 horas MÁS gentamicina 80 mg en inyección intramuscular, cada 8 horas. MÁS metronidazol 500 mg o 100 ml en infusión intravenosa, cada 8 horas
Clamidia	doxiciclina ^{b,c} 100 mg por vía oral o en inyección intravenosa, dos veces al día, o tetraciclina ^c 500 mg por vía oral 4 veces al día		
Anaerobios	metronidazol 400 a 500 mg por vía oral o en inyección intravenosa, dos veces al día, o cloranfenicol ^c 500 mg por vía oral o en inyección intravenosa, 4 veces al día		
<p>Para los tres protocolos, la terapia se debe mantener hasta por lo menos 2 días después de que la paciente haya mejorado y se debe continuar con uno de los siguientes tratamientos por vía oral durante 14 días en total:</p> <p>doxiciclina^c 100 mg por vía oral dos veces al día, o tetraciclina^c 500 mg por vía oral 4 veces al día</p>			

- a. El uso de quinolonas debe considerar los patrones de resistencia de *Neisseria gonorrhoeae*, como ocurre en las Regiones (según la OMS) del Pacífico Occidental y del Sureste de Asia
- b. La doxiciclina por vía intravenosa es dolorosa y no ofrece ventajas sobre la vía oral si la paciente está en condiciones de ingerir la medicación.
- c. Está contraindicada en las mujeres embarazadas o que amamantan. La Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es infrecuente en el embarazo – véase Capítulo 9 para obtener información acerca de las recomendaciones sobre el manejo de la endometritis e infecciones relacionadas durante el embarazo y el puerperio.

Seguimiento

El seguimiento de las pacientes ambulatorias con Enfermedad pélvica inflamatoria debe realizarse antes de 72 horas de iniciado el tratamiento (24 horas en el caso de mujeres con fiebre) y deben ser hospitalizadas si el cuadro clínico no mejora. Las pacientes deben mostrar una mejoría clínica importante (ausencia de fiebre, disminución de dolor abdominal, y disminución en el dolor con la movilización uterina, anexial y cervical) dentro de los 3 días de iniciado el tratamiento. Es posible que las pacientes que no presenten mejoría dentro de este período deban ser hospitalizadas, someterse a pruebas adicionales de diagnóstico o a una intervención quirúrgica.

DIAGRAMA DE FLUJO 3. ÚLCERA GENITAL (HOMBRES Y MUJERES)



ÚLCERA GENITAL

Los patrones de enfermedad ulcerativa genital varían en las distintas partes del mundo, pero el herpes genital, chancroide y sífilis son los más comunes. El diagnóstico diferencial de las úlceras genitales mediante el uso de las características clínicas resulta impreciso, especialmente donde son comunes varios tipos de úlcera genital. Las manifestaciones clínicas y los patrones de úlcera genital pueden ser diferentes en las personas infectadas por VIH.

Si el examen confirma la presencia de úlceras genitales, debe administrarse el tratamiento adecuado para las causas locales. Por ejemplo, en zonas de prevalencia de sífilis y chancroide debe tratarse a los pacientes con úlceras genitales para ambas enfermedades al momento de su visita inicial para asegurar un tratamiento adecuado en caso de que no regresen. En las áreas donde granuloma inguinal (donovanosis) es prevalente, debe además incluirse el tratamiento para este proceso. En muchas partes del mundo, el herpes genital constituye la causa más frecuente del síndrome de úlcera genital. En los lugares donde la infección por VIH es prevalente, es probable que el síndrome de úlcera genital se deba al virus del herpes simple. Las úlceras herpéticas (y las ITS ulcerativas en general) en pacientes con infección por VIH pueden ser atípicas y persistir por un largo tiempo. Aunque no existe cura para el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2), el tratamiento con antivirales como el aciclovir puede acortar la duración de la enfermedad activa y ayudar a disminuir la transmisión. En los lugares donde estos fármacos son escasos, el tratamiento debe reservarse para los pacientes que padecen VHS-2 grave o infección por herpes zoster, que están frecuentemente asociados con la infección por VIH.

En la primera visita, el diagnóstico diferencial de úlcera genital con pruebas de laboratorio rara vez resulta de ayuda y puede incluso ser engañoso. En áreas de alta prevalencia de sífilis, una persona puede presentar una prueba serológica reactiva debido a una infección anterior, aun cuando el chancroide o herpes sea la causa de la úlcera actual.

MANEJO DEL SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL

- Administre tratamiento para sífilis y chancroide.
- Suministre manejo para herpes genital, incluyendo tratamiento para VHS-2, donde la prevalencia de este tipo de herpes sea del 30% o superior.
- Dependiendo de los patrones epidemiológicos locales, agregue tratamiento para granuloma inguinal (donovanosis) y/o linfogranuloma venéreo.
- Instruya sobre el cuidado básico de la lesión (mantenerla limpia y seca).
- Realice una punción aspirativa de cualquier ganglio fluctuante (debe evitarse la incisión quirúrgica).
- Eduque y oriente acerca del cumplimiento del tratamiento y la disminución del riesgo.

- Promueva el uso y proporcione condones.
- Ofrezca la realización de pruebas serológicas de VIH cuando se disponga de orientación e instalaciones adecuadas.
- Aconseje al paciente que regrese en 7 días si la lesión no se cura completamente, y antes si el cuadro clínico empeora.
- Brinde ayuda con el tratamiento de la pareja.

Tabla de tratamiento 5. Tratamiento recomendado para las úlceras genitales

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia de dosis única para sífilis MÁS ▪ Terapia de dosis única o multidosis para chancroide 			
Cobertura	Primera opción Escoja una opción de cada recuadro (= 2 fármacos)	Sustitutos altamente efectivos	Si la paciente está embarazada, en período de lactancia o tiene menos de 16 años de edad Escoja una opción de cada recuadro (= 2 fármacos)
Sífilis	penicilina benzatínica 2,4 millones de unidades en una única inyección intramuscular Nota: en los pacientes con prueba de sífilis positiva pero que no presentan úlceras, se debe administrar la misma dosis semanalmente hasta un total de 3 dosis	doxiciclina ^c 100 mg por vía oral dos veces al día durante 14 días, o tetraciclina ^c 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días	penicilina benzatínica 2,4 millones de unidades en una única inyección intramuscular, o eritromicina ^b 500 mg por vía oral veces al día, durante 15 días

sigue en la página siguiente

Tabla de tratamiento 5. Tratamiento recomendado para las úlceras genitales (continuación)

Chancroide	ciprofloxacina^a 500 mg por vía oral dos veces al día, durante 3 días, o azitromicina 1 g por vía oral como dosis única, o eritromicina^b 500 mg por vía oral, 4 veces al día, durante 7 días	ceftriaxona 250 mg como una única inyección intramuscular	eritromicina^b 500 mg por vía oral 4 veces al día, durante 7 días, o azitromicina 1 g por vía oral como dosis única, o ceftriaxona 250 mg como una única inyección intramuscular
Terapia adicional para el VHS-2 donde es común el VHS-2 (véase Diagrama de flujo 3).			
Herpes genital	Infeción primaria aciclovir^c 200 mg por vía oral, 5 veces al día, durante 7 días, o aciclovir^c 400 mg por vía oral, 3 veces al día, durante 7 días	Infeción primaria famciclovir^c 250 mg por vía oral, 3 veces por día, durante 7 días, o valaciclovir^c 1 g dos veces por día, durante 7 días	Administre aciclovir únicamente cuando el beneficio supere el riesgo (véase Anexo 4). La posología es la misma que para la infección primaria
	Infeción recurrente aciclovir^c 200 mg por vía oral, 5 veces al día, durante 5 días, o aciclovir^c 400 mg por vía oral, 3 veces al día, durante 5 días	Infeción recurrente famciclovir^c 125 mg por vía oral, 3 veces al día, durante 5 días, o valaciclovir^c 500 mg dos veces por día, durante 5 días	

- a. El uso de quinolonas debe considerar los patrones de resistencia de *Neisseria gonorrhoeae*, como ocurre en las Regiones (según la OMS) del Pacífico Occidental y del Sureste de Asia.
- b. El estolato de eritromicina está contraindicado durante el embarazo debido a la hepatotoxicidad relacionada con los fármacos; sólo debe utilizarse eritromicina base o etilsuccinato de eritromicina.
- c. Estos fármacos están contraindicados en mujeres embarazadas o en período de lactancia.

Consulte la Tabla de tratamiento 6 para conocer el tratamiento adicional de **SUG** que puede ser necesario en ciertas regiones.

Tabla de tratamiento 6. Tratamiento adicional recomendado para úlceras genitales

En áreas donde el granuloma inguinal o el linfogranuloma venéreo son importantes causas de úlceras genitales, pueden añadirse los siguientes tratamientos (o, en ciertos casos, puede optarse por los tratamientos presentados en la Tabla de tratamiento 5 para cubrir estas infecciones)			
Cobertura	Primera opción	Sustitutos altamente efectivos	Si la paciente está embarazada, en período de lactancia o tiene menos de 16 años de edad
Granuloma inguinal (donovanosis) (Se debe continuar el tratamiento hasta que las lesiones hayan epitelizado por completo)	azitromicina 1 g por vía oral, en dosis única, seguido de 500 mg una vez al día, o doxiciclina^a 100 mg por vía oral dos veces al día	eritromicina^b 500 mg por vía oral 4 veces al día, o tetraciclina^a 500 mg por vía oral 4 veces al día, o trimetoprima (80 mg)/ sulfametoxazol (400 mg), 2 tabletas por vía oral dos veces al día	azitromicina 1 g por vía oral, en dosis única, o eritromicina^b 500 mg por vía oral 4 veces al día
Linfogranuloma venéreo	doxiciclina^a 100 mg por vía oral dos veces al día durante 14 días, o eritromicina^b 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días	tetraciclina^a 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días	eritromicina^b 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días

- a. Estos fármacos están contraindicados en mujeres embarazadas o en período de lactancia.
- b. El estolato de eritromicina está contraindicado durante el embarazo debido a la hepatotoxicidad relacionada con los fármacos; sólo debe utilizarse eritromicina base o etilsuccinato de eritromicina.

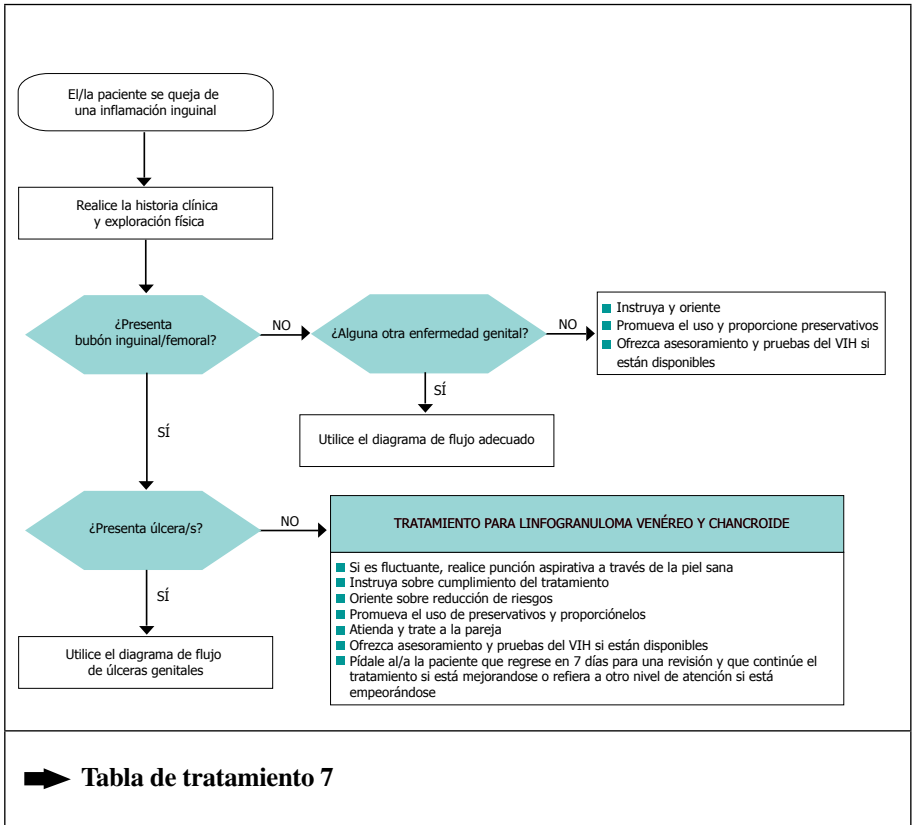
Cuadro 8.1. Úlceras genitales e infección por VIH

Las úlceras genitales son las ITS/ITR que más facilitan la propagación del VIH. El chancroide, el herpes genital y la sífilis son habituales en regiones de alta prevalencia de VIH, y el control de estas infecciones es un importante componente de la prevención del VIH.

La presencia de la infección por VIH también puede modificar la presentación de úlceras genitales, dificultando el diagnóstico. Las lesiones por sífilis primaria y secundaria pueden ser atípicas. Las lesiones por chancroide pueden ser más extensas, y se han notado lesiones de rápido y agresivo avance. Esto no hace más que reforzar la necesidad de tratamiento precoz, especialmente en individuos con infección por VIH. El tratamiento de las úlceras genitales no difiere entre las pacientes VIH positivas y negativas. Se deberá controlar a todas las pacientes una semana luego de iniciado el tratamiento, que deberá continuarse de no evidenciarse mejoras significativas.

Las lesiones por herpes simple pueden presentarse como úlceras múltiples y persistentes que requieren atención médica. El tratamiento antiviral es capaz de reducir los síntomas. Se deberá explicar correctamente la naturaleza y finalidad del tratamiento a la paciente para evitar falsas expectativas de cura.

DIAGRAMA DE FLUJO 4. BUBÓN INGUINAL (HOMBRES Y MUJERES)



BUBÓN INGUINAL

Siempre deberá usarse el diagrama de flujo y las tablas de tratamiento para úlceras genitales al notar bubones con úlcera genital. La Tabla de tratamiento 7 es para pacientes con bubón inguinal pero sin úlcera genital. Las infecciones sistémicas y locales de transmisión no sexual (por ejemplo, infecciones del miembro inferior) también pueden ser responsables de la inflamación de los ganglios linfáticos inguinales.

Los bubones inguinales y femorales son agrandamientos dolorosos localizados de los ganglios linfáticos inguinales que pueden presentarse como fluctuantes (suaves con sensación de contener líquido en su interior). Al romperse un bubón, es posible que aparezcan como úlceras en el área inguinal. Los bubones suelen asociarse con el linfogranuloma venéreo y el chancroide. En la mayoría de los casos de chancroide, también se observa una úlcera genital, pero pueden pasarse por alto úlceras vaginales en las mujeres. En las regiones donde el granuloma inguinal (donovanosis) es habitual, también deberá considerársele como una causa de bubón inguinal.

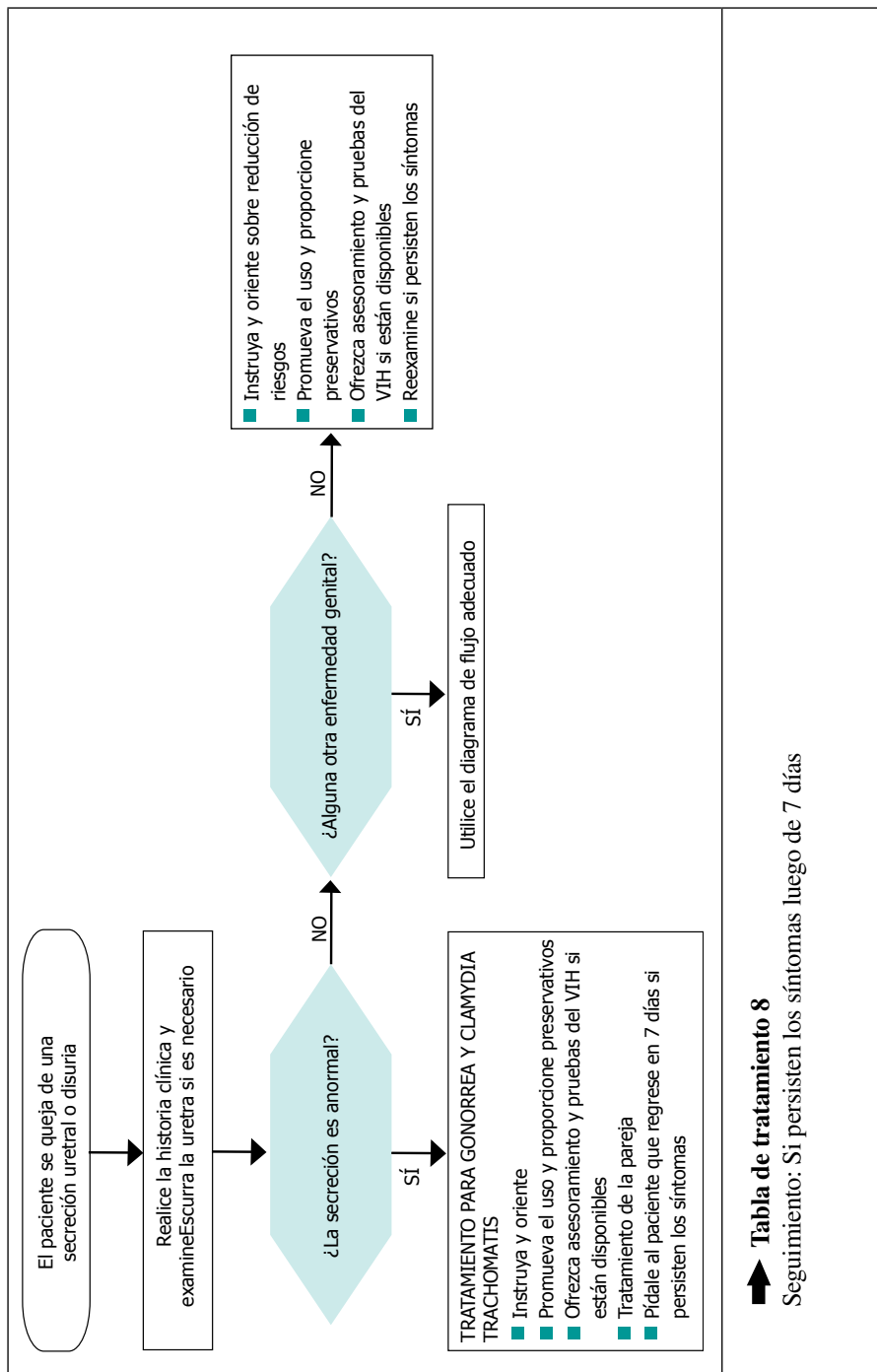
Tabla de tratamiento 7. Tratamiento recomendado para el bubón inguinal

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia de dosis única o multidosis para chancroide MÁS ▪ Terapia multidosis para el linfogramuloma venéreo (LGV) 			
Cobertura	Primera opción Escoja una opción de cada recuadro (= 2 fármacos)	Sustitutos altamente efectivos	Si la paciente está embarazada, en período de lactancia o tiene menos de 16 años de edad
Chancroide	ciprofloxacina ^{a,b} 500 mg por vía oral dos veces al día durante 3 días, o eritromicina ^c 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días	azitromicina 1 g por vía oral, en dosis única, o ceftriaxona 250 mg como una única inyección intramuscular	eritromicina ^c 500 mg por vía oral 4 veces al día durante 14 días (cobertura contra chancroide y LGV)
LGV	doxiciclina ^a 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 14 días	tetraciclina ^a 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días	

- a. Estos fármacos están contraindicados en mujeres embarazadas o en período de lactancia.
- b. El uso de quinolonas debe considerar los patrones de resistencia de *Neisseria gonorrhoeae*, como ocurre en las Regiones (según la OMS) del Pacífico Occidental y del Sureste de Asia.
- c. El estolato de eritromicina está contraindicado durante el embarazo debido a la hepatotoxicidad relacionada con los fármacos; sólo debe utilizarse eritromicina base o etilsuccinato de eritromicina.

Nota: en algunos casos se necesitará un tratamiento más prolongado que el recomendado de 14 días. Debe realizarse una punción aspirativa de los ganglios linfáticos fluctuantes a través de piel sana. No debe intentarse la incisión y drenaje o extirpación de los ganglios ya que estos procedimientos pueden retrasar la curación.

DIAGRAMA DE FLUJO 5. SECRECIÓN URETRAL (EN HOMBRES)



➡ **Tabla de tratamiento 8**

Seguimiento: Si persisten los síntomas luego de 7 días

SECRECIÓN URETRAL

Debe examinarse a los pacientes de sexo masculino que presentan secreción uretral o dolor al orinar (disuria) en búsqueda de evidencia de la secreción. Si no se observan secreciones, debe masajearse suavemente la uretra desde la base del pene en dirección al meato (“ordeñar”). En ocasiones resulta difícil confirmar la presencia de secreción, especialmente si el paciente ha orinado recientemente. Se deberá considerar el tratamiento si los síntomas sugieren la presencia de una infección.

Los principales agentes patógenos que ocasionan la secreción uretral son *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamidia trachomatis*. El tratamiento sindrómico de un paciente con síndrome de secreción uretral debe cubrir estos dos microorganismos de manera adecuada. Cuando se disponga de un laboratorio, debe diferenciarse estos agentes e instituir el tratamiento específico. Debe recomendarse a los pacientes que consulten nuevamente si los síntomas persisten más allá de los 7 días del inicio del tratamiento.

También deberá tratarse a toda pareja sexual de los últimos dos meses. Este momento es oportuno para tratar a mujeres asintomáticas que puedan padecer infección por gonorrea o clamidia. Se deberá tratar a las parejas de sexo femenino por infección cervical (Tabla de tratamiento 2).

Tabla de tratamiento 8. Tratamiento recomendado para la secreción uretral (sólo hombres)

▪ Terapia para gonorrea sin complicaciones MÁS ▪ Terapia para clamidia		
Cobertura	Primera opción Escoja una opción de cada recuadro (= 2 fármacos)	Sustitutos altamente efectivos
Gonorrea	cefixima 400 mg por vía oral, en dosis única, o ceftriaxona 125 mg por inyección intramuscular	ciprofloxacina ^a 500 mg por vía oral, en dosis única, o espectinomicona 2 g por inyección intramuscular
Clamidia	azitromicina 1 g por vía oral, en dosis única, o doxiciclina , 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días	ofloxacina ^{a,b} 300 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días, o tetraciclina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días, o eritromicina , 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días

a. El uso de quinolonas debe considerar los patrones de resistencia de *Neisseria gonorrhoeae*, como ocurre en las Regiones (según la OMS) del Pacífico Occidental y del Sureste de Asia.

b. La ofloxacina, si se utiliza según lo indicado para la infección por clamidia, también proporciona cobertura contra la gonorrea.

La epididimitis es una complicación ocasional de la infección uretral no tratada. Los síntomas son súbito comienzo de dolor e inflamación en un testículo, (el diagnóstico diferencial es torsión testicular, que debe descartarse y representa una emergencia).

La **inflamación escrotal** en hombres de menos de 35 años de edad es comúnmente una complicación de ITR y puede tratarse del mismo modo que la secreción uretral. Es importante reconocer que la inflamación escrotal puede deberse a otras causas y que puede representar una emergencia. Si el hombre presenta antecedentes de trauma o si el testículo se encuentra elevado o girado, derivar al paciente inmediatamente para la evaluación quirúrgica.

TRATAMIENTO DE OTRAS ITS/ITR

Entre otras ITS/ITR comunes se incluyen: verrugas anogenitales e infestaciones como la pediculosis púbica y la sarna. Los tratamientos disponibles para estas enfermedades pueden encontrarse en las Tablas de tratamiento 9 y 10. Consultar *Guidelines for the management of sexually transmitted infections* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001) para obtener más detalles del tratamiento de estos y otros síndromes.

Tabla de tratamiento 9. Tratamiento recomendado para las verrugas anogenitales

Aplicado por el paciente ^a	Aplicado por el prestador
podofilotoxina^b solución o gel al 0,5% aplicado con un hisopo de punta de algodón dos veces al día durante 3 días seguida de 4 días sin tratamiento. El ciclo puede repetirse hasta 4 veces. La cantidad total de podofilotoxina no deberá exceder 0,5 ml por día.	podofilina^b del 10 al 25% en tintura de benjuí, aplicada cuidadosamente sobre las verrugas, sin afectar el tejido normal. Se deberán lavar las verrugas genitales y perinatales externas profusamente 1 a 4 horas luego de la aplicación de podofilina. Debe esperarse a que la podofilina aplicada sobre las verrugas en mucosa de la vagina o del ano se seque para quitar el espéculo. El tratamiento debe repetirse semanalmente.
imiquimod^b crema al 5% aplicada con el dedo a la hora de acostarse, se deja toda la noche, 3 veces por semana hasta 16 semanas. Se debe lavar el área tratada con agua y jabón entre 6 y 10 horas después de la aplicación.	ácido tricloracético (ATC) (80 al 90%) aplicado cuidadosamente sobre las verrugas, sin afectar el tejido normal, seguido de la aplicación de talco o bicarbonato de sodio sobre el área tratada para quitar el ácido no reactivo. Repetir la aplicación semanalmente.

- a. Aplicado por el paciente: se refiere al autotratamiento de verrugas anogenitales que el paciente pueda identificar y alcanzar. El primer tratamiento debe ser aplicado por el prestador de salud a cargo.
- b. No debe utilizarse en el embarazo.

Las verrugas genitales también pueden tratarse por crioterapia, electrocirugía o extirpación quirúrgica. La elección del método dependerá de la disponibilidad y de la ubicación anatómica de las verrugas. Con todos los métodos químicos, se deberá tener especial cuidado para proteger el tejido sano. Las verrugas cervicales se deberán tratar junto con un especialista que sea capaz de evaluar la displasia cervical con la prueba de Papanicolaou u otras pruebas. Se deberá informar a las pacientes que las verrugas suelen volver a aparecer incluso después del tratamiento.

Tabla de tratamiento 10. Tratamiento recomendado para la sarna y la pediculosis púbica

Sarna	Pediculosis púbica
<p>lindano^a loción o crema al 1%, aplicar una capa delgada por todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo y enjuagar meticulosamente después de 8 horas. En algunas áreas se ha informado resistencia al lindano.</p>	<p>lindano^a loción o crema al 1%, friccionar suavemente pero meticulosamente sobre toda el área infestada y las áreas pilosas adyacentes; enjuagar a las 8 horas; como alternativa, lindano, champú al 1%, aplicado durante 4 minutos y luego enjuagar meticulosamente.</p>
<p>benzoato de bencilo loción al 25%, aplicar en todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo 2 noches seguidas; los pacientes pueden tomar un baño antes de volver a aplicar la sustancia y deben bañarse 24 horas después de la última aplicación.</p>	<p>piretrinas al 1% más shampoo de piperonil butoxido al 10% aplicar en las áreas infestadas y pilosas adyacentes y enjuagar después de 10 minutos. Se indica repetir el tratamiento luego de 7 días si se encuentran piojos o se observan liendres en la unión dermopilosa.</p>
<p>permetrina crema (5%), aplicar en todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo 3 noches seguidas; los pacientes pueden tomar un baño antes de volver a aplicar la sustancia y deben bañarse 24 horas después de la última aplicación.</p>	<p>permetrina al 1% según indicación anterior para las piretrinas.</p>
<p>crotamiton loción al 10%, aplicar en todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo 2 noches seguidas y luego enjuagar meticulosamente 24 horas después de la segunda aplicación; en algunas zonas geográficas es necesario administrar 5 noches de tratamiento (el crotamiton tiene la ventaja de ser antiprurítico).</p>	
<p>azufre al 6% en petrolato, aplicar en todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo 3 noches seguidas; los pacientes pueden tomar un baño antes de volver a aplicar el producto y deben bañarse 24 horas después de la última aplicación.</p>	

a. No se recomienda el lindano en mujeres embarazadas o en período de lactancia.

La sarna y la pediculosis púbica son de fácil transmisión entre parejas sexuales. Suelen transmitirse de otras maneras, por ropas de cama infestadas (fomites) o contacto corporal cercano. Por ello deberán tomarse precauciones para no estigmatizar a los pacientes. Se recomienda el tratamiento de todo el grupo familiar en los casos de personas que vivan en contacto cercano. Se deberá lavar, preferentemente con agua muy caliente, y secar muy bien todas las ropas, sábanas y toallas.

MANEJO DE CASOS DE ITS Y PREVENCIÓN DE NUEVAS INFECCIONES

Muchas de las enfermedades mencionadas son de transmisión sexual y se requieren medidas adicionales para su manejo efectivo. El tratamiento inmediato y efectivo de las ITS reduce las probabilidades de complicaciones para el paciente y previene nuevas infecciones en la comunidad.

El manejo de casos de ITS no sólo incluye el diagnóstico y el tratamiento. Incluso si se tratan las ITS correctamente, suelen presentarse fracasos terapéuticos o reinfección. Algunas personas dejan de tomar los medicamentos en cuanto notan una mejoría, omiten incluir a su pareja en el tratamiento, no utilizan condones o no se abstienen de mantener relaciones sexuales durante el tratamiento. La resistencia a los fármacos también puede ser un motivo de fracaso terapéutico. Todo buen tratamiento de ITS deberá abordar estos aspectos.

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Para que el tratamiento de las ITS sea efectivo, se debe tomar una dosis curativa completa (también en el caso de ITR que no sean de transmisión sexual). En consecuencia, los tratamientos de dosis única tienen una ventaja importante sobre los tratamientos multidosis que deben administrarse durante varios días. Si no se dispone de un tratamiento de dosis única, los prestadores de servicios de salud deberán convencer a las pacientes de la importancia de tomar todos los medicamentos prescritos. Se les deberá indicar que terminen de tomar todos los medicamentos incluso si experimentan mejoría luego de unos días. Se les deberá advertir que no compartan medicamentos con otras personas o que guarden los comprimidos para otro momento. Se deberá solicitar a los farmacéuticos locales que no vendan dosis parciales de antibióticos a pacientes que no puedan comprar una dosis completa. Si el tratamiento no es gratuito en el establecimiento, intente encontrar soluciones para las pacientes que no puedan comprar los medicamentos necesarios.

Se deberá aconsejar a los pacientes que eviten mantener relaciones sexuales no protegidas hasta que tanto ellos como sus parejas hayan completado el tratamiento y no presenten síntomas. En el caso de tratamientos de dosis única, deberán esperar una semana. A continuación se ofrecen consejos adicionales relacionados a síndromes específicos:

- Se deberá examinar a los pacientes con úlceras semanalmente y se les solicitará que sólo retomen su actividad sexual una vez que las úlceras hayan curado (re-epitelizado).
- Las mujeres en tratamiento por EPI deberán abstenerse de mantener relaciones sexuales o usar condones.
- Las mujeres en tratamiento por vaginosis bacteriana o candidiasis pueden retomar la actividad sexual en cuanto se sientan cómodas.

ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN SOBRE LAS ITS

Es posible que las personas sean más proclives a adoptar conductas sexuales más seguras después de un tratamiento contra una ITS. En consecuencia, los prestadores de salud deberán aprovechar al máximo cada visita al consultorio como una oportunidad de promover la prevención. Al discutir las posibles circunstancias en las que pudieron haber contraído la ITS, se puede alentar a los pacientes a que consideren una conducta más segura que los protegerá de futuras infecciones. La orientación en prevención siempre deberá incluir el análisis de las complicaciones las ITS, entre ellas la infertilidad y el mayor riesgo de infección por VIH, así como también la promoción del uso del condón, demostrar cómo colocarlo y aconsejar sobre prácticas sexuales seguras. (Capítulo 4).

MANEJO DE LA PAREJA (NOTIFICACIÓN, REFERENCIA Y TRATAMIENTO)

Una persona que cumplió satisfactoriamente el tratamiento contra una ITS experimentará la desaparición de los síntomas, pero es posible que si su pareja no recibe tratamiento la infección recurra. Las parejas pueden o no presentar síntomas y, si no se las trata, es posible que sigan propagando la infección a otras personas de la comunidad. Por eso es extremadamente importante buscar modos de ayudar a los pacientes a que notifiquen a sus parejas y las incluyan en el tratamiento (como parejas se puede incluir no solo a la parejas o parejas actuales, sino a todas las parejas de los últimos 3 meses).

Existen diversos modos en que los servicios de salud pueden ayudar a notificar a las parejas:

- Se puede alentar a los pacientes a que se comuniquen con sus parejas sexuales en persona. Se les pueden entregar cupones de referencia para sus parejas que expliquen cómo concertar una visita al consultorio. El tipo más simple de cupón de referencia (véase ejemplo a continuación) incluye información (un diagnóstico o código) para indicar el síndrome diagnosticado en el paciente índice (el paciente original que presentó los síntomas). El número de registro del paciente índice es información que puede resultar útil para supervisar los índices de referencia de parejas. (Tenga en cuenta que siempre se deberá codificar toda información referente al paciente índice para proteger la confidencialidad).

- El personal del servicio o del departamento de salud que cuente con capacitación especial en técnicas de contacto puede notificar a las parejas y concertar el tratamiento necesario.

Cupón para un examen gratuito

Presentarse en el _____
centro médico

Código _____ Fecha _____

- Puede utilizarse una estrategia de dos pasos en la que en primer término se solicita a las pacientes que se comuniquen con sus parejas personalmente. De no obtener los resultados esperados en 1 a 2 semanas, el personal del departamento de salud o del servicio intenta establecer el contacto para el tratamiento.
- Independientemente de la estrategia de notificación, los servicios deberán garantizar que las parejas tengan fácil acceso al tratamiento. Esto puede significar encontrar la forma de evitar tiempos de espera prolongados y no cobrar los honorarios regulares. Es importante porque muchas parejas asintomáticas son renuentes a esperar o pagar por servicios médicos cuando se sienten saludables.

En general, se deberá tratar a las parejas por la misma ITS del paciente índice, independientemente de si presentan síntomas o signos de infección.

Sin embargo, **no todas las ITR son de transmisión sexual**, lo que puede complicar la situación. Se debe tomar la precaución de no etiquetar o estigmatizar a una persona respecto de una ITS si el diagnóstico no es claro. Las mujeres con flujo vaginal, por ejemplo, suelen padecer una infección vaginal endógena no relacionada con ninguna ITS. Todo intento por notificar y tratar a su pareja sexual sería innecesario (las parejas no necesitan tratamiento) y potencialmente perjudicial para la relación: desconfianza, violencia y divorcio son posibles consecuencias de una notificación. Los prestadores de salud por lo tanto deben garantizar cabalmente la presencia de una ITS antes de notificar y tratar a las parejas, y deberán reconocer que pueden existir otras explicaciones para la mayoría de los síntomas de una ITR. La Tabla 8.2 presenta un resumen de los mensajes de tratamiento y orientación de las parejas para los síndromes de ITS/ITR habituales.

Tabla 8.2. Estrategias de manejo de la notificación a la pareja por síndrome

Síndrome	Posibles explicaciones	Manejo de la pareja	Tablas de tratamiento	Mensaje de orientación
Úlcera genital	ITS muy probable	Tratar a las parejas por SUG	5/6	Orientación para la prevención de ITS
Secreción uretral (hombres)	ITS muy probable	Tratar a las parejas por infección cervical (gonorrea y clamidia)	2	Orientación para la prevención de ITS
Dolor abdominal bajo	EPI, a menudo una ITS. Otras causas genitourinarias o gastrointestinales son posibles	Tratar a las parejas por secreción uretral (gonorrea y clamidia)	8	Tratamiento de la pareja como precaución para reducir las complicaciones y preservar la fertilidad
Flujo vaginal	Infección endógena (no una ITS) lo más probable	No tratar a la pareja salvo recidiva (entonces ofrecer tratamiento para tricomoniasis)	1	No suele ser de transmisión sexual

Se requiere de un tacto especial al notificar a las parejas de mujeres con dolor abdominal bajo tratadas por una posible enfermedad pélvica inflamatoria. Debido a las posibles graves complicaciones de la EPI (infertilidad, embarazo ectópico), se deberá tratar a las parejas para prevenir la posible reinfección. Sin embargo, se debe reconocer que el diagnóstico clínico de EPI no es preciso y que la pareja deberá recibir orientación adecuada acerca de esta incertidumbre. Suele ser mejor ofrecer el tratamiento como precaución para preservar la futura fertilidad que etiquetar a una persona respecto de una ITS cuando es posible que no la padezca.

¿A qué parejas sexuales debería notificarse y ofrecérseles tratamiento? La respuesta depende del período de incubación de la ITS, la duración de los síntomas y el estadio de la enfermedad. La Tabla 8.2 presenta las pautas generales de algunos síndromes de ITS comunes e ITS específicas.

Tabla 8.3. Tratamiento recomendado a las parejas

ITS/ITR	Tratar a todas las parejas en los últimos ^a	Por síndrome
Chancroide	10 días	
LGV	1 mes	SUG: 3 meses
Sífilis primaria	3 meses	
Sífilis secundaria	6 meses	
Sífilis latente	1 año	
Gonorrea	3 meses	Infección cervical o secreción uretral: 2 meses
Clamidia	3 meses	
Tricomoniasis	pareja actual	Flujo vaginal: pareja actual sólo en caso de fracaso terapéutico. Si la pareja presenta síntomas, tratar a la paciente y a su pareja utilizando el abordaje sindrómico
Infección por levaduras	pareja actual	
EPI	2 meses	Dolor abdominal bajo: 2 meses

- a. Estos períodos son solo estimaciones y los prestadores de servicios de salud deberán ser flexibles. En la mayoría de los casos, cuando la infección probablemente sea de transmisión sexual, se deberá tratar a la última pareja sexual, aún cuando el último contacto sexual hubiera ocurrido fuera del período probable de infección.

VISITAS DE SEGUIMIENTO, FRACASO TERAPÉUTICO Y REINFECCIÓN

¿Son realmente necesarias las visitas de seguimiento? Quizás sea útil para los médicos volver a evaluar a los pacientes para determinar si el tratamiento alivió los síntomas y logró la cura clínica. Sin embargo, las visitas de seguimiento de rutina pueden resultar un inconveniente para las pacientes, y se deberá evitar toda carga innecesaria sobre el ocupado personal del servicio de salud. El manejo sindrómico proporciona un tratamiento altamente efectivo para las ITS/ITR más habituales y la mayoría de las pacientes mejoran rápidamente. Generalmente no será necesario que regresen sólo para un “chequeo” si ya han tomado los medicamentos y se sienten mejor. Sin embargo, es una buena idea aconsejarles que regresen si no observan mejoría luego de una semana de tratamiento (2 a 3 días en el caso de la EPI). Se alentará a los pacientes con úlceras genitales que regresen luego de 7 días debido a que las úlceras tardan más tiempo para cicatrizar (el tratamiento se debe prolongar más allá de los 7 días si no hay epitelización [formación de una nueva capa de piel sobre la herida]).

Si los pacientes afectados por una ITS/ITR no mejoran, suele deberse al fracaso terapéutico o a la reinfección. Intente determinar la causa mediante las siguientes preguntas:

Fracaso terapéutico

- ¿Tomó todos los medicamentos según las indicaciones?
- ¿Compartió sus medicamentos con otra persona o dejó de tomarlos luego de experimentar cierta mejoría?

También considere la posibilidad de resistencia al fármaco. El tratamiento, ¿se basó en las pautas nacionales de tratamiento? ¿Se registra una mayor cantidad de casos de fracaso terapéutico?

Reinfección

- ¿Acudió su pareja al servicio para recibir tratamiento?
- ¿Utilizaron condones o se abstuvieron de mantener relaciones sexuales luego de iniciado el tratamiento?

La recurrencia también es habitual en las infecciones vaginales endógenas, especialmente cuando no se abordan los motivos subyacentes (duchas vaginales, agentes de secado vaginal, anticonceptivos hormonales). Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los modos de prevenir infecciones endógenas.

El Cuadro 8.2 puede ayudarlo a decidir qué hacer en aquellos casos en los que no se observa mejoría de los síntomas. **Recuerde que los diagramas de flujo no son perfectos; es posible que deba derivar a ciertos pacientes.**

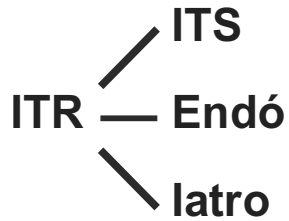
Cuadro 8.2. Fracaso terapéutico o reinfección: pasos a seguir en la visita de seguimiento

Síndrome	Intervalo de seguimiento	Si se sospecha fracaso terapéutico^a	Si la reinfección o recurrencia son probables^b
Flujo vaginal	Suelen observarse ciertas mejoras a los pocos días para la vaginitis. Los síntomas deberían desaparecer a la semana. Nota: la VB suele ser recurrente.	Volver a tratar a la paciente. Volver a examinarla y considerar la posibilidad de infección por levadura o la infección cervical si no se trataron en la primera visita.	Volver a tratar a la paciente y a su pareja por tricomoniasis. Solicitarle a la paciente con VB recurrente que evite las duchas vaginales y los agentes de secado vaginal. Los antibióticos, la diabetes o la infección por VIH pueden ser factores en la recurrencia de la infección por levaduras: algunas veces el uso de anticonceptivos puede ser una causa.
Dolor abdominal bajo	Seguimiento entre los 2 y 3 días (antes si empeoran los síntomas). Suele observarse cierta mejoría en 1 o 2 días para la EPI. La mejoría puede demorar unas semanas (la EPI crónica puede ocasionar dolor por años).	Considerar la posibilidad de hospitalización para el tratamiento intravenoso. Extender la duración del tratamiento en caso de mejoría pero con persistencia de los síntomas.	Se deberá aconsejar a las mujeres a que se abstengan de mantener relaciones sexuales durante el tratamiento de la EPI aguda. Se deberá tratar a las parejas por gonorrea y clamidia.
Úlcera genital	Suele observarse mejoría en la semana para el SUG. La cura completa puede demorar unas semanas.	Extender la duración del tratamiento en caso de mejoría con persistencia de los síntomas. Es posible que se requiera de tratamiento contra otros agentes de UG (VHS-2, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo).	Se deberá tratar a las parejas por chancroide y sífilis.

Cuadro 8.2. Fracaso terapéutico o reinfección: pasos a seguir en la visita de seguimiento (continuación)

Síndrome	Intervalo de seguimiento	Si se sospecha fracaso terapéutico^a	Si la reinfección o recurrencia son probables^b
Secreción uretral	Suele observarse una rápida mejoría a los pocos días. Los síntomas deberían desaparecer a la semana.	Asegurarse de que se haya ofrecido tratamiento contra gonorrea y clamidia. En caso de cumplimiento deficiente, tratar nuevamente. Es poco probable que falle el tratamiento contra la gonorrea si se utiliza la modalidad de dosis única.	Se deberá tratar a las parejas por gonorrea y clamidia.
		En ciertas regiones, la tricomoniasis es una importante causa de secreción uretral → considerar tratamiento.	Incluir tratamiento de la pareja.
Bubón inguinal	Suele observarse una mejoría a la semana. La curación completa puede demorar unas semanas.	Pueden necesitarse visitas de seguimiento cada 1 o 2 días para drenar el bubón.	Se deberá tratar a las parejas por chancroide y linfogranuloma venéreo.

- a. En caso de fracaso terapéutico, considerar la posibilidad de repetir el mismo tratamiento. Referir si persisten los síntomas.
- b. En caso de re-exposición durante el tratamiento, considerar la posibilidad de repetir el tratamiento con los mismos antibióticos. Referir si persisten los síntomas.



CAPÍTULO 9.

COMPLICACIONES DE LAS ITS/ITR RELACIONADAS CON EL EMBARAZO, EL ABORTO ESPONTÁNEO O INDUCIDO Y EL PERÍODO POSTPARTO

Para recordar

- La infección en el embarazo, luego de un aborto espontáneo o inducido, o en el período postparto puede resultar potencialmente mortal y debe ser tratada agresivamente y sin demoras.
- Toda paciente con **complicaciones** infecciosas **de aborto** deberá recibir tratamiento con líquidos y antibióticos intravenosos y deberá ser referida de inmediato si no pudiera ofrecerse tratamiento de emergencia en el mismo centro.
- La infección en el embarazo puede desencadenar **trabajo de parto** prematuro y graves complicaciones para la madre y el feto. La prevención y el tratamiento temprano son clave para reducir la morbilidad.
- Toda paciente con **infección postparto** deberá recibir tratamiento con líquidos y antibióticos intravenosos y deberá ser referida inmediatamente si no pudiera ofrecerse tratamiento de emergencia en el mismo centro.
- El **flujo vaginal** en el embarazo puede enmascarar signos de complicaciones de aborto, rotura de membranas e infección postparto. Si no existe evidencia de sangre o líquido amniótico, se deberá administrar tratamiento contra la infección por levaduras, la vaginosis bacteriana.
- Las actividades para prevenir infecciones postparto incluyen prevención y detección de ITS/ITR durante el embarazo (Capítulos 2 y 3) y buenas prácticas de atención del parto.

En el Capítulo 7 se analizaron las ITS/ITR en el contexto del control de rutina de las mujeres durante el embarazo, parto y período postparto. Este capítulo trata algunos problemas importantes relacionados con las ITS/ITR que pueden presentarse durante o luego del embarazo, y se refiere al tratamiento de las complicaciones infecciosas que pueden manifestarse en tales situaciones. Se enfatiza el tratamiento del aborto espontáneo, el aborto complicado (endometritis, aborto séptico) y la infección postparto (endometritis, sepsis puerperal) ya que son altamente prevenibles y se encuentran entre las enfermedades más graves que afectan la salud de las mujeres durante sus años reproductivos.

Si bien este capítulo se concentra en el tratamiento de las ITS/ITR, es posible que la infección no sea la principal inquietud o motivo de visita de la paciente al servicio. Toda mujer con complicaciones del aborto o infección postparto suele presentar hemorragia y dolor, y es posible que esté en shock. Otras pautas de la OMS¹ presentan una guía sobre el manejo integral, incluyendo la evaluación y estabilización de las pacientes y el inicio de tratamiento con líquidos y antibióticos intravenosos. Una vez estabilizada, se deberá referir a la paciente a un establecimiento capaz de proporcionar los servicios de emergencia adecuados.

En el Capítulo 2 se ofrecen consejos para prevenir la infección al llevar a cabo procedimientos médicos y obstétricos.

INFECCIÓN EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

La infección del tracto genital superior es diferente en las embarazadas en comparación con las mujeres que no están embarazadas. Las mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria preexistente tienen dificultades para quedar embarazadas, una infección aguda en el útero interfiere con la fertilización e implantación del óvulo, mientras que la EPI establecida puede ocasionar cicatrices, infertilidad y embarazos ectópicos. Casi todas las infecciones que se presentan se desarrollan durante el embarazo en sí, usualmente por algún evento que altera las defensas normales del cuerpo.

Gran parte de las complicaciones infecciosas del primer trimestre del embarazo se relacionan con el aborto espontáneo o inducido. El **aborto espontáneo** es habitual en el primer trimestre y suele resolverse sin complicaciones. El **aborto inducido** también es habitual y presenta un alto riesgo de infección si se realiza bajo condiciones inseguras. Tanto el aborto espontáneo como el inducido son **incompletos** cuando permanece tejido dentro del útero, y la infección puede desarrollarse salvo que se elimine todo producto de la concepción remanente.

¹*Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003, y

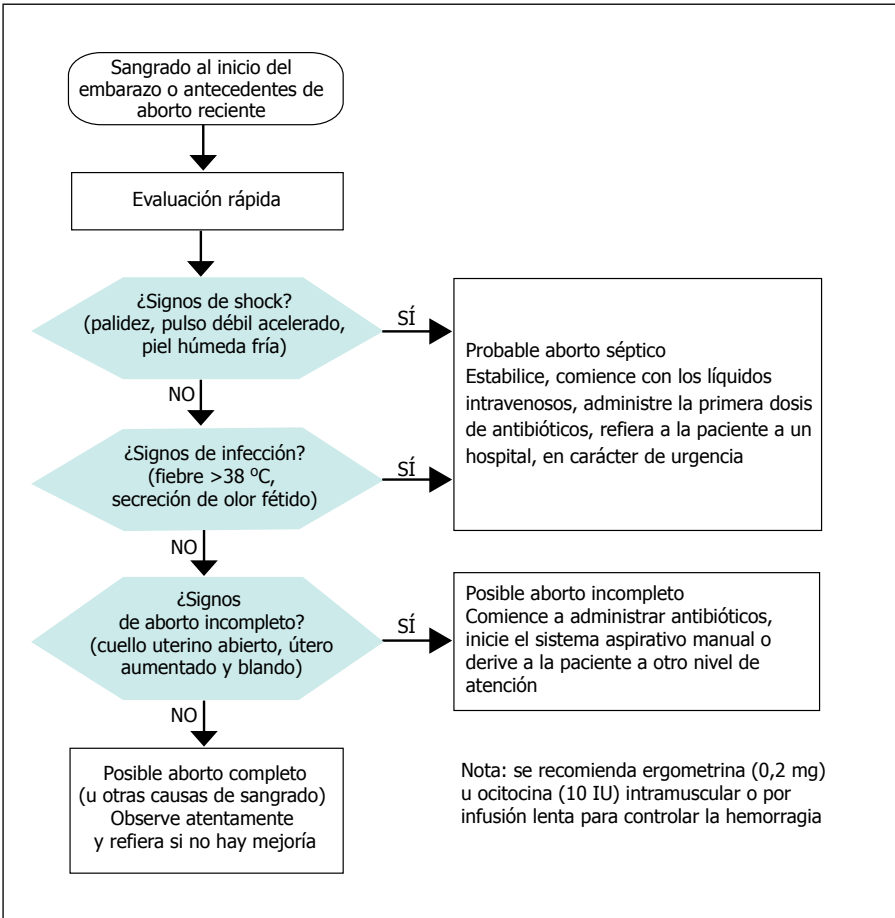
Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: guide destiné à la sage-femme et au médecin. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

Dichos detalles no siempre son evidentes cuando una mujer busca atención médica por complicaciones del aborto. De hecho, es posible que las mujeres con problemas luego de un aborto inducido no lo mencionen, especialmente en lugares donde el aborto es ilegal. Es posible que simplemente se quejen de hemorragias espontáneas u otros problemas. Los prestadores de servicios de salud deberán tener una alta sospecha y manejar una posible infección luego de un aborto en función de los signos objetivos, independientemente de los antecedentes.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES POSTABORTO

El tratamiento de los abortos con complicaciones incluye la estabilización de la paciente, la eliminación de todo resto del embarazo del útero, y la administración de antibióticos intravenosos (Diagrama de flujo 6, Tabla de tratamiento 11). Las complicaciones del aborto son potencialmente mortales y es esencial evaluarlas y tratarlas a tiempo. Deberá realizarse una rápida evaluación (breve consulta de los antecedentes, signos vitales, examen general y examen abdominal y tacto) e iniciarse el tratamiento de emergencia. Se deberá estabilizar con líquidos intravenosos a las mujeres con signos de shock. Las mujeres con signos de shock o infección en el primer trimestre del embarazo recibirán la primera dosis de antibióticos por vía parenteral, y serán referidas inmediatamente a un establecimiento capaz que proporcionar el tratamiento adecuado, incluida la evacuación segura del contenido del útero.

DIAGRAMA DE FLUJO 6. POSIBLES COMPLICACIONES DEL ABORTO



➡ Tabla de tratamiento 11

Para obtener información sobre la aspiración al vacío manual (MVA) y otros métodos de evacuación uterina, consulte la obra citada abajo. Se deberá seguir de cerca la evolución de toda mujer que se someta a MVA para detectar tempranamente cualquier signo de infección.

Seguimiento: 24 a 72 horas (antes si empeora)

Para una información más amplia véase: *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

ABORTO INCOMPLETO Y RIESGO DE INFECCIÓN

La pérdida de sangre en los primeros meses del embarazo puede ser un indicador de amenaza de aborto, aborto en curso o incompleto, o puede ser un signo de embarazo ectópico u otro problema. Los signos de aborto incompleto son: útero blando y agrandado de tamaño y orificio cervical abierto. El dolor abdominal suele preceder o acompañar al aborto, a la infección postaborto y al embarazo ectópico. El dolor grave sin pérdida de sangre puede ser un signo de embarazo ectópico.

El tratamiento del aborto incompleto involucra la eliminación de los productos de la concepción remanentes. Esto puede realizarse de modo seguro utilizando la aspiración al vacío manual (MVA) u otros métodos. Incluso si no existieran signos de infección, se recomienda la profilaxis antibiótica para reducir el riesgo de infección (véase Capítulo 3). Todas las otras mujeres deberán ser instruidas para que regresen inmediatamente si algún signo de infección aparece.

Las mujeres con hemorragia leve y ningún signo de shock o infección deben ser re-evaluadas si no mejoran en los siguientes días

INFECCIÓN EN LOS ÚLTIMOS MESES DEL EMBARAZO

Luego del primer trimestre, la infección de la vagina, cuello del útero y membranas fetales o líquido amniótico (corioamnionitis) es causa común de aborto espontáneo, rotura de membranas, trabajo de parto prematuro y muerte fetal intrauterina. Los mismos microorganismos vaginales cervicales y exógenos (gonococos, clamidia, bacterias asociadas con vaginosis bacteriana, tricomonas, estreptococos del grupo B) puede estar involucrados en la infección postaborto, la corioamnionitis y las infecciones postparto y neonatales. Algunas de estas infecciones suelen manifestarse luego de un tacto vaginal o demás procedimientos que deberían evitarse en los últimos meses del embarazo salvo necesidad. La prevención de estas complicaciones también incluye la detección y el tratamiento de las ITS/ITR en las visitas prenatales cuando fuese posible (Capítulo 3).

INFECCIÓN Y ROTURA DE MEMBRANAS

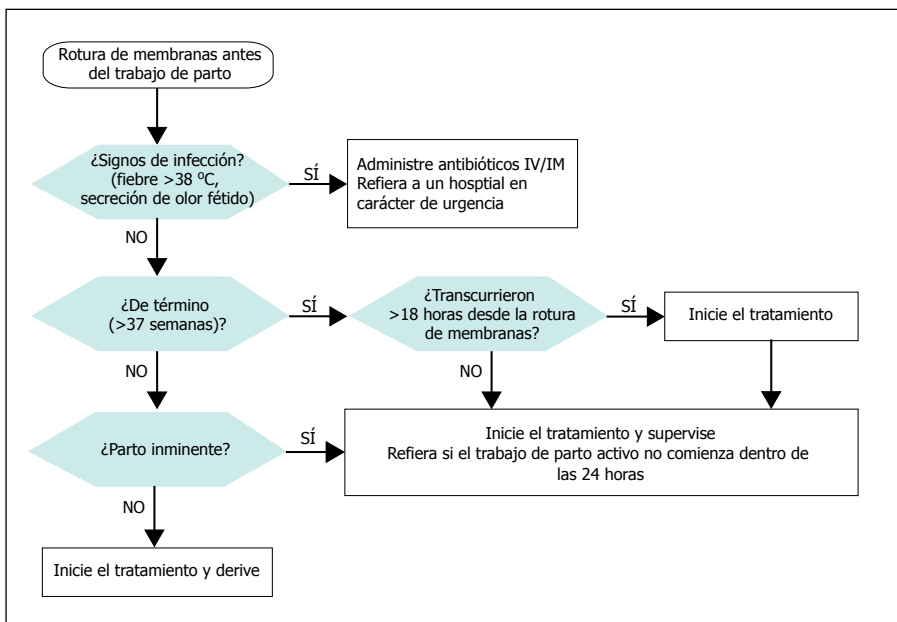
La infección puede ser una causa o una consecuencia de la rotura de membranas (RM). Toda mujer, ya sea a término o antes de término, con RM y cualquier signo de infección (fiebre, leucocitosis [glóbulos blancos], altos índices de proteína C reactiva o flujo con olor fétido) deberá recibir antibióticos por vía parenteral (Diagrama de flujo 7) y ser referida con urgencia para recibir atención.

En caso de rotura de membranas a término, el trabajo de parto suele comenzar dentro de las 24 horas. Se puede observar a las mujeres sin signos de infección. Si el trabajo de parto no se inicia dentro de las 24 horas, se deberá referir a la mujer a un centro donde se pueda inducir el parto de modo seguro. Si se desea reducir aún más el riesgo de infección:

- Evite el tacto vaginal luego de la rotura de membranas.
- Si el trabajo de parto no se ha iniciado dentro de las 18 horas, administre antibióticos (Tabla de tratamiento 12) para reducir el riesgo de infección antes y después del parto.

En caso de rotura de membranas antes de término, son más habituales las complicaciones tales como parto prematuro, bajo peso al nacer y morbilidad perinatal. Si la RM ocurre antes del inicio del trabajo de parto, el manejo deberá considerar la salud de la madre, edad gestacional y viabilidad del feto, y opciones disponibles de intervención. El Diagrama de flujo 7 presenta un resumen del manejo de las mujeres con rotura prematura de membranas.

DIAGRAMA DE FLUJO 7. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS



➡ Tabla de tratamiento 12

Considere la posibilidad de la inmediata referencia u hospitalización.
También consultar: *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

Al elegir los antibióticos para el tratamiento de una infección en una mujer con un embarazo viable, se deberán ponderar cuidadosamente los riesgos y beneficios. En lo posible, se deberán evitar los antibióticos que pudieran resultar perjudiciales para el feto (véase Anexo 4). Pero, si la infección es grave, se deberá dar prioridad a un tratamiento antibiótico efectivo.

La prevención de la infección en los últimos meses del embarazo y el parto prematuro deberá incluir intervenciones durante todo el embarazo para prevenir y detectar las ITS/ITR. De ser posible, se recomienda el tamizaje de las ITS/ITR habituales implicadas en la RM y otros resultados adversos de embarazo en la primera visita prenatal y nuevamente en los últimos meses del embarazo en el caso de mujeres con alto riesgo de trabajo de parto prematuro (véase Capítulo 3). Se deberá enfatizar la importancia de la prevención primaria de las ITS/ITR para un embarazo saludable a las mujeres y sus parejas

INFECCIÓN LUEGO DEL PARTO

ENDOMETRITIS POSTPARTO Y SEPSIS PUERPERAL

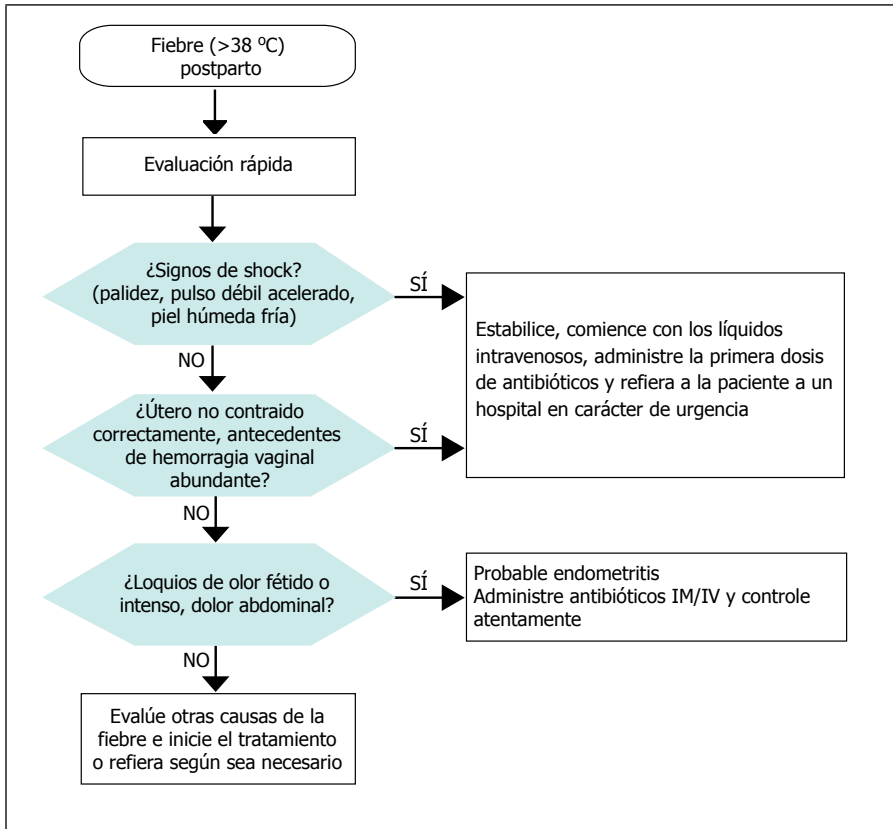
La endometritis postparto o infección uterina es causa habitual de morbimortalidad materna y es altamente prevenible mediante buen control prenatal, adecuadas prácticas de atención del parto y postparto. Sin embargo, si el control se retrasa o es inadecuado, la infección puede evolucionar rápidamente a una sepsis generalizada, lo que puede derivar en infertilidad, discapacidad crónica e incluso la muerte.

La endometritis postparto suele ser causada por gonococos, clamidia, bacterias anaeróbicas, bacterias gramnegativas anaeróbicas facultativas y estreptococos. En países desarrollados, gran parte de las infecciones postparto se relacionan con la cesárea. En otros lugares, la endometritis postparto suele proseguir al parto vaginal. La endometritis postparto temprana se manifiesta dentro de las primeras 48 horas, y la infección tardía entre los 3 días y las 6 semanas posteriores al parto. Se deberá administrar un tratamiento agresivo para todas las infecciones postparto (para conocer el tratamiento completo, consulte *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003).

Se deberá estabilizar a las mujeres con signos de infección inmediatamente después del parto, se les deberá administrar una primera dosis de antibióticos por vía endovenosa (o intramuscular) y referirlas con urgencia al hospital.

El Diagrama de flujo 8 ilustra el tratamiento de las mujeres que presentan fiebre entre las 24 horas y las 6 semanas postparto.

DIAGRAMA DE FLUJO 8. TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POSTPARTO



➡ **Tabla de tratamiento 11**

Seguimiento: 24 a 72 horas (controlar a la paciente antes si empeora y/o se considera la posibilidad de la inmediata referencia u hospitalización).

También consultar: *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

Entre las actividades para prevenir la infección postparto se incluyen la detección y prevención de ITS/ITR durante el embarazo (Capítulo 2 y 3) y buenas prácticas de atención del parto. Consulte las publicaciones de la OMS: *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*, Ginebra, OMS, 2003 o *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*, Ginebra, OMS, 2000 si desea conocer las pautas de prevención y tratamiento integral de las complicaciones postparto.

Tabla de tratamiento 11. Regímenes de antibióticos para el tratamiento de la infección postaborto espontáneo o inducido, o postparto (aborto séptico, endometritis postparto)

Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4
Disponible habitualmente, la menos costosa. Administre los 3 fármacos	Elija un fármaco de cada recuadro (= 3 fármacos)	Administre ambos fármacos	Elija un fármaco de cada recuadro (= 3 fármacos)
ampicilina 2 g por vía intravenosa o intramuscular, luego 1 g cada 6 horas	ceftriaxona 250 mg en inyección intramuscular, una vez por día	clindamicina 900 mg en inyección intravenosa, cada 8 horas	ciprofloxacina ^p 500 mg por vía oral dos veces al día, o espectinomicina 1 g en inyección intramuscular, 4 veces por día
gentamicina 80 mg por vía intramuscular cada 8 horas	doxiciclina 100 mg por vía oral o en inyección intravenosa dos veces por día, o tetraciclina 500 mg por vía oral 4 veces por día	gentamicina 1,5 mg/kg de peso corporal en inyección intravenosa cada 8 horas	doxiciclina 100 mg por vía oral o en inyección intravenosa, dos veces al día, o tetraciclina , 500 mg por vía oral, 4 veces por día
metronidazol ^a 500 mg por vía oral o en infusión intravenosa, cada 8 horas	metronidazol ^a entre 400 y 500 mg por vía oral o en inyección intravenosa, dos veces al día, o cloranfenicol 500 mg por vía oral o en inyección intravenosa, 4 veces por día		metronidazol ^a entre 400 y 500 mg por vía oral o en inyección intravenosa, dos veces al día, o cloranfenicol 500 mg por vía oral o en inyección intravenosa, 4 veces por día
En todos los regímenes, se deberá mantener la terapia hasta 2 días después de que la paciente no tenga más fiebre.			

- a. Advierta a las pacientes que toman metronidazol que deben evitar el consumo de alcohol.
- b. El uso de quinolonas debe considerar los patrones de resistencia de *Neisseria gonorrhoeae*, como ocurre en las Regiones (según la OMS) del Pacífico Occidental y del Sureste de Asia.

Tabla de tratamiento 12. Regímenes de antibióticos para el tratamiento de complicaciones infecciosas con embarazos viables (corioamnionitis, rotura de membranas)

Opción 1 – la más segura para el feto cuando no existen signos de infección materna	Opción 2 – mejor cobertura en caso de signos de infección materna (fiebre, flujo con olor fétido)
Combinación de vía oral e intramuscular segura en el embarazo Elija un fármaco de cada recuadro (= 3 fármacos)	Disponible habitualmente, la menos costosa. Administre los 3 fármacos hasta el parto. Si la mujer da a luz por vía vaginal, discontinue el uso de todo antibiótico después del parto. Si la mujer da a luz mediante cesárea, continúe administrando los antibióticos hasta que no tenga fiebre durante las siguientes 48 horas.
cefixima 400 mg por vía oral, en dosis única, o ceftriaxona entre 125 y 250 mg por inyección intramuscular	ampicilina 2 g por vía intravenosa o intramuscular, luego 1 g cada 6 horas
eritromicina ^a 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días, o azitromicina , 1 g por vía oral, en dosis única	gentamicina 80 mg por vía intramuscular cada 8 horas
metronidazol ^b 2 g por vía oral en dosis única	metronidazol ^b 500 mg o 100 ml en infusión intravenosa, cada 8 horas

- a. El estolato de eritromicina está contraindicado durante el embarazo debido a la hepatotoxicidad relacionada con los fármacos; sólo debe utilizarse eritromicina base o etilsuccinato de eritromicina. Tenga en cuenta que en Europa (donde la gonorrea no es frecuente) se ha demostrado que la eritromicina sola, por vía oral, reduce la probabilidad de parto prematuro en mujeres con rotura prematura de membranas. Debido a que la gonorrea es resistente a la eritromicina en muchas regiones, se recomienda donde la gonorrea sea frecuente, combinar con cefixima o ceftriaxona.
- b. Advierta a las pacientes que toman metronidazol que deben evitar el consumo de alcohol.

FLUJO VAGINAL EN EL EMBARAZO Y EL PERÍODO POSTPARTO

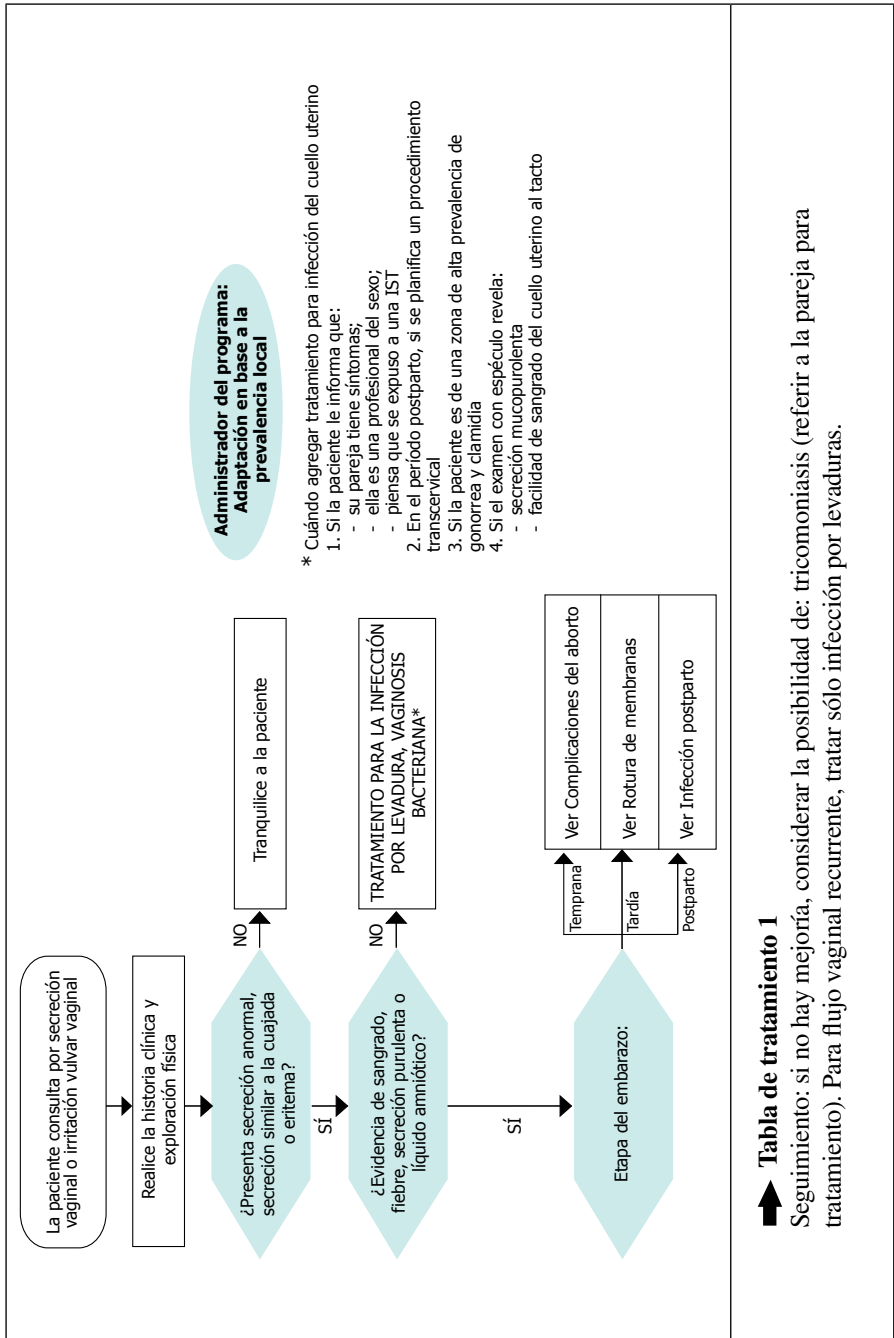
El flujo vaginal como síntoma o signo de las ITR presenta diferentes desafíos durante el embarazo ya que los cambios fisiológicos del mismo pueden afectar el medio microbiológico (flora) vaginal normal. Por ejemplo, es posible que el flujo sea más abundante y la infección por levaduras más frecuente. Se deberá interrogar y examinar cuidadosamente a las mujeres con flujo vaginal para asegurarse de que el flujo no sea un signo temprano de un problema más grave. Por ejemplo:

- En los primeros meses de embarazo, el flujo puede enmascarar oligometrorragia o hemorragia leve que podrían ser indicadores de embarazo ectópico, amenaza de aborto o cáncer cervical.
- Una pérdida acuosa en los últimos meses del embarazo podría ser líquido amniótico debido a la rotura de membranas.

En general, la anamnesis y el examen minucioso proporcionarán indicios que ayudarán a distinguir entre una simple vaginitis y enfermedades más graves. Si el flujo está acompañado de hemorragia, fiebre, dolor abdominal o líquido amniótico, la paciente deberá ser tratada o referida por posible sepsis.

Si ya se han descartado las complicaciones de embarazo, toda mujer con flujo vaginal deberá recibir tratamiento por vaginosis bacteriana, tricomoniasis e infección por levaduras. La infección por levaduras es muy frecuente durante el embarazo y suele ser recurrente. Por ello, si una mujer presenta recurrencia de los mismos síntomas, se la deberá tratar sólo por infección por levaduras.

DIAGRAMA DE FLUJO 9. FLUJO VAGINAL EN EL EMBARAZO Y EL PERÍODO POSTPARTO





CAPÍTULO 10. VIOLENCIA SEXUAL

Para recordar

- La violencia sexual es habitual pero la persona involucrada suele **no hablar del tema**: los trabajadores de la salud deberán permanecer alertas. Deberán preguntar sobre posibles experiencias de violencia o abuso sexual.
- Las guías de **políticas y procedimientos del establecimiento** deberán desarrollarse según los requerimientos legales locales.
- Es posible que las mujeres o niños abusados sexualmente necesiten de **refugio y protección legal**. El manejo psicosocial incluye servicios de **orientación y apoyo**, que deberán estar disponibles en el centro de atención o por referencia.
- El manejo clínico incluye la prevención del embarazo y de infecciones, y la atención de las lesiones. Se deberá disponer de **profilaxis contra ITS y anticoncepción de emergencia**.
- Se deberá disponer de un **examen forense** para documentar la evidencia en caso de que la persona decida iniciar acciones legales. Se deberá capacitar al personal en la extracción de muestras forenses, o se deberán establecer vínculos de referencia.
- Se deberá poder **referir** al paciente si no pueden prestar los servicios necesarios en el propio centro de atención.

La violencia sexual se define como “*cualquier acto sexual, intento de obtener un acto sexual, comentarios o avances sexuales no deseados, o actos para lucrar con la sexualidad de mujeres, usando coerción, amenazas de daño o fuerza física, por parte de cualquier persona independientemente de la relación con la víctima, en cualquier contexto, incluido pero no limitándose al hogar y el trabajo*”¹.

La violencia sexual es común. Tanto los niños como las niñas son vulnerables, pero las mujeres presentan mayor riesgo en la adolescencia y adultez. El Cuadro 10.1 aporta información sobre la violencia sexual.

Cuadro 10.1. Violencia sexual: algunas estadísticas

Los estudios en diferentes partes del mundo han encontrado que entre el 7 y el 36% de las niñas y entre el 3 y el 29% de los niños sufren abuso sexual. La gran mayoría de los estudios informan un índice de 1,5 a 3 veces más violencia sexual contra las niñas que contra los niños.

El porcentaje de adolescentes que han sido obligados a mantener relaciones sexuales varía aproximadamente entre el 7 y el 46% en las mujeres y entre el 3 y el 20% en hombres, según el país.

Los estudios basados en población informan que entre el 6 y el 46% de las mujeres han sufrido intentos (materializados o no) de sexo mediante el uso de la fuerza por parte de una pareja o ex-pareja en algún momento de su vida.

La violación y la violencia doméstica representan aproximadamente entre el 5 y el 16% de años de vida saludables perdidos en mujeres en edad reproductiva.

Se registró alguna ITS en un máximo de 43% de las personas violadas. Gran parte de los estudios informan índices de entre el 5 y el 15% según la enfermedad y el tipo de prueba utilizada.

Es importante que los prestadores de servicios de salud permanezcan **alertas y conscientes** respecto de la violencia sexual. Muchas personas son reticentes a hablar abiertamente sobre el abuso por parte de su pareja. Es posible que sientan vergüenza al hacerlo, o temor de padecer violencia en el futuro si se descubre la situación. A menudo, debido a que no se sienten cómodas al hablar de la violencia sexual, es posible que las personas concurren al establecimiento con molestias no específicas o para solicitar un control. Estas personas asumen que el prestador de salud notará cualquier anomalía que requiera tratamiento.

Este capítulo no puede cubrir todos los aspectos médicos, sociales y legales que deberían abordarse respecto de la violencia sexual. Sólo se concentra en las recomendaciones para prevenir las consecuencias adversas directas de la agresión sexual, particularmente las ITS y el embarazo. Los recursos enumerados en el Anexo 6 proporcionan una guía para establecer los servicios y protocolos de la atención integral de las víctimas de violencia sexual y ejemplos de protocolos de tamizaje que puedan utilizarse para identificar a las personas expuestas a violencia de género.

¹ *World report on violence and health*, Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 2002.

ATENCIÓN MÉDICA Y OTRO TIPO DE ATENCIÓN PARA VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL

Todos los servicios de salud reproductiva deberían contar con políticas y procedimientos actualizados que se condigan con la ley local para el manejo de víctimas de violencia sexual. Independientemente de si se prestan los servicios in situ o por referencia, los prestadores deberán estar seguros del protocolo a seguir y de cómo manejar las situaciones de crisis. Deberían contar con los suministros, materiales e información de contacto de referencia necesarios para tratar a las víctimas de violencia sexual de manera confidencial, sensible y efectivamente.

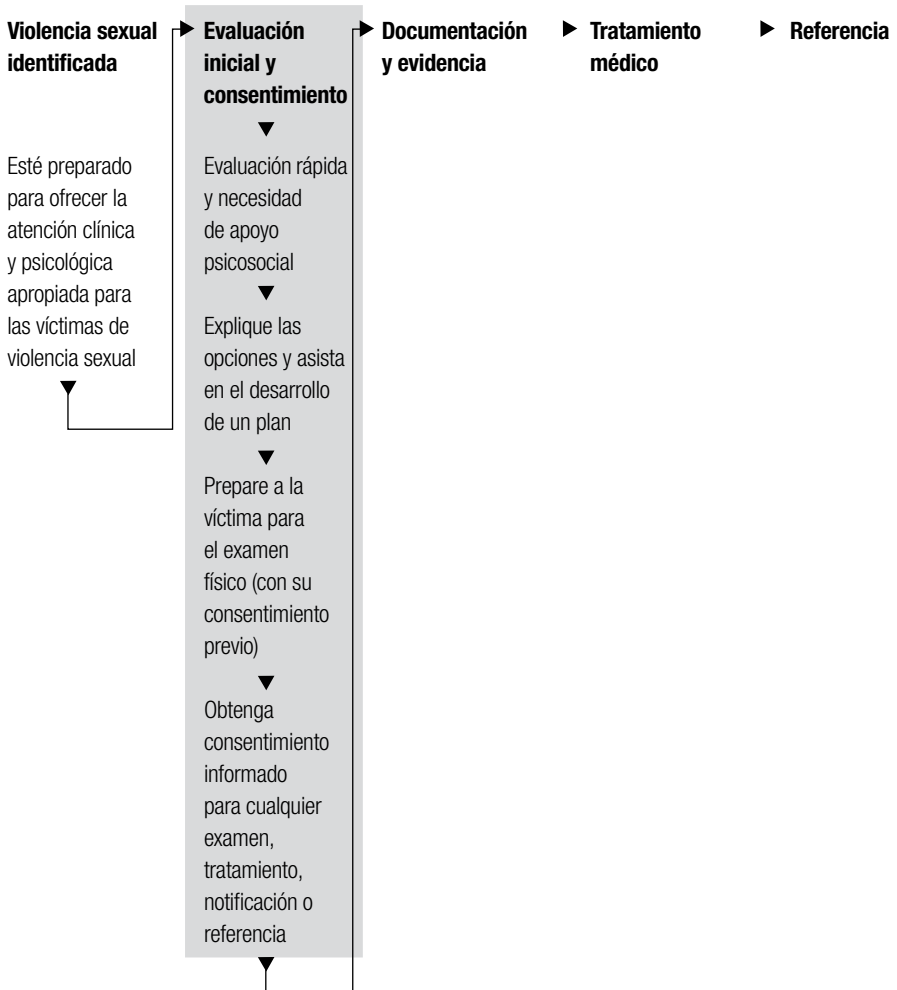
Paso 1: Estar preparado



Se deberá disponer de los siguientes servicios en el centro de atención o mediante referencia para las víctimas de violencia sexual.

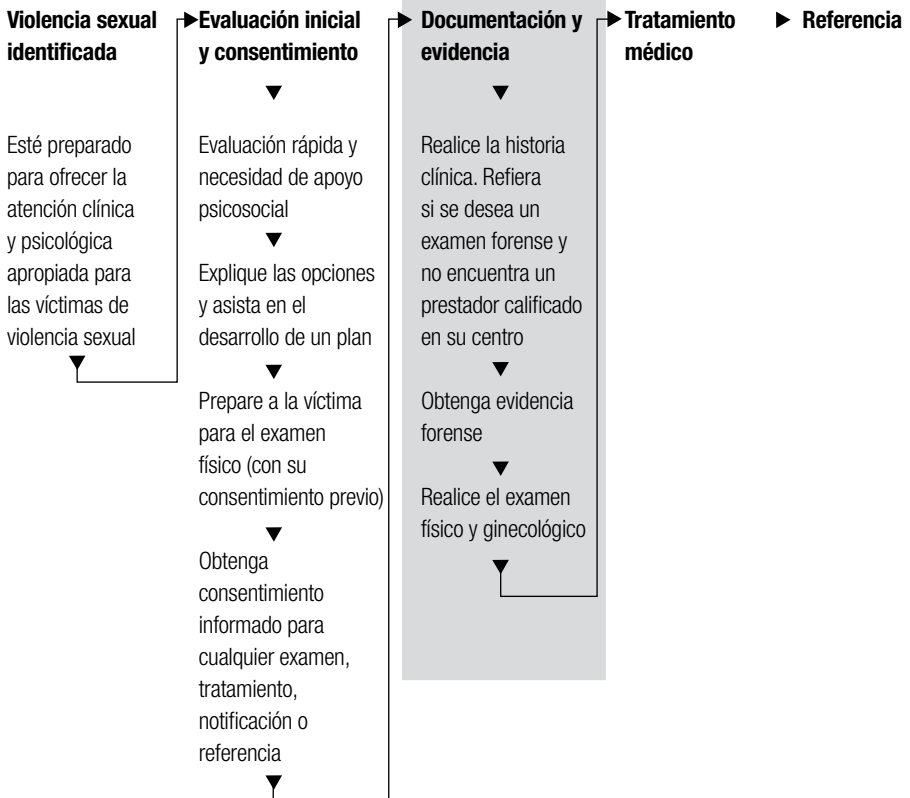
- atención médica esencial por cualquier lesión o problemas de salud;
- recolección de evidencia forense;
- evaluación de ITS y atención preventiva;
- evaluación del riesgo de embarazo y prevención, de ser necesario;
- apoyo psicosocial (al momento de la crisis y a largo plazo);
- servicios de seguimiento para todas las opciones anteriores.

Paso 2: Evaluación inicial y consentimiento



Las víctimas de agresión sexual han sufrido un evento traumático y deberían ser evaluadas rápidamente para determinar si necesitan intervención médica, psicológica o social de emergencia. Es importante recordar que el trauma puede dificultar ciertas partes de la evaluación. Explique cuidadosamente los pasos a seguir y obtenga el consentimiento por escrito de la paciente antes de proceder con el examen, tratamiento, notificación o referencia.

Paso 3: Documentación y evidencia

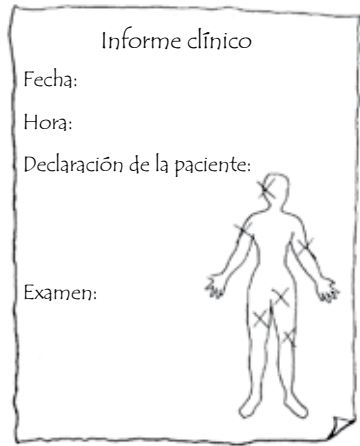


Un prestador calificado y capacitado para los procedimientos solicitados deberá realizar el examen y la documentación de la evidencia. El examen podrá postergarse hasta contar con un profesional calificado pero nunca deberá demorarse más de 72 horas luego del incidente. La paciente tiene derecho a decidir si desea ser examinada. Se puede iniciar el tratamiento omitiendo el examen si ésta es la elección de la paciente. En caso de menores de edad, las pautas locales determinarán cómo manejar a la persona; generalmente se requiere el consentimiento de los padres. **De ser posible, no negar a los adolescentes el acceso inmediato a los servicios médicos.**

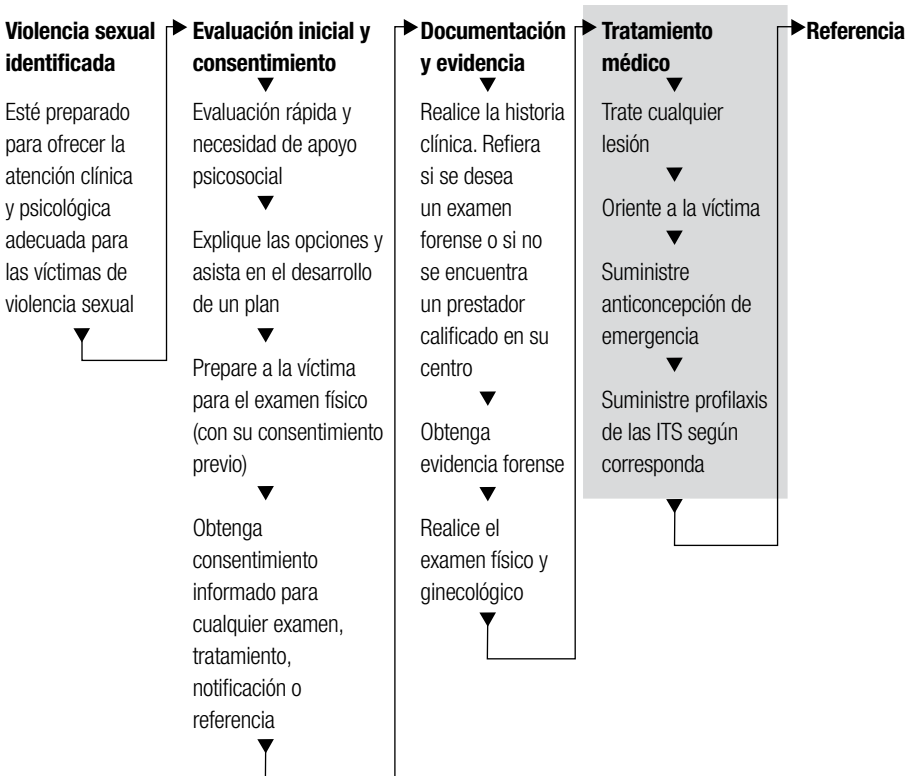
En los casos en que no se disponga de facilidades de atención o de referencia adecuadas, se deberá obtener la siguiente información mínima: fecha y hora del incidente, fecha y hora del examen, declaración de la paciente y los resultados de las observaciones clínicas y exámenes realizados. Dicha información se deberá obtener

o elevar a las autoridades sólo si se cuenta con el consentimiento de la víctima. Sea consciente de las obligaciones legales posteriores si se informa el incidente y se inician procedimientos legales. En circunstancias ideales, un prestador capacitado del mismo sexo debería acompañar a la víctima al momento de redactar la historia clínica y de realizar el examen.

Se deberá llevar un registro escrito meticuloso que describa los resultados del examen médico. Las fotografías que ilustran los hallazgos posteriormente pueden ser útiles para recordar los detalles del examen.



Paso 4: Tratamiento médico



El manejo médico de las víctimas incluye el tratamiento de cualquier lesión consecuencia del asalto, y la orientación inicial. Precozmente, se deberá ofrecer anticoncepción de emergencia y profilaxis contra las ITS a las víctimas de violencia sexual. En muchas mujeres el trauma puede verse agravado y prolongado por miedo al embarazo o a las infecciones. Saber que pueden reducirse los riesgos puede significar un gran alivio.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Las píldoras anticonceptivas pueden utilizarse hasta cinco días después de una relación sexual sin protección. Sin embargo, cuanto antes se administren más efectivas serán. Existen varios regímenes que utilizan levonorgestrel o píldoras anticonceptivas combinadas por vía oral (véase Cuadro 6.2.).

Una segunda opción para la anticoncepción de emergencia es la inserción de un dispositivo intrauterino de cobre dentro de los cinco días desde la violación. Esto evitará más del 99% de los embarazos. El dispositivo intrauterino (DIU) puede retirarse en el siguiente período menstrual de la mujer o dejarse implantado para una anticoncepción continua. Si se inserta un dispositivo intrauterino, asegúrese de darle un **tratamiento completo** para las infecciones por transmisión sexual (ITS), según se recomienda en la Tabla de tratamiento 13.

Si transcurrieron más de cinco días, oriente a la mujer sobre la disponibilidad de servicios de aborto (en la mayoría de los países el aborto posterior a una violación es legal). Una mujer que ha sido violada debe primero realizarse una prueba de embarazo para descartar la posibilidad de un embarazo preexistente.

PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN DE LAS ITS

Otro beneficio concreto de la intervención médica temprana después de una violación es la posibilidad de tratar a la persona por diversas ITS. La profilaxis de las ITS puede comenzarse el mismo día que la anticoncepción de emergencia, aunque las dosis deben espaciarse (e ingerirse con alimento) para reducir los efectos secundarios como las náuseas.

Los períodos de incubación de las distintas ITS varían desde unos pocos días para gonorrea y chancroide hasta semanas o meses para sífilis y VIH. Por lo tanto, el tratamiento puede aliviar una causa de estrés, pero la decisión sobre si administrar un tratamiento profiláctico o aguardar los resultados de las pruebas de las ITS la debe ser tomada por la mujer.

La Tabla de tratamiento 13 enumera opciones efectivas ya sea que se administren inmediatamente después de la exposición o luego de la aparición de síntomas.

Tabla de tratamiento 13. Opciones de tratamiento presuntivo de ITS para adultos

Cobertura	Opción 1 Todo en una dosis única, muy efectiva. Elija una de cada recuadro (= 3 ó 4 fármacos) ^a	Opción 2 Sustitutos eficaces – posible resistencia en algunas áreas, o necesidad de dosis múltiples	Si la paciente está embarazada, amamantando o es menor de 16 años de edad Elija una de cada recuadro (= 3 ó 4 fármacos) ^a
Sífilis	penicilina benzatínica 2,4 millones de unidades en inyección intramuscular en dosis única	doxiciclina^c 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 14 días (solamente en caso de alergia a la penicilina)	penicilina benzatínica 2,4 millones de unidades en una sola inyección intramuscular
Gonorrea/ chancroide	cefixima 400 mg por vía oral, en dosis única, o ceftriaxona 125 mg en inyección intramuscular, en dosis única	ciprofloxacina^d 500 mg por vía oral, en dosis única, o espectinomicona , 2 g en inyección intramuscular	cefixima 400 mg por vía oral, en dosis única, o ceftriaxona 125 mg en inyección intramuscular, en dosis única
Clamidia/ linfogranuloma venéreo	azitromicina 1 g por vía oral, en dosis única	doxiciclina^c 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días, o tetraciclina^c 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días	azitromicina 1 g por vía oral, en dosis única, o eritromicina , 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días
Tricomoniasis	metronidazol^b 2 g por vía oral, en dosis única	tinidazol^e 2 g por vía oral, en dosis única	metronidazol^b 2 g por vía oral, en dosis única, o 400 a 500 mg, 3 veces al día durante 7 días

- a. Se puede omitir la penicilina benzatínica si el tratamiento incluye 1g de azitromicina o 14 días de doxiciclina, tetraciclina o eritromicina, siendo todos efectivos contra la incubación de la sífilis.
- b. El uso del metronidazol debe evitarse en el primer trimestre del embarazo. Debe advertirse a las pacientes que toman metronidazol que deben evitar el consumo de alcohol.
- c. Estos fármacos están contraindicados en mujeres embarazadas o que amamantan.
- d. El uso de quinolonas debe considerar los patrones de resistencia de *Neisseria gonorrhoeae*, como ocurre en las Regiones (según la OMS) del Pacífico Occidental y del Sureste de Asia.
- e. Debe advertirse a las pacientes que toman tinidazol que deben evitar el consumo de alcohol.

En el Anexo 4 se especifican tratamientos antibióticos adicionales para la gonorrea.

El tratamiento para posibles ITS en niños es similar al de los adultos. En la Tabla de tratamiento 14 se detallan las dosis recomendadas.

Tabla de tratamiento 14. Opciones de tratamiento presuntivo de ITS para niños

Cobertura	Todos los antibióticos en dosis únicas son sumamente efectivos. Elija uno de cada recuadro (= 3 ó 4 fármacos) ^b	Niños mayores y adolescentes
Sífilis	penicilina benzatínica 50.000 unidades/kg de peso corporal, en inyección intramuscular, o eritromicina 12,5 mg/kg de peso corporal, por vía oral, 4 veces al día durante 14 días	>45 kg, utilizar el protocolo para adultos
Gonorrhoea^a/ chancroide	cefixima 8 mg/kg de peso corporal, en dosis única, o ceftriaxona 125 mg en inyección intramuscular, o espectinomícina 40 mg/kg de peso corporal (máximo 2 g) en inyección intramuscular	>45 kg, utilizar el protocolo para adultos
Clamidia/ linfogranuloma venéreo	eritromicina 12,5 mg/kg de peso corporal, por vía oral, 4 veces al día durante 7 días	12 años o más, utilizar el protocolo para adultos
Tricomoniasis	metronidazol^c 5 mg/kg de peso corporal por vía oral, 3 veces al día durante 7 días	12 años o más, utilizar el protocolo para adultos

- a. En el Anexo 4 se especifican tratamientos antibióticos adicionales para la gonorrea.
- b. Si se elige la eritromicina para tratar la sífilis, únicamente 3 fármacos deben suministrarse a los niños.
- c. Debe advertirse a los pacientes que toman metronidazol que deben evitar el consumo de alcohol.

Profilaxis postexposición del VIH

La posibilidad de infección por VIH debe analizarse minuciosamente por ser una de las consecuencias más temidas de la violación. Actualmente, no existe una prueba concluyente sobre la efectividad de la profilaxis postexposición (PEP) en la prevención de la infección luego de la exposición sexual al VIH, y la profilaxis postexposición no está disponible a nivel masivo. Si los servicios de profilaxis postexposición están disponibles, las víctimas de violación que desean orientación sobre los riesgos y beneficios deben ser referidos dentro de las 72 horas. El prestador debe evaluar el conocimiento y la comprensión de la persona sobre la transmisión del VIH y adaptar la orientación conforme a ello. La orientación debe tener en cuenta la prevalencia local del VIH y otros factores (traumatismo, otra exposición a las ITS) que puedan influir en la transmisión. Si la persona decide iniciar la profilaxis postexposición, generalmente se administran dos o tres fármacos antirretrovirales durante 28 días

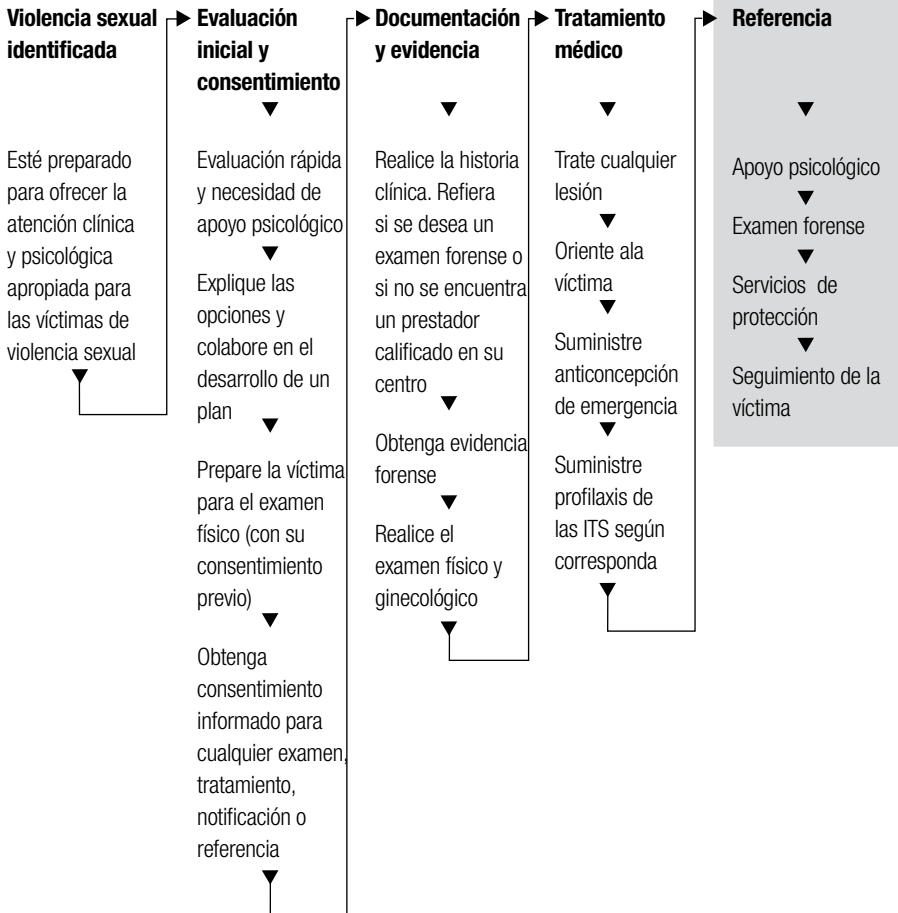
Inmunización profiláctica contra la hepatitis B

El virus de la hepatitis B (HPV) se transmite fácilmente a través del contacto sexual y por sangre. Existen varias vacunas efectivas aunque son costosas y requieren refrigeración. Si la vacuna contra HBV está disponible, debe ofrecerse a las víctimas de violación dentro de los 14 días si fuera posible. Habitualmente se aplican tres inyecciones intramusculares: al mes 0, al mes 1 y a los 6 meses (véase instrucciones en el empaque de la vacuna porque los cronogramas varían según el tipo de vacuna). La vacuna contra el VHB puede aplicarse a mujeres embarazadas y a personas con infección por VHB previa o crónica. Donde existen programas de inmunización infantil, no es necesario aplicar dosis adicionales a niños que tienen registros de vacunación previa. Si se aplica la vacuna no se necesita inmunoglobulina contra la hepatitis.

Toxoide antitetánico

La prevención del tétano incluye la limpieza cuidadosa de todas las heridas. Las víctimas deben vacunarse contra el tétano si presentan rasguños, cortes o abrasiones. Si se vacunaron anteriormente, solamente se necesita una inyección de refuerzo. Si la persona nunca se vacunó, se deben realizar los arreglos necesarios para una segunda dosis al mes y una tercera dosis entre seis meses y un año. Si las heridas están sucias o se produjeron seis horas antes y la víctima nunca se vacunó, también debe aplicarse la inmunoglobulina contra el tétano.

Paso 5: Referencia a servicios especiales



Luego de la prestación de la asistencia inicial, puede requerirse la referencia a servicios adicionales como apoyo psicológico. Se debe realizar una evaluación de la seguridad personal de la víctima por una agencia de servicios de protección o por un refugio si estuvieran disponibles, y hacer los arreglos pertinentes para la protección de la misma, si fuera necesario. Se debe referir a la víctima para el examen forense si es deseado y no pudiera realizarse adecuadamente en el mismo establecimiento.

Es indispensable establecer citas de seguimiento y servicios durante la primera visita. Se le debe comunicar claramente a la mujer con quién debe contactarse si tiene otras preguntas o problemas físicos y emocionales posteriores relacionados con el incidente. Los adolescentes en particular pueden necesitar apoyo para la crisis ya que pueden no estar dispuestos a revelar la violación a sus padres o cuidadores.

ANEXOS

Anexo 1. Destrezas clínicas necesarias para el manejo de las ITS/ITR

Anexo 2. Desinfección y precauciones universales

Anexo 3. Pruebas de laboratorio para las ITR

Anexo 4. Medicamentos

Anexo 5. Tabla de referencia de las ITS/ITR

Anexo 6. Recursos adicionales y lecturas sugeridas

ANEXO 1. DESTREZAS CLÍNICAS NECESARIAS PARA EL MANEJO DE LAS ITS/ITR

Contenidos

- Historia clínica
- Síntomas frecuentes de las ITS/ITR
- Examen de los pacientes

HISTORIA CLÍNICA

Debido al estigma asociado con las ITR/ITS, los pacientes suelen no querer hablar sobre su enfermedad. Para que los pacientes se sientan más cómodos durante la historia clínica y el examen, los prestadores deben interesarse y solidarizarse, no distraerse ni criticar.

- Dé la bienvenida a su paciente.
- Aliente a su paciente a que hable.
- Mire a su paciente.
- Escuche a su paciente.

Una historia clínica sexual puede suministrar importante información para la toma de decisiones sobre el manejo de las ITS/ITR, o para exámenes o pruebas adicionales que puedan beneficiar al paciente. En un sitio privado, donde solamente usted puede escuchar al paciente, debe preguntarle:

- el motivo de su visita;
- antecedentes sociales, incluidos factores que pueden aumentar el riesgo de ITS/ITR;
- historia clínica, incluidas alergias a medicación o fármacos;
- embarazos previos, último período menstrual, patrón menstrual, anticoncepción;
- antecedentes sexuales, incluido cualquier comportamiento que pueda sugerir riesgo incrementado;
- síntomas relacionados con la queja actual;
- síntomas de ITS/ITR.

SÍNTOMAS FRECUENTES DE ITS/ITR

Muchos pacientes con una ITR se quejan de síntomas asociados síndromes específicos. Los prestadores de servicios de salud pueden utilizar los algoritmos sindrómicos de los Capítulos 8 y 9 como guías para el manejo.

Mujeres	Hombres	Síndrome
Flujo vaginal de color, olor, cantidad o consistencia anormales. Prurito o irritación de la vulva o vagina		Flujo vaginal (Diagramas de flujo 1 y 9)
	Secreción uretral Micción dolorosa (disuria)	Secreción uretral (Diagrama de flujo 5)
Dolor abdominal bajo		Dolor abdominal bajo (Diagrama de flujo 2)
Úlceras, llagas y ampollas genitales		Úlcera genital (Diagrama de flujo 3)
Inflamación, ganglios o úlcera en la zona inguinal		Bubón inguinal (Diagrama de flujo 4)

A continuación se detallan otros síntomas y signos que pueden sugerir ITR o influir en el manejo:

- La micción dolorosa (disuria) en mujeres puede indicar una infección vaginal o cervical, o una infección del tracto urinario (ITU). Si también presenta flujo vaginal, utilice el diagrama de flujo del síndrome de flujo vaginal. En caso contrario, será necesario realizar pruebas o exámenes para la infección cervical o ITU.
- Los signos de infección acompañados de un período menstrual faltante (amenorrea) o sangrado irregular pueden indicar embarazo. Las mujeres deben manejarse según el diagrama de flujo apropiado del Capítulo 9.
- Varias de las ITS que causan infección genital pueden ser causantes de secreciones, llagas o verrugas en y alrededor del ano. El tratamiento es el mismo que para la infección genital.
- Las úlceras y otras lesiones en y alrededor de la boca pueden ser signos de sífilis o herpes.
- También es posible la infección de garganta (gonorrea faríngea). Se recomienda un tratamiento de dosis única con ceftriaxona (125 mg), cefixima (400 mg), ciprofloxacina (500 mg) u ofloxacina (400 mg) (véase Tabla de tratamiento 8).

EXAMEN DE PACIENTES¹

Se debe examinar a los pacientes bajo las mismas condiciones de privacidad con las cuales se realizó la historia clínica. Los pacientes deben tener la tranquilidad de que nadie entrará al consultorio cuando se estén desvistiendo o se encuentren en la camilla. Cuando se examinan pacientes del sexo opuesto, frecuentemente se aconseja la presencia de un asistente del mismo sexo que el o la paciente.

Todos los exámenes deben comenzar con una evaluación general, incluidos los signos vitales y la inspección cutánea, para detectar signos de enfermedad sistémica. Estas guías no cubren todos los aspectos del examen físico.

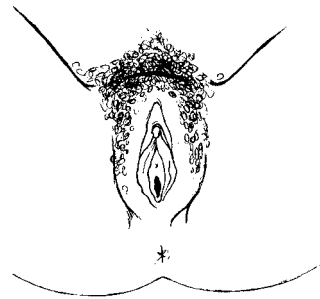
Existen tres componentes en el examen genital femenino, dependiendo del equipo y los suministros disponibles.

- examen genital externo;
- examen con espéculo;
- examen bimanual.

EL EXAMEN GENITAL EXTERNO PARA MUJERES

Antes de comenzar:

- Asegúrese de que el examen se realice en privado.
- Pida a la mujer que orine.
- Lave bien sus manos con agua limpia y jabón.
- Pida a la mujer que afloje su ropa. Cubra a la mujer con una sábana o prenda.
- Haga que la mujer se acueste en decúbito dorsal, con sus talones cerca de sus nalgas y sus rodillas hacia arriba. Explique lo que va a realizar.
- Coloque un guante en la mano que va a introducir dentro de la vagina.



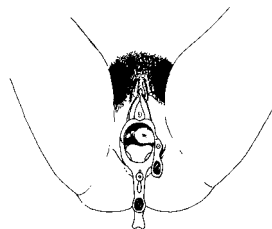
Realice el examen con buena iluminación. Observe el exterior de los genitales, incluyendo el perineo y ano. Utilizando la mano con guante, toque delicadamente para buscar ganglios, inflamación, flujo inusual, llagas, desgarros y cicatrices alrededor de los genitales y entre los pliegues de la vulva.

¹ Gran parte de esta sección es una adaptación de: Burns A y cols. *Where women have no doctor*. Berkeley, CA, EE.UU., Hesperian Foundation, 1997.

Signos que se deben buscar al realizar un examen externo	Manejo
El flujo y enrojecimiento de la vulva son signos frecuentes de vaginitis. Cuando el flujo es blanco y similar a la cuajada, probablemente exista infección por levaduras.	Síndrome de flujo vaginal, Diagrama de flujo 1 (para mujeres embarazadas, Diagrama de flujo 9)
Úlceras, llagas o ampollas	Úlcera genital, Diagrama de flujo 3
Inflamación o ganglios en la ingle (linfadenopatía inguinal)	Bubón inguinal (Diagrama de flujo 4)

Cómo realizar un examen con espéculo

- Asegúrese de que el espéculo se haya desinfectado o esterilizado correctamente antes de utilizarlo (véase Anexo 2). Moje el espéculo con agua limpia y tibia o con lubricante antes de insertarlo.
- Inserte el primer dedo de la mano con guante en la abertura de la vagina de la mujer (algunos médicos utilizan la punta del espéculo en lugar del dedo para este paso). A medida que introduce su dedo, empuje con suavidad hacia abajo sobre el músculo que rodea la vagina. Trabaje lentamente y espere a que la mujer relaje sus músculos.
- Con la otra mano, sostenga las hojas del espéculo juntas entre el dedo índice y el mayor. Gire las hojas hacia un lado y deslícelas dentro de la vagina. Tenga cuidado de no presionar la uretra o el clítoris porque estas zonas son muy sensibles. Cuando haya introducido la mitad del espéculo, gírelo de modo que la manija mire hacia abajo. Nota: en algunas camillas, no hay espacio suficiente para introducir el espéculo con la manija hacia abajo; en tal caso, gírelo con la manija hacia arriba.
- Suavemente separe las hojas levemente y busque el cuello uterino. Mueva el espéculo lenta y suavemente hasta que visualice el cuello uterino entre las hojas. Ajuste el tornillo (o fije el espéculo) para que permanezca en su lugar.
- Examine el cuello uterino, que debe verse rosado, circular y suave. Puede haber pequeños quistes amarillentos, zonas enrojecidas alrededor del orificio (orificio cervical) o un claro flujo mucoso; estos son hallazgos frecuentes. Busque signos de infección cervical mediante el examen de flujo amarillento o sangrado fácil cuando se toca el cuello uterino con una torunda. Observe todo crecimiento o llaga anormal.

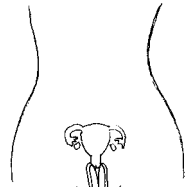


- Fíjese si el orificio cervical se encuentra abierto o cerrado y si hay flujo o sangrado. Si está examinando a la mujer por sangrado vaginal postparto, aborto inducido o espontáneo, busque tejido saliendo del orificio del cuello uterino.
- Para retirar el espéculo, tire suavemente hacia usted hasta que las hojas salgan del cuello uterino. Luego junte las hojas y suavemente tire hacia atrás, girando el espéculo cuidadosamente para observar las paredes de la vagina.
- Asegúrese de desinfectar el espéculo luego de cada examen.

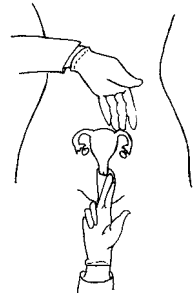
Signos que se deben buscar al realizar un examen con espéculo	Manejo
El flujo vaginal y el enrojecimiento de las paredes vaginales son signos frecuentes de vaginitis. Cuando el flujo es blanco y similar a la cuajada, probablemente exista infección por levaduras.	Síndrome de flujo vaginal, Diagrama de flujo 1 (para mujeres embarazadas, Diagrama de flujo 9)
Úlceras, llagas o ampollas.	Úlcera genital, Diagrama de flujo 3
Si el cuello uterino sangra con facilidad al contacto o el flujo es mucopurulento con decoloración, probablemente exista infección cervical.	Tabla de tratamiento 2
Si está examinando a la mujer después de un parto, aborto inducido o espontáneo, observe el sangrado proveniente de la vagina o fragmentos de tejido y verifique si el cuello uterino es normal.	Complicaciones del aborto, Diagrama de flujo 6
Tumores y otros tejidos de aspecto anormal en el cuello uterino.	Derive para prueba de Papanicolaou y citología.

Cómo hacer un tacto de las partes reproductivas dentro del abdomen: examen bimanual

- Prueba para el dolor con la movilización cervical. Coloque el dedo índice de su mano con guante en la vagina de la mujer. A medida que introduce su dedo, empuje con suavidad hacia abajo sobre los músculos que rodean la vagina. Cuando los músculos se relajen, introduzca también el dedo mayor. Gire la palma de su mano hacia arriba.
- Palpe el orificio de su útero (cuello uterino) para verificar si es firme y circular. Luego coloque un dedo a cada lado del cuello uterino y mueva el cuello uterino suavemente mientras observa la expresión facial de la mujer. Debería moverse con facilidad sin causar dolor. Si causa dolor (podrá observar que la mujer gesticula), este signo se denomina dolor con la movilización cervical y puede responder a una infección del útero, las trompas de Falopio o los ovarios. Si el cuello uterino se siente blando, la mujer puede estar embarazada.
- Palpe el útero presionando suavemente el abdomen bajo con la mano exterior. Esta acción acerca las partes internas (útero, trompas y ovarios) a su mano en el interior de la vagina. El útero puede estar inclinado hacia delante o hacia atrás. Si no lo palpa delante del cuello uterino, levante delicadamente el cuello uterino y palpe a su alrededor para buscar el cuerpo del útero. Si lo palpa por debajo del cuello uterino, apunta hacia atrás.
- Cuando encuentre el útero, palpe su tamaño y forma. Realice esto colocando sus dedos en el interior de la vagina hacia los lados del cuello uterino, y luego “movilice” sus dedos exteriores alrededor del útero. Debe sentirse firme, suave y más pequeño que un limón.
 - Si el útero se siente blando y grande, probablemente la mujer está embarazada.
 - Si se siente grumoso y duro, la mujer puede presentar un mioma u otro tumor.
 - Si duele al tacto, es posible que la mujer presente una infección interna.
 - Si no se mueve con libertad, puede presentar cicatrices de una infección anterior.
- Palpe las trompas y los ovarios. Si son normales, serán difíciles de palpar. Si palpa alguna masa de mayor tamaño que una almendra o causante de dolor grave, la mujer puede presentar una infección u otra emergencia. Si presenta una masa dolorosa, y su período menstrual está retrasado, puede presentar un embarazo ectópico y **necesita asistencia médica** de inmediato.



- Mueva su dedo y palpe a lo largo del interior de la vagina. Asegúrese de que no haya masas, desgarros o llagas.
- Haga que la mujer tosa o puje hacia abajo como si estuviera moviendo el vientre. Observe si sobresale algo por fuera de la vagina. Si es así, puede presentar un útero caído o una vejiga caída (prolapso).
- Cuando finalice, lave y desinfecte su guante si lo volverá a utilizar. Lave bien sus manos con agua y jabón.



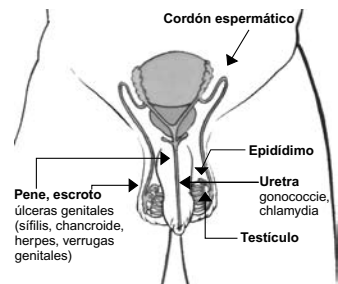
Signos que se deben buscar al realizar un examen bimanual	Manejo
Dolor abdominal bajo al ejercer presión hacia abajo sobre el útero con la mano exterior.	Utilice el Diagrama de flujo de dolor abdominal bajo (Diagrama de flujo 2) si detecta dolor mediante el examen abdominal o bimanual.
Dolor con la movilización cervical (a menudo evidenciado por la expresión facial) cuando los dedos de la mano con guante mueven el cuello uterino de un lado a otro en la vagina.	
Dolor uterino o anexial al ejercer presión con la mano interior y exterior juntas sobre el útero (centro) y anexos uterinos (a cada lado del útero).	
Cualquier tumoración o dureza anormal al tacto	Refiera para prueba de Papanicolaou y citología.

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE LAS ITR EN MUJERES

Síndrome	Síntomas	Signos
Vaginitis (Diagrama de flujo 1)	Flujo vaginal de color, olor, cantidad o consistencia anormales. Prurito o irritación de la vulva o vagina	Enrojecimiento vulvovaginal Flujo vaginal observado en el examen externo o con espéculo
Cervicitis (Tabla de tratamiento 2)	Generalmente ninguno. A veces ardor en la micción o detección de sangrado luego del coito	Flujo cervical mucopurulento Sangrado cervical al contacto
Dolor abdominal bajo (Diagrama de flujo 2)	Dolor abdominal bajo Dolor durante la relación sexual	Dolor abdominal bajo en el examen abdominal Dolor con la movilización cervical en el examen bimanual Dolor uterino o anexial en el examen bimanual
Úlcera genital (Diagrama de flujo 3)	Úlceras, llagas o ampollas genitales	
Bubón inguinal (Diagrama de flujo 4)	Inflamación, masas o úlceras en la zona inguinal	

EXAMEN DEL PACIENTE MASCULINO

- Lave sus manos antes del examen y colóquese guantes limpios.
- Explique al paciente lo que va a realizar paso a paso mientras transcurre el examen.
- Solicite al paciente que se ponga de pie y baje su ropa interior hasta sus rodillas. Algunos prestadores prefieren que el hombre esté acostado durante el examen.
- Palpe la región inguinal (ingle) en busca de ganglios linfáticos y bubones agrandados.
- Palpe el escroto para percibir los testículos, epidídimos, y cordón espermático a cada lado.
- Examine el pene, buscando erupciones o llagas.
- Solicite al paciente que retire el prepucio hacia atrás, si lo tiene, y observe el glande y el meato uretral.



- Si no observa ninguna secreción evidente, pida al paciente que ordeñe la uretra.
- Solicite al paciente que se coloque de espaldas a usted y se incline hacia delante, extendiendo sus nalgas delicadamente. Esto también puede realizarse con el paciente reclinado sobre un lado con la pierna libre flexionada hacia arriba en dirección a su pecho.
- Busque úlceras, verrugas, erupciones o secreción del ano.
- Lave sus manos después del examen.
- Registre los hallazgos, incluida la presencia o ausencia de úlceras, bubones, verrugas genitales y secreción uretral, tomando nota de color y cantidad.

SIGNOS QUE SE DEBEN BUSCAR AL REALIZAR UN EXAMEN A HOMBRES

Signos a buscar	Manejo
Secreción uretral	Síndrome de secreción uretral (Diagrama de flujo 5)
Úlceras, llagas o ampollas	Úlcera genital (Diagrama de flujo 3)
Inflamación o masas en la ingle (linfadenopatía inguinal) e inflamación de los testículos.	Bubón inguinal (Diagrama de flujo 4)

ANEXO 2. DESINFECCIÓN Y PRECAUCIONES UNIVERSALES

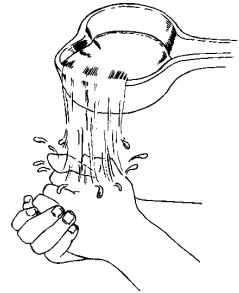
Contenidos

- Prevención de infecciones en ámbitos clínicos
- Desinfección de alto nivel: tres pasos
- Precauciones universales

PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN ÁMBITOS CLÍNICOS¹

Lave sus manos antes y después de atender a un paciente. Es la forma más efectiva de eliminar gérmenes en su piel. Necesita lavar sus manos aún más cuidadosamente y por más tiempo:

- antes y después de ayudar a alguien a dar a luz;
- antes y después de tocar una herida en una piel lastimada;
- antes y después de aplicar una inyección o de cortar o perforar alguna parte del cuerpo;
- luego de tocar sangre, orina, heces, moco, o líquidos vaginales;
- luego de quitarse los guantes.



Utilice jabón para eliminar suciedad y gérmenes. Cuente hasta 30 mientras se frota bien las manos con un jabón espumoso. Utilice un cepillo o un palillo blando para limpiarse debajo de las uñas. Luego enjuáguese utilizando agua corriente. No vuelva a utilizar esa agua.

Desinfecte o esterilice equipos e instrumentos. La limpieza de instrumentos y equipos para eliminar la mayoría de los gérmenes se denomina desinfección de alto nivel. Los instrumentos deben primero lavarse y luego desinfectarse si van a utilizarse nuevamente para:

- cortar, perforar o tatuar la piel;
- aplicar una infección;
- cortar el cordón umbilical en un parto;
- examinar la vagina, especialmente durante el parto o después del mismo, o de un aborto inducido o espontáneo;
- realizar cualquier procedimiento transcervical.

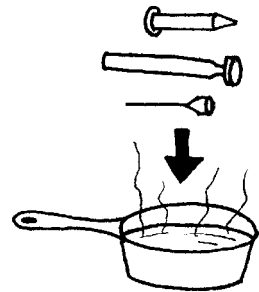
¹ Adaptado de *Where women have no doctor*, Berkeley, CA, EE.UU., Hesperian Foundation, 1997.

DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL: TRES PASOS¹

1. Remojar. Deje los instrumentos en remojo durante 10 minutos. Si fuera posible, utilice una solución de lejía (cloro) al 0.5%. Remojar los instrumentos en solución de lejía lo ayudará a protegerse de las infecciones cuando los lave. Si no dispone de lejía, remoje sus instrumentos en agua.
2. Lavar. Lave todos los instrumentos en agua jabonosa y cepille hasta que luzcan muy limpios, luego enjuáguelos con agua limpia. Tenga cuidado de no cortarse con bordes o puntas punzantes. Utilice guantes cuando lava los instrumentos; de ser posible, guantes gruesos.
3. Desinfectar. Coloque al vapor o hierva los instrumentos durante 20 minutos.
 - Para colocar al vapor, necesita una olla con tapa. No es necesario que el agua cubra los instrumentos, pero utilice suficiente agua como para que el vapor salga por los costados de la tapa durante 20 minutos.

No sobrecargue la olla. No debe sobresalir ningún instrumento por fuera del borde del recipiente.

- Para hervir los instrumentos no es necesario llenar toda la olla con agua. Pero debe asegurarse de que el agua cubra todo lo que se encuentra en su interior durante todo el hervor. Tape la olla.
- Tanto para el proceso de vapor como de hervir, comience a cronometrar los 20 minutos desde el momento en que el agua con los instrumentos hierve por completo. No agregue nada al recipiente después de empezar a cronometrar.



Cómo preparar una solución de lejía al 0.5%

- Si la etiqueta en la lejía dice:
 - 2% de cloro disponible: utilice 1 parte de lejía y 3 partes de agua
 - 5% de cloro disponible: utilice 1 parte de lejía y 9 partes de agua
 - 10% de cloro disponible: utilice 1 parte de lejía y 19 partes de agua
 - 15% de cloro disponible: utilice 1 parte de lejía y 29 partes de agua
- Prepare suficiente solución solo para un día. No la utilice al día siguiente. No será lo suficientemente potente para eliminar gérmenes

¹ Adaptado de *Where women have no doctor*. Berkeley, CA, EE.UU., Hesperian Foundation, 1997.

PRECAUCIONES UNIVERSALES¹

Se deben utilizar las mismas precauciones contra la propagación de infecciones (precauciones universales) con todos los pacientes, tanto sanos como enfermos, e independientemente del conocimiento que usted tenga del estado de infección por VIH u otro agente del paciente.

Se pueden contagiar ciertas ITR de paciente al proveedor o a otro paciente si no se toman las precauciones básicas. Los virus de la Hepatitis B y C y VIH son infecciones incurables que se transmiten fácilmente al volver a utilizar instrumentos cortantes infectados. Debido a que las ITR son a menudo asintomáticas, no es posible saber qué pacientes están infectados. Por este motivo, las precauciones universales se deben cumplir con todos los pacientes, independientemente del estado de infección conocido o sospechado.

Cumpla con las precauciones con todos los pacientes que trata. Cada vez que tenga que cortar piel o tocar líquidos corporales, siga los consejos a continuación. Aquí se incluye toda vez que usted aplica una inyección, sutura piel o tejido, ayuda en un parto, o examina la vagina de una mujer.

Si usted sigue estas reglas, no habrá riesgo de propagación de infecciones de una persona a otra o de que usted mismo se infecte.

- Evite tocar líquidos corporales, tales como sangre, vómitos, heces y orina.
- No comparta nada que entra en contacto con la sangre. Por ejemplo, cepillos de dientes y rasuradoras, agujas o cualquier instrumento cortante. Si debe compartir dichos elementos, desinfectelos antes de que otra persona los utilice.
- Mantenga las heridas cubiertas con vendas limpias o un paño.
- Utilice guantes o un pedazo de plástico si toca vendas sucias, paños, sangre, vómitos o heces.
- Lave sus manos con agua y jabón luego de cambiar ropa de cama e indumentaria sucias.
- Mantenga la ropa de cama y la indumentaria limpias. Esto ayuda a que los enfermos se sientan más cómodos y a evitar problemas cutáneos. Manipule cuidadosamente la ropa o las sábanas manchadas con sangre, diarrea u otros líquidos corporales. Sepárelas de otra ropa para lavar. Seque la ropa lavada al sol si es posible o pláncchela después de secarla.

¹ Adaptado de *Where women have no doctor*. Berkeley, CA, EE.UU., Hesperian Foundation, 1997.

ANEXO 3. PRUEBAS DE LABORATORIO PARA ITR

Contenidos

- Prueba de reagina rápida en plasma (RPR)
- Interpretación de los resultados de las pruebas de sífilis
- Criterios clínicos para vaginosis bacteriana (VB)
- Microscopía de preparaciones húmedas
- Microscopía de tinción de Gram de extendidos vaginales
- Microscopía de tinción de Gram de extendidos cervicales

Prueba de laboratorio de reagina rápida en plasma (RPR*)

Realice una prueba de RPR y responda ante los resultados:

Solicite el consentimiento.

Explique el procedimiento.

Utilice aguja y jeringa esterilizadas. Extraiga 5 ml de sangre de una vena. Coloque la muestra en un tubo de ensayo común.

Deje que la muestra se asiente para permitir que se separe el suero (o centrifugue de 3 a 5 minutos a alrededor de 2000 a 3000 rpm). En la muestra separada, el suero quedará en la parte superior. Utilice una pipeta para extraer parte del suero. Tenga cuidado de no incluir hematíes de la parte inferior de la muestra separada. Sostenga la pipeta verticalmente sobre un círculo en la ficha de prueba. Oprima la tetilla para permitir que una gota de suero (50 µl) caiga sobre el círculo. Use un esparcidor limpio para extender la gota y llenar el círculo.

Importante: Se pueden analizar varias muestras en una misma ficha de prueba. Tenga cuidado de no contaminar el círculo restante de prueba. Utilice un esparcidor limpio para cada muestra. Rotule cuidadosamente cada muestra con el nombre o número de la paciente.

Coloque la aguja dosificadora en la jeringa. Agite el antígeno, *Extraiga suficiente antígeno para el número de pruebas realizadas (una gota por prueba).

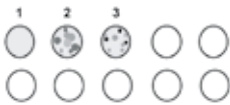
Con la jeringa en posición vertical, permita que caiga exactamente una gota de antígeno en cada muestra de la prueba. No revuelva.

Haga girar la ficha de prueba suavemente en la palma de su mano durante 8 minutos ** (o gírela con un rotador mecánico)

Interpretación de los resultados

Luego de 8 minutos de rotación, inspeccione la ficha con buena luz. Dé vuelta o incline la ficha para observar si hay aglutinación (resultado reactivo). La mayoría de la fichas de prueba incluyen círculos de control negativos y positivos para su comparación.

Ejemplo
ficha de
prueba:



1. No reactivo (sin aglutinación o solamente una leve rugosidad): negativo para sífilis
2. Reactivo (aglutinación muy visible): positivo para sífilis
3. Débilmente reactivo (aglutinación mínima): positivo para sífilis

NOTA: Débilmente reactivo también puede ser granulado más fino y difícil de apreciar en esta ilustración.

* Cerciérese de que el antígeno se haya refrigerado (no congelado) y que no esté vencido.

** La temperatura ambiente debe ser desde 22,8°C hasta 29,3°C

Si es RPR positiva:

- Determine si la mujer y su pareja han recibido el tratamiento adecuado.
- En caso contrario, administre tratamiento para la mujer y su pareja para sífilis con penicilina benzatínica.
- Administre tratamiento al neonato con penicilina benzatínica.
- Realice un seguimiento del recién nacido en dos semanas.
- Oriente sobre sexo más seguro.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE SÍFILIS

Las pruebas de sífilis detectan anticuerpos, que son evidencia de infección actual o previa. No se necesitan las pruebas de sífilis para diagnosticar a pacientes con úlceras genitales (que deben tratarse según el Diagrama de flujo 3 de la página 121.

Las pruebas no treponémicas (como RPR y VDRL) son las pruebas de tamizaje preferidas. Estas pruebas detectan casi todos los casos de sífilis temprana aunque es posible que ocurran falsos positivos. El RPR puede realizarse sin microscopio.

Las pruebas treponémicas (por ejemplo, la prueba de hemaglutinación de *Treponema pallidum* [TPHA]), la prueba de absorción de anticuerpos fluorescentes anti-*Treponema* [FTA-Abs], la prueba de microhemaglutinación para anticuerpos anti-*Treponema pallidum* [MHA-TP], de estar disponibles, se pueden utilizar para confirmar los resultados de las pruebas no treponémicas.

Los títulos cuantitativos (RPR) pueden facilitar la evaluación de la respuesta al tratamiento.

La siguiente tabla se puede utilizar para interpretar los resultados de la prueba de sífilis.

Nota: de no haber pruebas adicionales disponibles, **todos los pacientes con pruebas de RPR o VDRL reactivas deben recibir tratamiento.**

Interpretación de los resultados de pruebas serológicas

	RPR	Título de RPR	TPHA
Infección activa	+	>1 : 8	+
Sífilis latente	+	A menudo <1 : 4	+
Falsos positivos	+	Generalmente <1 : 4	-
Tratamiento exitoso	+ 0 -	disminución de 2 concentraciones (por ej., de 1:16 a 1:4)	+

CRITERIOS CLÍNICOS PARA VAGINOSIS BACTERIANA (VB)

La VB se puede diagnosticar mediante criterios críticos simples con o sin la ayuda del microscopio	
Recolección de muestras	Observe el color y la consistencia del flujo. Obtenga una muestra del flujo de las paredes laterales o de la parte profunda de la vagina donde se acumula el flujo (o utilice el flujo que queda en el espéculo). Toque el flujo en la torunda o el espéculo con el papel de pH y tome nota del pH.
Preparación del portaobjetos	Coloque la muestra en un portaobjeto de vidrio. Agregue una gota de hidróxido de potasio al 10% y perciba el olor.
Qué buscar	El diagnóstico de la VB se basa en la presencia de por lo menos 3 de las siguientes 4 características: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Flujo de color blanco grisáceo homogéneo que se adhiere a las paredes vaginales ▪ Flujo vaginal con un pH >4,5 ▪ Liberación de olor a pescado del flujo vaginal al mezclarlo con hidróxido de potasio al 10% (prueba de aminas positiva) ▪ “Células clave” visibles en la microscopía.
Importante	Busque evidencia de otras infecciones vaginales y cervicales; las infecciones múltiples son comunes.

MICROSCOPIA DE PREPARACIONES FRESCAS

El examen de microscopía directa del flujo vaginal puede facilitar el diagnóstico de la infección por levaduras (<i>Candida albicans</i>), la vaginosis bacteriana y la tricomoniasis.	
Recolección de muestras	Con un hisopo, obtenga una muestra del flujo de las paredes laterales o de la parte profunda de la vagina donde se acumula el flujo.
Preparación del portaobjetos	Coloque la muestra en un portaobjetos de vidrio y agregue 1 o 2 gotas de solución salina.
Qué buscar	Examine con una ampliación de 100X y busque el típico movimiento de los trichomonas móviles. Examine con una ampliación de 400X y busque levaduras y tricomonas. Aplique otra gota de solución salina y agregue una gota de hidróxido de potasio al 10% al hisopo para disolver otras células e identificar levaduras más fácilmente.
Importante	Busque evidencia de otras infecciones vaginales y cervicales; las infecciones múltiples son comunes.

MICROSCOPIA DE TINCIÓN DE GRAM DE EXTENDIDOS VAGINALES

Colección de muestras	Se puede preparar un portaobjetos para tinción de Gram al mismo tiempo que una preparación húmeda haciendo girar la torunda en otro portaobjeto.
Preparación del portaobjetos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fije al calor. 2. Tiña con cristal violeta (60 segundos) y enjuague. 3. Tiña con iodo (60 segundos) y enjuague. 4. Decolore con acetona-etanol durante unos segundos (hasta que el líquido fluya claro). 5. Tiña con safranina (60 segundos) y enjuague. 6. Delicadamente secar con un papel secante y examinar bajo aceite de inmersión (1000X).
Qué buscar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lactobacilos solamente: normal. 2. Flora mixta, principalmente lactobacilos con algunos bacilos cortos (cocobacilos): considerada normal. 3. Presencia de células sueltas; flora mixta, mayoritariamente como Gardnerella y bacterias anaerobias con algunos lactobacilos: tratamiento para VB. 4. Presencia de células clave; flora mixta con bacilos gram positivos, gram negativos y gram variables; ausencia de lactobacilos: tratamiento para VB.
Importante	Busque evidencia de otras infecciones vaginales o cervicales, las infecciones múltiples son comunes.

MICROSCOPIA DE TINCIÓN DE GRAM DE EXTENDIDOS CERVICALES

1. La tinción de Gram no es recomendada para el diagnóstico de infecciones cervicales. Su utilidad para detectar *Neisseria gonorrhoeae* o sugerir *Chlamidia trachomatis* en mujeres es limitada aún donde se cuente con personal de laboratorio bien entrenado.
2. Los costos asociados con esta técnica, incluyendo el costo de mantenimiento de los microscopios, es mayor que los beneficios en términos de mejoría en la calidad de la atención.

ANEXO 4. MEDICAMENTOS

Contenidos

- Medicamentos durante el embarazo
- Tratamientos para la gonorrea

MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO¹

Durante el embarazo la madre y el feto forman una unidad biológica y la salud del feto depende de la salud de la madre. Es importante tratar a la madre siempre que sea necesario, mientras se protege al feto al máximo de las posibilidades.

Los fármacos pueden tener efectos nocivos en el feto en cualquier momento del embarazo. Durante el primer trimestre, los fármacos pueden producir malformaciones congénitas (teratogénesis); el mayor riesgo se encuentra entre la tercera y la décimo primera semana de embarazo. Pocos fármacos han demostrado concluyentemente su efecto teratogéno en humanos, pero ningún fármaco es absolutamente seguro al inicio del embarazo.

Se deben prescribir fármacos a la embarazada solamente si los beneficios esperados se consideran superiores que el riesgo para el feto. Dentro de lo posible, se deben evitar todos los fármacos durante el primer trimestre. Se deben prescribir los fármacos que han sido utilizados masivamente en embarazos y que parecen ser generalmente seguros en relación con fármacos nuevos o no probados, y se debe utilizar la dosis efectiva más baja. La lista a continuación incluye información sobre el uso de algunos de los fármacos de uso común en el embarazo. Los fármacos no mencionados en la lista no necesariamente son seguros.

¹ Trece listas modelo de la OMS de fármacos esenciales. Ginebra, Organización Mundial de Salud, 2003.

SEGURIDAD DE LOS FÁRMACOS DURANTE EL EMBARAZO

aciclovir	Se desconocen efectos perjudiciales; absorción limitada de preparaciones tópicas
amoxicilina	No se evidencia teratogenicidad
ampicilina	Se desconocen efectos perjudiciales
azitromicina	Información limitada en el embarazo, utilizar sólo si el beneficio potencial supera el riesgo
benzatina bencilpenicilina	Se desconocen efectos perjudiciales
bencilpenicilina	Se desconocen efectos perjudiciales
cefixima	Se considera segura una única dosis durante el embarazo
ceftazidima	Se desconocen efectos perjudiciales
ceftriaxona	Se desconocen efectos perjudiciales
cloranfenicol	Tercer trimestre: síndrome del “niño gris” neonatal
ciprofloxacina	Evitar: artropatía en estudios en animales; alternativas más seguras disponibles
clindamicina	Se desconocen efectos perjudiciales
clotrimazol	No se realizaron estudios durante el primer trimestre. No se reportaron defectos de nacimiento con el uso vaginal durante el segundo y tercer trimestre
cloxacilina	Se desconocen efectos perjudiciales
doxiciclina	Contraindicado durante el embarazo y la lactancia: Primer trimestre: efectos sobre el desarrollo óseo en estudios en animales Segundo y tercer trimestre: decoloración dental en niños; hepatotoxicidad materna con dosis parenterales altas
eritromicina	Se desconocen efectos perjudiciales
famciclovir	Los estudios en animales no mostraron ningún riesgo para el feto, utilizar sólo si el beneficio potencial supera el riesgo
fluconazol	Evitar en el primer trimestre: anomalías congénitas múltiples reportadas con dosis altas a largo plazo
gentamicina	Segundo y tercer trimestre: Daño del nervio auditivo o vestibular; riesgo probablemente menor, pero utilizar solamente si los beneficios potenciales superan los riesgos (si se administra, es esencial el monitoreo de la concentración sérica de gentamicina)
metronidazol	Primer trimestre: evitar Segundo y tercer trimestre: evite regímenes de dosis alta (> 1 g)

nistatina	No existe información disponible, pero la absorción en el tracto gastrointestinal es insignificante
ofloxacina	Evitar: artropatía en estudios en animales; alternativas más seguras disponibles
resina de podofilina	Evitar: se reportó muerte neonatal y teratogénesis
estreptomicina	Segundo y tercer trimestre: daño del nervio auditivo o vestibular; evitar a menos que sea esencial (si se administra, es esencial el monitoreo de la concentración sérica de estreptomicina)
sulfametoxazol + trimetoprim	Primer trimestre: riesgo teratógeno teórico (trimetoprim es un antagonista de folato) Tercer trimestre: hemólisis y metaheglobinemia neonatal; la sugerencia de un mayor riesgo de kernicterus en neonatos parece ser infundada
tinidazol	El fabricante no aconseja el uso durante el primer trimestre Segundo y tercer trimestre: evite regímenes de alta dosis (>1g)
tetraciclina	Contraindicado durante el embarazo y la lactancia. Primer trimestre: efectos sobre el desarrollo óseo en estudios en animales Segundo y tercer trimestre: decoloración dental en niños; hepatotoxicidad materna con dosis parenterales elevadas
trimetoprima	Primer trimestre: riesgo teratógeno teórico (antagonista de folato)
valaciclovir	Los estudios en animales no mostraron riesgo para el feto: usar sólo cuando el riesgo potencial supera el riesgo
vancomicina	Utilizar solamente si los beneficios potenciales superan los riesgos; el monitoreo de la concentración de vancomicina en plasma es esencial para reducir el riesgo de toxicidad fetal
zidovudina y otros antirretrovirales	Evitar en lo posible en el primer trimestre, se considera que el beneficio del tratamiento supera los riesgos en el segundo y tercer trimestre

TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS PARA LA GONORREA

Tratamientos recomendados por la OMS para la gonorrea urogenital y rectal			
	Dosis	¿Segura en el embarazo?	Resistencia
cefixima	400 mg por vía oral, en dosis única	Sí	No
ceftriaxona	125 mg en inyección intramuscular	Sí	No
ciprofloxacina^a	500 mg por vía oral, en dosis única	No	Gran resistencia a la quinolona en las regiones de la OMS del Pacífico Occidental sur y sureste de Asia
espectinomicina	2 g en inyección intramuscular	Sí	No
Otros tratamientos efectivos para la gonorrea urogenital y rectal			
cefotaxima	1 g en inyección intramuscular	Sí	No
ceftizoxima	1 g en inyección intramuscular	Sí	No
cefuroxima	1,5 g en inyección intramuscular	Sí	No
levofloxacina^a	250 mg por vía oral, en dosis única	No	Gran resistencia a la quinolona en las regiones de la OMS del Pacífico Occidental sur y sureste de Asia
norfloxacina^a	400 mg por vía oral, en dosis única	No	
ofloxacina^a	400 mg por vía oral, en dosis única	No	
trimetoprin/ sulfametoxazol	80/400 mg por vía oral, 10 comprimidos en una dosis única cada día durante 3 días	No	Resistencia en muchas regiones

- ^a. El uso de quinolonas debe considerar los patrones de resistencia de *Neisseria gonorrhoeae*, como en las Regiones (según la OMS) del Pacífico Occidental y del Sureste de Asia.

Tratamiento de la gonorrea: 30 regímenes, incluyendo 21 fármacos antimicrobianos demostraron ser altamente efectivos para las infecciones rectales y urogenitales. Pocos regímenes demostraron ser efectivos para las infecciones faríngeas. Entre aquellos agentes antimicrobianos disponibles para el tratamiento de infecciones gonocócicas sin complicaciones, la ceftriaxona (125 mg), la cefixima (400 mg), la ciprofloxacina (500 mg) y la ofloxacina (400 mg) parecen ofrecer el mejor equilibrio entre eficacia y seguridad comprobadas.

ANEXO 5. TABLA DE REFERENCIA DE ITS/ITR

ITS/ITR	Agente etiológico	Manifestaciones agudas	Posibles complicaciones	Efecto sobre el embarazo y el neonato
Infecciones por transmisión sexual				
Gonorrea	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	En mujeres: cervicitis, uretritis En hombres: uretritis	En mujeres: enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), infertilidad, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico En hombres: epididimitis, prostatitis, estenosis uretral En mujeres y hombres: infección gonocócica diseminada, artritis, endocarditis, meningitis	Embarazo: aborto espontáneo, endometritis postparto, rotura prematura de membranas, parto prematuro Neonato: oftalmía neonatal, infección faríngea, artritis gonocócica
Infección por clamidia	<i>Chlamidia trachomatis</i>	En mujeres: cervicitis, uretritis En hombres: uretritis	En mujeres: EPI, infertilidad, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico En hombres: epididimitis, prostatitis, estenosis uretral En mujeres y hombres: infección gonocócica diseminada, artritis, endocarditis, meningitis	Embarazo: parto prematuro Neonato: bajo peso al nacer, conjuntivitis, neumonía, otitis
Tricomoniasis	<i>Trichomonas vaginalis</i>	En mujeres: vaginitis En hombres: uretritis	En mujeres: Se desconocen En hombres: prostatitis, estenosis uretral, posiblemente infertilidad	Embarazo: rotura prematura de membranas, parto prematuro, endometritis postcesárea Neonato: infección vaginal transitoria

ITS/ITR	Agente etiológico	Manifestaciones agudas	Posibles complicaciones	Efecto sobre el embarazo y el neonato
Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	En mujeres y hombres: úlceras genitales/anales y orales indoloras, sífilis secundaria (diseminada): exantema, malestar, cefaleas, dolores musculares, pérdida de peso, fiebre baja	En mujeres y hombres: complicaciones neurológicas, cardiovasculars y otras complicaciones sistémicas causadas por sífilis terciaria (tardía)	Embarazo: aborto espontáneo, endometritis postparto, rotura prematura de membranas, parto prematuro Neonato: anomalías por infección congénita
Chancroide	<i>Haemophilus ducreyi</i>	En mujeres y hombres: úlcera genital (a menudo dolorosa), adenitis inguinal dolorosa	En mujeres: fístula rectovaginal, absceso inguinal En hombres: absceso inguinal	Ninguno conocido
Linfogranuloma venéreo (LGV)	<i>Chlamidia trachomatis</i>	En mujeres y hombres: úlcera genital pequeña, indolora, uretritis no específica, linfadenitis aguda con formación de bubones En mujeres: cervicitis	En mujeres y hombres: fístulas, estenosis rectal, elefantiasis genital	Ninguno conocido
Donovanosis	<i>Klebsiella granulomatis</i>	En mujeres y hombres: úlcera genital (puede ser lesión cervical en mujeres)	En mujeres y hombres: pseudoelefantiasis, estenosis de la uretra, ano o vagina (en mujeres)	Ninguno conocido

ITS/ITR	Agente etiológico	Manifestaciones agudas	Posibles complicaciones	Efecto sobre el embarazo y el neonato
Herpes genital	Virus herpes simple (VHS)	En mujeres y hombres: lesiones vesiculares múltiples, ulceración, dolor, prurito, disuria	En mujeres y hombres: meningitis aséptica, melititis transversa, infecciones diseminadas	Embarazo: Diseminación de la infección (especialmente si se adquiere en el tercer trimestre), aborto espontáneo, parto prematuro Neonato: herpes neonatal, encefalitis, diseminación de la infección, infección en la piel, los ojos y la boca
Verrugas genitales/ lesiones cervicales	Papilomavirus humano (HPV)	En mujeres y hombres: verrugas genitales y anales En mujeres: lesiones intraepiteliales escamosas del cuello uterino	En mujeres: cáncer cervical, carcinoma vaginal y vulvar, carcinoma anal En hombres: carcinoma peniano y anal	Embarazo: Se desconoce Neonato: papilomatosis laríngea
Hepatitis B	Virus de la Hepatitis B (HBV)	En mujeres y hombres: hepatitis aguda	En mujeres y hombres: hepatitis crónica, cirrosis, cáncer de hígado	Embarazo: se desconoce Neonato: hepatitis B perinatal
VIIH/SIDA	Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	En mujeres y hombres: cefalea, dolor muscular, dolor de garganta, fiebre y ganglios linfáticos inflamados	En mujeres y hombres: SIDA	Embarazo: posible progresión incrementada del SIDA Neonato: transmisión perinatal del VIH

ITS/ITR	Agente etiológico	Manifestaciones agudas	Posibles complicaciones	Efecto sobre el embarazo y el neonato
Infecciones que no se transmiten por vía sexual en mujeres				
Vaginosis bacteriana	<i>Gardnerella vaginalis</i> , bacterias anaerobias, micoplasma genital, estreptococos	Vaginitis	Riesgo incrementado de EPI (postaborto)	Embarazo: parto prematuro, rotura prematura de membranas, corticoamnionitis, endometritis postparto Neonato: bajo peso al nacer
Candidiasis vulvovaginal	<i>Candida albicans</i>	Vaginitis	Ninguna conocida	Embarazo: susceptibilidad incrementada de contraer Candida Neonato: muguet neonatal

ANEXO 6. RECURSOS ADICIONALES Y LECTURA SUGERIDA

Adolescent friendly health services: an agenda for change. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

Burns A y cols. *Where Women Have No Doctor.* Berkeley, CA, EE.UU., Hesperian Foundation, 1997.

Cervical cancer screening programmes. Managerial guidelines. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992.

Clinical guides for the management of pregnant women with HIV infection. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

Clinical management of survivors of rape: a guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.

Comprehensive reproductive health and family planning training curriculum. Reproductive health training module 12: Prevention and management of reproductive tract infections. Watertown, MA, EE.UU., Pathfinder International, 2000.

Dallabetta G, Laga M, Lampthey P, eds. *Control of sexually transmitted diseases: a handbook for the design and management of programs.* Research Triangle Park, NC, EE.UU., AIDSCAP, Family Health International, 1996.

Evaluation of the 100% condom programme in Thailand. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), 2000.

Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.

Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Organización Mundial de la Salud, 2000.

Medical eligibility criteria for contraceptive use Third edition. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

Protocols for the medical management of persons who experienced sexual violence. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: guidelines for a public health approach. Organización Mundial de la Salud, 2002.

Selected practice recommendations for contraceptive use. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

The decision-making tool for family planning clients and providers. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en preparación).

Van Dyck E, Meheus ZA, Piot P. *Laboratory diagnosis of sexually transmitted diseases.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999.

Women's Health Exchange, Número 10. Berkeley, CA, EE.UU., Hesperian Foundation, 2002.

World Report on Violence and Health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

GLOSARIO¹

Aborto complicado: aborto espontáneo o inducido que deriva en complicaciones, como infección o hemorragia.

Aborto electivo: *véase* aborto inducido.

Aborto espontáneo: aborto que no se indujo artificialmente, aborto espontáneo.

Aborto inducido: interrupción intencional del embarazo por medios mecánicos (quirúrgicos) o fármacos.

Algoritmo: secuencia de pasos lógicos que deben seguirse frente a una tarea.

Anexos uterinos: ovarios, trompas de Falopio y estructuras de sostén.

Atención postaborto: atención que se brinda para el tratamiento de las complicaciones del aborto. Los elementos claves incluyen el tratamiento de emergencia de las complicaciones del aborto, orientación y servicios para la planificación familiar y vínculos con servicios de salud reproductiva integral.

Células clave: células vaginales recubiertas por bacterias, habitualmente presentes en mujeres con una infección vaginal.

Criterios de elegibilidad médica: criterios para la elegibilidad de una mujer para el uso de un método anticonceptivo, que se basa en los riesgos y beneficios relativos al usar dicho método en una mujer con una patología determinada

Dilatación y legrado: técnica de aborto inducido, que implica la dilatación del canal cervical y el raspado del interior de la cavidad uterina para extraer los restos ovulares retenidos.

Dispaurenia: coito doloroso.

Disuria: micción dificultosa o dolorosa.

Doble protección: prevención tanto de la infección por ITS/VIH como de un embarazo no deseado. Puede lograrse con el uso constante de condones solamente o el uso simultáneo de dos métodos, uno de los cuales debe ser el preservativo.

Embarazo ectópico: embarazo en el cual el óvulo fertilizado se implanta fuera del útero, y la placenta y el feto comienzan a desarrollarse allí. El sitio más habitual es dentro de una trompa de Falopio.

Epididimitis: inflamación del epidídimo, complicación infrecuente de una infección uretral no tratada.

Epitelizar: cubierto por tejido epitelial (cicatrizar).

¹ Las definiciones aquí dadas se aplican a los términos utilizados en esta publicación; no se aplican necesariamente en otros contextos.

Error en el diagnóstico: diagnosticado erróneamente.

Infertilidad primaria: infertilidad en una pareja que nunca ha concebido.

Infertilidad secundaria: infertilidad en una pareja que previamente concibió al menos una vez.

Infertilidad: incapacidad de concebir, generalmente se supone que existe si no se logra el embarazo luego de 12 meses de relaciones sexuales habituales, sin el uso de ningún método anticonceptivo.

Examen forense: examen para buscar evidencia que luego puedan utilizarse en procesos judiciales, debe realizarse por profesionales especialmente capacitados.

Flujo vaginal similar a la cuajada: flujo vaginal blanquecino, como el requesón, habitual en la infección por levaduras.

Infecciones del tracto genital superior: incluye la infección del endometrio, las trompas de Falopio, los ovarios y el tejido circundante.

Infestación: desarrollo en el cuerpo de un agente patógeno, por ej., pediculosis en el cuerpo.

Integración: incorporación de otros servicios a los servicios preexistentes.

Loquios: flujo vaginal sanguinolento postparto, pero sin olor fétido.

Método preferido: método anticonceptivo que la paciente prefiere adoptar.

Monogamia seriada: situación en la cual una persona tiene una serie de relaciones sexuales de variada duración, de tal modo que él o ella tiene múltiples parejas en el tiempo pero nunca más de una simultáneamente.

Morbilidad: estado de una enfermedad.

Nulípara: mujer que nunca ha tenido un parto viable.

“Ordeñar”: verificación de secreción peniana mediante la colocación de los dedos de una mano varios centímetros detrás del escroto moviendo los dedos hacia arriba y adelante en dirección a la base del pene.

Orientación y prueba voluntaria confidencial para VIH (VCT): orientación anterior a la prueba de VIH, la prueba en sí, y la orientación posterior a la prueba cuando el paciente recibe los resultados.

Paciente ambulatorio: paciente que recibe tratamiento sin ser hospitalizado.

Paciente índice: el primer paciente a quien se le diagnosticó una infección en particular.

Patógeno: microorganismo, como una bacteria, que se aloja y alimenta de un huésped y provoca enfermedad.

Plan de parto: plan para el alumbramiento que toma en cuenta circunstancias especiales y posibles complicaciones o situaciones de emergencia.

Postaborto: período inmediatamente después del aborto, generalmente de no más de dos semanas de duración.

Postparto: primeras seis semanas posteriores al parto.

Nota: La infección postparto también se denomina septicemia puerperal.

Prestadores de servicios de salud: personas capacitadas para suministrar distintos servicios sanitarios.

Procedimiento transcervical: cualquier procedimiento que requiere el pasaje de un instrumento o dispositivo a través del cuello uterino (por ej., inserción de un dispositivo intrauterino (DIU), sistema de aspiración al vacío manual (MVA), biopsia endometrial).

Profilaxis: prevención de una enfermedad o proceso que puede ser causante de enfermedad.

Riesgo doble: riesgo de embarazo y de ITS/VIH.

Rotura de membranas pretérmino: rotura de membranas antes de las 37 semanas de gestación (antes de que el embarazo llegue a término).

Rotura prematura de membranas: rotura de membranas después de 37 semanas de gestación (embarazo), pero antes del comienzo del trabajo de parto.

Tamizaje: examen de personas generalmente asintomáticas para detectar aquellas con signos de una enfermedad dada.

Septicemia: presencia microorganismos o sus toxinas en la sangre.

Servicios integrados: disponibilidad de múltiples servicios sanitarios (por ejemplo, planificación familiar y tratamiento de las ITS) a través de un único servicio de salud o en una única visita.

Sexo seco: práctica sexual que implica la penetración en la vagina cuando la mujer tiene una vagina seca. En ocasiones se utilizan hierbas para aumentar la sequedad. El sexo seco aumenta los riesgos de infecciones transmitidas sexualmente, incluido el VIH.

Signos: anomalías indicadoras de enfermedad identificadas por el prestador de servicios de salud al examinar a la paciente.

Síntoma: fenómeno anormal experimentado por el paciente e indicador de enfermedad.

Sistema de aspiración al vacío manual (MVA): técnica para evacuar el contenido intrauterino a través del uso de una jeringa manual especialmente diseñada.

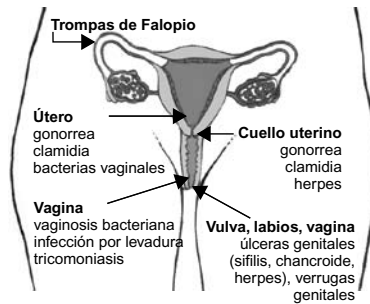
Tasa de incidencia: número de casos nuevos de una enfermedad en una población definida en un período específico de tiempo.

Tasa de prevalencia: número de casos de una enfermedad en una población dada en un período o punto en el tiempo específicos.

Terapia parenteral: terapia administrada por algún otro medio que no sea el tracto gastrointestinal; generalmente se refiere a fármacos administrados por vía intravenosa, intramuscular o subcutánea.

Teratogenicidad: habilidad de causar defectos en un feto en desarrollo, un efecto secundario potencial de varios fármacos.

Hisopo: trozo de algodón o gasa enrollado adosado al extremo de un palillo o pinzas de presión, utilizado para aplicar medicamentos u obtener una muestra biológica de una superficie.



Tracto reproductivo femenino: incluye la vulva, vagina, cavidad uterina y trompas de Falopio.

Transmisión vertical (MTCT): transmisión del VIH de una madre infectada a su hijo/a durante el embarazo, trabajo de parto o después del parto a través de la leche materna.

Transmisión: pasaje de microorganismos causantes de enfermedad de una persona a otra.

Tratamiento presuntivo: tratamiento basado en la presuposición de que la persona está infectada, no en evidencia de la enfermedad.

Tratamiento profiláctico: véase profilaxis.

Uso de doble método: utilización de un método de barrera para la protección contra infecciones transmitidas sexualmente y otro método anticonceptivo.

Violencia sexual: cualquier acto sexual, intento de obtener un acto sexual, comentarios o avances sexuales no deseados, o actos para lucrar con la sexualidad de mujeres, usando coerción, amenazas de daño o fuerza física, por parte de cualquier persona independientemente de la relación con la víctima, en cualquier contexto, incluido pero no limitándose al hogar y trabajo.

Para obtener más información, comuníquese con el:
Departamento de Salud Reproductiva e investigaciones Conexas
Organización Mundial de la Salud
1211 Ginebra 27, Suiza

Fax: **+41 22 791 4189 / 4171**

Correo electrónico: **reproductivehealth@who.int**

Sitio web: **www.who.int/reproductive_health**



**Organización
Mundial de la Salud**



Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

ISBN 92 4 359265 3



9 789242 359265