

# Manual para Capacitadores en el Manejo Sindromático de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

SEGUNDA EDICIÓN

CENSIDA

México 2004

México 2004

Secretaría de Salud  
Subsecretaría de Prevención  
y Promoción de la Salud

Centro Nacional para la  
Prevención y el Control del VIH/SIDA  
CENSIDA

Herschel No. 119, Col. Anzures  
México, DF, 11590

[www.salud.gob.mx/conasida](http://www.salud.gob.mx/conasida)

**Manual de Capacitadores en el  
Manejo Sindromático de las Infecciones  
de Transmisión Sexual (ITS)**

**SEGUNDA EDICIÓN  
ISBN 970-721-253-5**

PRIMERA EDICIÓN  
ISBN 968-811-838-9

Impreso y Hecho en México  
Printed and Made in Mexico

Para la reproducción parcial o total de este Manual  
será necesario contar con la autorización por escrito  
de la Dirección General del Centro Nacional para  
la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA).

## **Secretaría de Salud**



**DR. JULIO FRENK MORA**  
Secretario de Salud

**DR. ROBERTO TAPIA CONYER**  
Subsecretario de Prevención  
y Promoción de la Salud

**DR. JORGE SAAVEDRA L.**  
Director General del Centro Nacional  
para la Prevención y el Control del VIH/SIDA  
CENSIDA



## **Autoras y Autores**



Dr. Carlos Cruz Palacios  
Lic. Guillermo Egremy Mendivil  
Dr. Ubaldo Ramos Alamillo

### **Coordinadora del Proyecto**

Dra. Griselda Hernández Tepichín  
Directora de Atención Integral del CENSIDA

### **Director Editorial**

Dr. Jorge A. Saavedra L.

### **Coordinador Editorial**

José García Frías  
Jefe del Departamento de Promoción de la Salud Sexual del CENSIDA

### **Diseño Gráfico y Editorial**

D.G. Marisela Calderón Pérez

## **Agradecimientos**

### **Dra. Elena Urdez Hernández**

Hospital de Infectología Centro Médico “La Raza”  
Instituto Mexicano del Seguro Social

### **Dra. Concepción Hernández**

Hospital de Infectología Centro Médico “La Raza”  
Instituto Mexicano del Seguro Social

### **QFB Carlos Conde**

Instituto Nacional de Salud Pública

### **Dr. Gerardo Casanova**

Instituto Nacional de Perinatología



# ÍNDICE

Presentación		9
Módulo 1	LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	11
	1) Impacto de las ITS en México	11
	2) Panorama Epidemiológico	11
	3) Objetivo del Uso del Manejo Sindromático de las ITS	14
	4) Importancia del Control de las ITS	15
	5) Detección de Casos	17
Módulo 2	EL MANEJO SINDROMÁTICO DE LAS ITS	25
	6) Definición del Manejo Sindromático de las ITS en México	25
	7) Historia Clínica y Exploración Física en las ITS	29
	8) Utilización de Flujogramas	31
	9) Flujogramas	33
Módulo 3	LAS ITS MÁS FRECUENTES	43
	10) Fisiopatología y Diagnóstico de las ITS	43
	11) Tratamiento	59
Módulo 4	SEXUALIDAD HUMANA	75
	12) La Sexualidad como una Característica Humana	75
	13) El Condón en la Prevención de las ITS	78
	14) Introducción a la Consejería Sexual	79
Módulo 5	METODOLOGÍA DE LA ENSEÑANZA EN EL MANEJO SINDROMÁTICO DE LAS ITS	87
	15) El Proceso de Aprendizaje	87
	16) Los Objetivos del Aprendizaje	88
	17) La Organización del Recorrido del Aprendizaje	88
	18) El Rol de los Animadores del Proceso de Aprendizaje	88
	19) Modelos de Aprendizaje	89
	20) Aspectos Metodológicos en la Enseñanza de la Educación Sexual dirigida a la Prevención de las ITS	90
	21) Sesión de Casos Clínicos	93

Módulo 6	DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO DE LAS ITS	97
	22) Descripción y Utilidad de las Pruebas de Detección en la Unidades de Salud en México	98
Glosario		107
Diaporama		123
Bibliografía		125



---

## PRESENTACIÓN

---

Ante la necesidad de proporcionar las herramientas necesarias que propicien el MANEJO SINDROMÁTICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS), el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS (CENSIDA) diseñó este Manual, cuyo objetivo es capacitar personal de salud en la atención de las ITS con enfoque sindromático, con el fin de formar multiplicadores de la información que a su vez capaciten a los prestadores de servicios de primer y segundo nivel.

En estos padecimientos el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno cobran vital importancia, no sólo por las complicaciones y secuelas que presentan sino también por el impacto que tienen en la sociedad y en la economía del país.

Aunque la mayoría de las ITS son curables, existen otras que no lo son, por lo que las acciones en cuestión de salud deben encaminarse hacia la aplicación de medidas preventivas, con la finalidad de que se brinde una mejor atención a la población.

Con la finalidad de crear una herramienta de apoyo en la toma de decisiones que beneficie a las y los pacientes, se conjuntó a un grupo de expertos para darle forma al presente Manual para Capacitadores en el Manejo Sindromático de las ITS, que en esta ocasión presenta su Segunda Edición.

Este trabajo está específicamente dirigido al personal de salud del primer y segundo nivel de atención, para facilitar la toma de decisiones en el manejo de las ITS, mediante el conocimiento de los signos y síntomas para su utilización, con objeto de disminuir la incidencia/prevalencia, así como las secuelas y complicaciones secundarias.

Básicamente presenta el enfoque sindromático, a través de seis módulos, de manera clara y sencilla, estableciendo los puntos más sobresalientes de las ITS, con la finalidad de que este material pueda ser replicado y utilizado como una herramienta más en la atención de la población.

Cabe mencionar que el tiempo indicado para la aplicación de las actividades que conforman este Manual de Capacitación, dependerá de diversos factores, incluyendo aquellos temas que le interesen más al grupo con el que se trabaje, así como las prioridades que se señalen.

Esperamos que este trabajo ayude al desarrollo de las actividades que se plantean en el mismo, así como para el logro de los objetivos para los que fue elaborado.

**Dr. Jorge Saavedra López**  
Director General del CENSIDA



# MÓDULO 1

## LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

### 1) Impacto de las ITS en México

Hasta hace 50 años las ITS constituían una parte importante en la práctica médica; tanto las manifestaciones agudas como sus complicaciones eran comunes. La aparición de nuevos antibióticos y un nuevo escenario hizo pensar que serían erradicadas. Sin embargo, tres acontecimientos modificaron la dinámica de las ITS en las últimas tres décadas provocando su resurgimiento; por un lado los cambios del comportamiento originados por la revolución sexual que aumentaron la probabilidad de exposición, la aparición de cepas de *Neisseria gonorrhoeae* y *Haemophilus ducreyi*, resistentes a antibióticos tradicionales y finalmente la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), causante del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

En la última década, la incidencia de estos padecimientos se ha relacionado tanto con el movimiento poblacional, el crecimiento de las zonas urbanas, y el desarrollo de zonas turísticas, además del incremento en el uso de drogas y el alcoholismo.

Las ITS como tricomonosis vaginal y candidosis vaginal, siguen siendo notificadas en un número elevado de casos en la población mexicana, en menor cantidad, sífilis y gonorrea. Aunque la etiología de la Vaginosis bacteriana y candidosis urogenital no están consideradas como ITS, sin embargo, por ser las causas más frecuentes de tratamiento médico, por lo que serán consideradas en el manejo sindromático. Pueden ser indicadoras de otros problemas de salud y sólo en algunos casos de Vaginosis bacteriana se establece la transmisión sexual.

Las medidas de prevención y control de las ITS se deben basar en la aplicación de estrategias tendientes a reducir la exposición, mediante:

- A) Promoción de la salud, medidas de prevención y protección, que logren impactar en la modificación del comportamiento sexual, conductas, hábitos y actitudes, que disminuyan el riesgo de transmisión.
- B) Atención oportuna de los casos e información a las personas con prácticas de riesgo.
- C) Seguimiento y búsqueda de contactos para inicio de tratamiento mediante el enfoque sindromático.

### 2) Panorama Epidemiológico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 900 mil personas se infectan a diario y se registran 340 millones de casos nuevos de ITS cada año en el mundo, y la proporción de casos de ITS es mayor entre personas de 15 a 49 años, siendo similar en ambos géneros, observándose un ligero predominio entre los hombres, debido probablemente a un aumento

de relaciones sexuales sin protección y con múltiples parejas, y en las mujeres, muchos de estos padecimientos cursan asintomáticos.

El comportamiento de las ITS en la República Mexicana durante el período de 1986 a 2004, presenta dos vertientes: la disminución de las ITS clásicas (sífilis adquirida de 6.3 a 1.4%, sífilis congénita de 0.2 a 0.1%; linfogranuloma venéreo de 0.5 a 0.2; chancro blando de 1.2 a 0.6 y Gonorrea de 19.1 a 12), tricomoniasis urogenital de 31.6 a 95.3 y un incremento de las nuevas ITS, herpes genital de 1.1 a 2.7, exceptuando la infección por hepatitis B que disminuyó de 0.6 a 0.5 tasa por 100,000 habitantes.

Los datos disponibles sobre la epidemiología de cada uno de estos agentes son variables puesto que no todas las infecciones son de notificación obligatoria. Por otro lado la notificación está sujeta al subregistro y a la subnotificación.

En el Cuadro 1 se presenta la incidencia de las ITS en la República Mexicana.

La epidemiología define el estudio de la distribución, dinámica y factores determinantes de las enfermedades en una población, por lo que debe estudiarse según el tiempo, lugar y persona.

### **Tiempo**

Morbilidad y mortalidad en los últimos 14 años, canales endémicos para conocer el incremento en las regiones e intensificar las acciones, sobre todo de prevención durante este periodo.

### **Lugar**

Reconocer las áreas o regiones geográficas por jurisdicción o municipio, relacionándolas con la morbilidad y mortalidad por año para incrementar las acciones en estos lugares.

### **Persona**

Considerar a las personas mayores de 14 años, por ser la población más afectada en el país, hombres y mujeres dedicados al comercio sexual, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), personas con múltiples parejas sexuales, usuarios de drogas inyectables (UDI) y poblaciones vulnerables (mujeres, jóvenes, embarazadas, migrantes, indígenas y personas privadas de la libertad), de tal manera que se integre un análisis según el sexo, edad, ocupación, tipo de práctica sexual, escolaridad, nivel socioeconómico y antecedentes de ITS, con el fin de garantizar el desarrollo de estrategias preventivas, específicas para estas poblaciones y conocer el impacto.

Dentro de los patrones que influyen en la transmisión de estas infecciones se consideran los siguientes:

- ♦ Edad de inicio de la vida sexual: a menor edad, existe una mayor la probabilidad de tener más compañeros sexuales en el transcurso de la vida.
- ♦ Cambios frecuentes y repetidos de compañeros sexuales, así como prácticas de riesgo que favorecen la transmisión.
- ♦ El poco o nulo uso del condón u otra medida de sexo seguro.
- ♦ Uso de drogas inyectables o de cualquier tipo.

La tasa de reproducción de las ITS y el VIH, está determinada por tres factores:

- 1) El promedio de veces en que ocurre exposición de las personas susceptibles a las personas infectadas, o “tasa efectiva media de exposición”.
- 2) La probabilidad promedio de que una persona susceptible adquiera la infección en cada exposición, o “eficacia media de transmisión por cada exposición”.
- 3) El tiempo promedio que las personas infectadas permanecen infectantes, o “duración media de la infectividad”.

### **Factores Condicionantes Relacionados con la Provisión de Servicios de Salud**

La provisión de servicios de salud preventiva y curativa para personas con vida sexual activa es un factor fundamental para la ocurrencia o no de las ITS al intervenir en todos los factores de la tasa de reproducción, convirtiéndose en un factor de riesgo en caso de su ausencia y en un factor protector en caso de su presencia.

### **Características Principales de los Servicios de Salud**

- ♦ **Accesibilidad.**
- ♦ **Disponibilidad de servicios para cuidados de salud preventivos.**
- ♦ **Disponibilidad de programas de consultas prenatales para embarazadas.**
- ♦ **Seguridad y racionalidad técnica, integrando la idoneidad y competencia profesional (que puede modificarse por la disponibilidad del talento humano, su formación, su capacitación, y sus actitudes hacia sus pacientes con ITS)**
- ♦ **Disponibilidad en el tratamiento oportuno y eficaz mediante el abordaje sindromático de las ITS.**
- ♦ **Disponibilidad y suficiencia de recurso.**

**Atención humanizada y la satisfacción del usuario, fundamentales para que las personas con ITS acudan a los servicios profesionales y no a los servicios alternos.**

### **Factores Condicionantes Demográficos y Sociales**

Los factores sociales y demográficos identificados como condicionantes de la ocurrencia de una ITS, afectan directa o indirectamente la frecuencia con que una persona se expone a adquirirlas y la duración de su infectividad, e incluyen:

- ♦ **Población Adolescente y Adulta Joven**

Esta población se caracteriza por tener una tasa alta de exposición, susceptibilidad mayor y un menor acceso a los servicios de salud.

- ♦ **Nivel Educativo**

La escasa educación general y social pueden debilitar la capacidad de negociación del acceso a las relaciones sexuales y de la protección durante las mismas, y aumentar las diferentes formas de trabajo sexual, así como limita el acceso y la percepción de acceso a los servicios de salud.

- ♦ La urbanización y la Concentración de la Población

Pueden modificar los patrones de contacto íntimo entre los individuos de la población, aumentando la exposición a individuos que hacen parte de redes sexuales densas.

- ♦ Los Cambios Estructurales de los Valores Sociales
- ♦ La Disponibilidad de y el Acceso a los Condones

### **Factores Condicionantes Relacionados con el Estilo de Vida**

Estos factores pueden darse por una baja percepción consciente de la vulnerabilidad a adquirir ITS o por estilo de vida de búsqueda de riesgos que influyen en la tasa de exposición, entre los cuales están:

- ♦ El compromiso de la persona al cuidado integral de su salud (autocuidado), que se relaciona con la responsabilidad individual en cuanto al ejercicio de la sexualidad sana y responsable, la búsqueda de servicios de salud preventivos o curativos y el cumplimiento de los tratamientos para beneficio propio y el de los contactos sexuales.
- ♦ El uso de los servicios de las y los trabajadores sexuales.
- ♦ La actitud frente al uso del condón.
- ♦ El consumo de drogas inyectables.

### **Factores Condicionantes Biológicos**

Existen ciertos factores biológicos que predisponen a las personas para adquirir una ITS:

- ♦ Las mujeres jóvenes y adolescentes están predispuestas más que los hombres de su misma edad, aunque inician la actividad sexual en la adolescencia.
- ♦ Contacto sexual con una persona con ITS, la transmisión aumenta después de varios contactos.
- ♦ Factores virulentos y ciertas características del microorganismo infectante.

## **3) Objetivos del Uso del Manejo Sindromático de las ITS**

### **General**

- ♦ Fortalecer el manejo eficiente y eficaz de las ITS en los servicios de salud del país.

### **Específicos**

- ♦ Proporcionar una herramienta de capacitación que responda a la necesidad de utilizar eficiente y eficazmente los recursos e infraestructura en los servicios de salud.
- ♦ Disminuir la morbilidad y mortalidad en las ITS, mediante la atención de casos y contactos con el enfoque sindromático.
- ♦ Establecer el abordaje sindromático de las ITS por medio del uso de flujogramas.
- ♦ Conocer el comportamiento etiológico de las ITS.
- ♦ Planear estrategias para la prevención con enfoque según el riesgo.
- ♦ Integrar el enfoque sindromático de manera interinstitucional para ampliar la cobertura a la población.

- ♦ Unificar criterios para el manejo integral de las ITS en las 32 entidades federativas.
- ♦ Proporcionar lineamientos para el manejo de contactos sexuales y la importancia de la confidencialidad, educación y consejería en ITS.

#### **4) Importancia del Control de las ITS**

Las intervenciones en ITS deben dirigirse prioritariamente a poblaciones con prácticas de riesgo, considerados como transmisores de ITS y a población en general, con el adecuado soporte logístico para el abastecimiento de medicamentos y herramientas diagnósticas, vigilancia, capacitación y evaluación.

##### Objetivos Principales del Control de ITS

- ♦ Interrumpir la transmisión de las mismas.
- ♦ Reducir el riesgo de adquirir y transmitir el VIH.

##### Actividades de Control de las ITS (ver recuadros)

- ♦ Promoción de conductas sexuales más seguras.
- ♦ Promoción, distribución y uso sistemático del condón.
- ♦ Creación de servicios de salud en ITS.

## **Recomendaciones de la OMS para la Implementación de estas Intervenciones para la Prevención del VIH**

### **Razones para no Acudir a un Servicio Clínico de ITS**

- ♦ Naturaleza asintomática de alguna ITS
- ♦ Desconocimiento de los síntomas más comunes
- ♦ No se reconoce el riesgo personal
- ♦ No se reconoce el riesgo de la pareja
- ♦ Rechazo de los servicios por miedo al estigma y/o discriminación
- ♦ Servicios inaccesibles, inaceptables y de baja calidad

### **La Consulta Médica es la Oportunidad Para:**

- ♦ Diagnóstico
- ♦ Tratamiento
- ♦ Promoción de sexo seguro y uso sistemático del condón
- ♦ Educación y consejería
- ♦ Seguimiento y estudio de contactos

### **Actividades para Mejorar el Acceso de los Servicios de Salud en ITS**

- ♦ Actividades de información, educación y comunicación
- ♦ Referencia de contactos
- ♦ Búsqueda de casos
- ♦ Pruebas de laboratorio
- ♦ Investigación



## **5) Detección de Casos**

La detección temprana de las personas afectadas por las ITS y el inicio de un tratamiento oportuno son factores primordiales para disminuir la propagación y las complicaciones secundarias de estos padecimientos.

### **La Detección de los Casos Puede Realizarse Mediante:**

- ♦ **El reconocimiento de signos y síntomas relacionados con las ITS.**
- ♦ **La exploración física de las y los usuarios que acuden a las unidades del Sistema Nacional de Salud.**
- ♦ **Pruebas de laboratorio que el personal de salud solicita previa sospecha del caso.**

**Cuadro 1**  
**INCIDENCIA DE LAS ITS EN LA REPÚBLICA MEXICANA**

PADECIMIENTO	1990			1991		
	CASOS	TASA	POBLACIÓN	CASOS	TASA	POBLACIÓN
Sífilis congénita	71	0.03	2,735,312	94	0.03	2,756,447
Sífilis adquirida	3685	4.40	83,822,469	2632	3.08	85,469,082
Gonorrea	19870	23.70	83,822,469	24335	28.47	85,469,082
Chancro Blando	766	0.91	83,822,469	562	0.66	85,469,082
Linfogranuloma venéreo	242	0.29	83,822,469	198	0.23	85,469,082
Herpes genital	2927	3.49	83,822,469	3168	3.71	85,469,082
Hepatitis B	471	0.56	83,822,469	241	0.28	85,469,082
Tricomoniasis	94226	112.41	83,822,469	96017	112.34	85,469,082
Candidiasis	72718	86.75	83,822,469	80955	94.72	85,469,082
VPH						
Total	194976	232.61	83,822,469	208202	243.60	85,469,082
VIH						
SIDA por Notificación	2574	3.07	83,822,469	3112	3.64	85,469,082
SIDA por DX.	203	0.24	83,822,469	891	1.04	85,469,082
SIDA por T. Sanguínea*	376	0.45	83,822,469	356	0.42	85,469,082

% SIDA T. Sanguínea** por misma causa	CASOS	%		CASOS	%	
	378	99.47		360	98.89	

% SIDA T. Sanguínea* respecto al total casos	CASOS	%		CASOS	%	
	2574	14.61		3112	11.44	

Tasa de Sífilis congénita por 1000 nacidos vivos registrados

Resto de las ITS , VIH y SIDA, tasa por 100,000 hab.

\* Sin incluir extranjeros

\*\* Incluye extranjeros

Fuente: Registro Nacional de Casos de VIH/SIDA, Boletín Epidemiológico. Conapo.

1992			1993			1994		
CASOS	TASA	POBLACIÓN	CASOS	TASA	POBLACIÓN	CASOS	TASA	POBLACIÓN
55	0.02	2,797,397	41	1.44	2,839,686	27	0.93	2,904,389
2553	2.93	87,138,864	1947	2.19	88,754,971	1991	2.20	90,385,741
25292	29.03	87,138,864	29439	33.17	88,754,971	24085	26.65	90,385,741
638	0.73	87,138,864	618	0.70	88,754,971	648	0.72	90,385,741
243	0.28	87,138,864	364	0.41	88,754,971	270	0.30	90,385,741
3004	3.45	87,138,864	3087	3.48	88,754,971	3177	3.51	90,385,741
496	0.57	87,138,864	743	0.84	88,754,971	666	0.74	90,385,741
103304	118.59	87,138,864	102855	15.89	88,754,971	102297	113.18	90,385,741
91850	105.44	87,138,864	96725	08.98	88,754,971	118438	131.04	90,385,741
227435	261.08	87,138,864	235819	265.70	88,754,971	251599	278.36	90,385,741
3184	3.65	87,138,864	5008	5.64	88,754,971	4072	4.51	90,385,741
1542	1.77	87,138,864	1287	1.45	88,754,971	1309	1.45	90,385,741
266	0.31	87,138,864	287	0.32	88,754,971	205	0.23	90,385,741

CASOS	%		CASOS	%		CASOS	%	
378	70.37		288	99.65		207	99.03	

CASOS	%		CASOS	%		CASOS	%	
3184	8.35		5008	5.73		4072	5.03	

PADECIMIENTO	1995			1996		
	CASOS	TASA	POBLACIÓN	CASOS	TASA	POBLACIÓN
Sífilis congénita	52	1.89	2,750,444	60	2.22	2,707,718
Sífilis adquirida	2204	2.40	91,992,164	1424	1.52	93,571,606
Gonorrea	8612	9.36	91,992,164	12834	13.72	93,571,606
Chancro Blando	680	0.74	91,992,164	649	0.69	93,571,606
Linfogranuloma venéreo	208	0.23	91,992,164	268	0.29	93,571,606
Herpes genital	2142	2.33	91,992,164	2893	3.09	93,571,606
Hepatitis B	511	0.56	91,992,164	597	0.64	93,571,606
Tricomoniasis	80397	87.40	91,992,164	102807	109.87	93,571,606
Candidiasis	95192	103.48	91,992,164	128964	137.82	93,571,606
VPH						
Total	189998	206.54	91,992,164	250496	267.71	93,571,606
VIH	1580	1.72	91,992,164	1773	1.89	93,571,606
SIDA por Notificación	4296	4.67	91,992,164	4194	4.48	93,571,606
SIDA por DX.	1202	1.31	91,992,164	1423	1.52	93,571,606
SIDA por T. Sanguínea*	129	0.14	91,992,164	145	0.15	93,571,606

% SIDA T. Sanguínea** por misma causa	CASOS	%		CASOS	%	
	129	100.00		146	99.32	

% SIDA T. Sanguínea* respecto al total casos	CASOS	%		CASOS	%	
	4296	3.00		4194	3.46	

Tasa de Sífilis congénita por 1000 nacidos vivos registrados

Resto de las ITS, VIH y SIDA, tasa por 100,000 hab.

\* Sin incluir extranjeros

\*\* Incluye extranjeros

Fuente: Registro Nacional de Casos de VIH/SIDA, Boletín Epidemiológico. Conapo.

1997			1998			1999		
CASOS	TASA	POBLACIÓN	CASOS	TASA	POBLACIÓN	CASOS	TASA	POBLACIÓN
82	3.04	2,698,425	63	2.36	2,668,428	66	2.38	2,769,089
2001	2.10	95,127,496	1732	1.79	96,648,935	1821	1.86	98,132,418
13988	14.70	95,127,496	15101	15.62	96,648,935	15169	15.46	98,132,418
899	0.95	95,127,496	1052	1.09	96,648,935	717	0.73	98,132,418
326	0.34	95,127,496	367	0.38	96,648,935	331	0.34	98,132,418
3855	4.05	95,127,496	4798	4.96	96,648,935	5185	5.28	98,132,418
1045	1.10	95,127,496	971	1.00	96,648,935	902	0.92	98,132,418
119190	125.30	95,127,496	137343	142.11	96,648,935	170376	173.62	98,132,418
171475	180.26	95,127,496	230641	238.64	96,648,935	290220	295.74	98,132,418
312861	328.89	95,127,496	392068	405.66	96,648,935	484787	494.01	98,132,418
2215	2.33	95,127,496	2373	2.46	96,648,935	2722	2.77	98,132,418
3652	3.84	95,127,496	4745	4.91	96,648,935	4367	4.45	98,132,418
756	0.79	95,127,496	937	0.97	96,648,935	1092	1.11	98,132,418
92	0.10	95,127,496	121	0.13	96,648,935		0.00	98,132,418

CASOS	%		CASOS	%		CASOS	%	
92	100.00							

CASOS	%		CASOS	%		CASOS	%	
3652	2.52							

PADECIMIENTO	2000			2001		
	CASOS	TASA	POBLACIÓN	CASOS	TASA	POBLACIÓN
Sífilis congénita	67	2.47	2,717,505	98	3.62	2,709,282
Sífilis adquirida	1824	1.83	99,582,251	1876	1.86	100,997,684
Gonorrea	4597	4.62	99,582,251	2767	2.74	100,997,684
Chancro Blando	751	0.75	99,582,251	735	0.73	100,997,684
Linfogranuloma venéreo	241	0.24	99,582,251	268	0.27	100,997,684
Herpes genital	6488	6.52	99,582,251	6784	6.72	100,997,684
Hepatitis B	835	0.84	99,582,251	853	0.84	100,997,684
Tricomoniasis	174447	175.18	99,582,251	188671	186.81	100,997,684
Candidiasis	302047	303.31	99,582,251	329070	325.82	100,997,684
VPH	10393	10.44	99,582,251	3802	13.67	100,997,684
Total	501690	503.79	99,582,251	544924	539.54	100,997,684
VIH	3319	3.33	99,582,251	3721	3.68	100,997,684
SIDA por Notificación	4855	4.88	99,582,251			
SIDA por DX.	1110	1.11	99,582,251	1170	1.16	100,997,684
SIDA por T. Sanguínea*		0.00	99,582,251		0.00	100,997,684

% SIDA T. Sanguínea** por misma causa	CASOS	%	

% SIDA T. Sanguínea* respecto al total casos	CASOS	%	

Tasa de Sífilis congénita por 1000 nacidos vivos registrados

Resto de las ITS , VIH y SIDA, tasa por 100,000 hab.

\* Sin incluir extranjeros

\*\* Incluye extranjeros

Fuente: Registro Nacional de Casos de VIH/SIDA, Boletín Epidemiológico. Conapo.

2002			2003			2004		
CASOS	TASA	POBLACIÓN	CASOS	TASA	POBLACIÓN	CASOS	TASA	POBLACIÓN
91	3.37	2,701,059	87					
1970	1.92	102,377,645	1975	0.08	104,213,503		0.00	105,349,837
2151	2.10	102,377,645	1626	1.90	104,213,503		0.00	105,349,837
717	0.70	102,377,645	957	1.56	104,213,503		0.00	105,349,837
300	0.29	102,377,645	324	0.92	104,213,503		0.00	105,349,837
7231	7.06	102,377,645	2691	0.31	104,213,503		0.00	105,349,837
777	0.76	102,377,645	1055	2.58	104,213,503		0.00	105,349,837
202290	197.59	102,377,645	183157	1.01	104,213,503		0.00	105,349,837
350896	342.75	102,377,645	336648	175.75	104,213,503		0.00	105,349,837
14878	14.53	102,377,645	16848	323.04	104,213,503		0.00	105,349,837
581301	567.80	102,377,645	545368	16.17	104,213,503		0.00	105,349,837
3108	3.04	102,377,645	4597	523.32	104,213,503		0.00	105,349,837
1348	1.32	102,377,645		0.00	104,213,503		0.00	105,349,837
	0.00	102,377,645		0.00	104,213,503		0.00	105,349,837





## MÓDULO 2

### EL MANEJO SINDROMÁTICO DE LAS ITS

#### 6) Definición del Manejo Sindromático de las ITS en México

El Diagnóstico de una ITS Puede Realizarse por Medio de Tres Formas:

- A) Manejo Etiológico
- B) Manejo Clínico
- C) Manejo Sindromático

Es necesario enfatizar que en cualquiera de estas modalidades la historia clínica y la exploración física juegan un papel determinante.

#### A) Manejo Etiológico

Es a menudo indicado como la forma adecuada de ofrecer el servicio médico a un paciente con ITS, para lo que se requiere de un apoyo del laboratorio para obtener un diagnóstico preciso.

Los signos y síntomas de diferentes ITS son similares y para brindar al paciente atención individualizada y resolver su problema, se requiere de laboratorios que realicen pruebas rápidas para el diagnóstico etiológico de estas infecciones.

Para el funcionamiento de laboratorios se requiere de personal capacitado, material y equipo que en algunas ocasiones no están disponibles en las unidades de atención, por lo que este servicio se ubica generalmente en aquellas unidades de segundo y tercer nivel de atención. Asimismo, debe ser utilizado para confirmar los agentes etiológicos cuando se utilice el manejo sindromático y no se tenga éxito con el tratamiento.

#### VENTAJAS

- ♦ Permite establecer un diagnóstico preciso del problema.
- ♦ Tratamiento específico al problema.
- ♦ Es útil para realizar estudios de susceptibilidad antimicrobiana en los microorganismos aislados (*N. gonorrhoeae* y *H. ducreyi*).
- ♦ Puede ser utilizado con fines de investigación.

#### DESVANTAJAS

- ♦ Se requiere del apoyo del laboratorio.
- ♦ Las pruebas diagnósticas adecuadas son costosas y pueden no estar disponibles en los laboratorios y el país.
- ♦ El tiempo de espera en la entrega del resultado puede durar varios días dependiendo el examen solicitado.
- ♦ Aumentan las visitas de seguimiento del paciente.

## **B) Manejo Clínico**

Se basa en la experiencia clínica del examinador por medio de la historia clínica y el examen físico al paciente donde pueden obtener un diagnóstico etiológico, como sífilis en el caso de una úlcera indolora en el hombre o el caso de uretritis gonocócica o no gonocócica en presencia de secreción uretral. Sin embargo, la sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico-etiológico es baja cuando se compara con los resultados del laboratorio y no permite identificar ITS mixtas que deben ser tratadas simultáneamente.

### **VENTAJAS**

- ◆ Requiere de una historia clínica cuidadosa y exhaustiva.
- ◆ Involucra un examen físico riguroso.
- ◆ Tratamiento inmediato.
- ◆ No requiere laboratorio.

### **DESVENTAJAS**

- ◆ Infecciones mixtas impiden un diagnóstico adecuado.
- ◆ Baja sensibilidad y poca especificidad.

## **C) Manejo Sindromático**

El manejo sindromático se utiliza en patologías infecciosas. El clínico trata al paciente por la mayoría o totalidad de los patógenos potencialmente responsables del síndrome.

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

Un síndrome puede ser causado por uno o varias ITS.

El uso del manejo sindromático permite al clínico hacer un diagnóstico rápido y administrar el tratamiento en la primera consulta del paciente, por lo que tiene mayores posibilidades de curarse.

La aplicación del manejo sindromático se debe considerar como una herramienta más para el clínico en su práctica diaria, recordando que aquellos casos que no pueden ser tratados sean derivados al siguiente nivel de atención.

### **VENTAJAS**

- ◆ Es simple y puede implementarse en todas las unidades de atención.
- ◆ Permite hacer un diagnóstico rápido.
- ◆ Permite dar un tratamiento que cubra la mayor parte de los microorganismos involucrados.
- ◆ No es necesaria la utilización del laboratorio.
- ◆ No requiere de personal especializado para llevar a cabo su aplicación.
- ◆ Permite diagnóstico y tratamiento en una sola visita.

- ♦ Se necesitan requisitos mínimos de capacitación y puede ser usado por un amplio rango de trabajadores de la salud.

## **DESVENTAJAS**

- ♦ Algunas y algunos pacientes pueden ser sobretratados.
- ♦ La utilización de fármacos de alto costo y con efectos colaterales importantes.
- ♦ En caso de cepas resistentes puede haber falla terapéutica.

La OMS recomienda la incorporación de este modelo de atención a los programas de ITS en todas las unidades de salud que cuenten o no con apoyo de laboratorio, utilizando para ello flujogramas que han sido probados y validados.

Si a esto se suma que tener una ITS incrementa el riesgo de adquirir la infección por el VIH, el manejo sindromático ofrece la primera opción de abordaje terapéutico en las ITS.

## **OBJETIVOS DEL MANEJO SINDROMÁTICO**

- ♦ Identificar los síndromes más frecuentes de ITS.
- ♦ Tratarlos oportunamente con el uso de los flujogramas.
- ♦ Referir los casos no resueltos o complicados al siguiente nivel de atención.
- ♦ Aplicar las medidas de prevención y control específicas para evitar su propagación.

## **SÍNDROMES PRINCIPALES EN LAS ITS A CONSIDERAR**

- ♦ Secreción vaginal
- ♦ Secreción uretral
- ♦ Úlcera genital
- ♦ Dolor abdominal bajo
- ♦ Tumoraciones genitales (verrugas o condilomas)

## **¿Cómo Identificar los Síndromes?**

A pesar de que las ITS pueden ser causadas por diferentes microorganismos, estos pueden causar un limitado número de síndromes. El Cuadro 2 nos ayudará a reconocer los signos y síntomas más comunes de los principales síndromes de las ITS y sus etiologías.

Cuadro 2  
SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS COMUNES DE LOS  
PRINCIPALES SÍNDROMES DE LAS ITS Y SUS ETIOLOGÍAS

Síndrome	Síntomas	Signos	Agente causal
Secreción vaginal	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Flujo vaginal</li> <li>·Prurito vaginal/vulvar</li> <li>·Dolor/ardor al orinar</li> <li>·Dolor durante las relaciones sexuales</li> </ul>	Secreción vaginal	<b>Cervicitis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>·<i>Neisseria gonorrhoeae</i></li> <li>·<i>Chlamydia trachomatis</i></li> </ul> <b>Vaginitis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>·<i>Trichomonas vaginalis</i></li> </ul> <b>Vaginosis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>·<i>Gardnerella vaginalis</i></li> <li>·<i>Mycoplasma hominis</i></li> <li>·<i>Ureaplasma urealyticum</i></li> <li>·<i>Mobiluncus sp</i></li> </ul>
Secreción uretral	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Secreción uretral</li> <li>·Dolor/ardor al orinar</li> <li>·Micción frecuente</li> <li>·Comezón</li> </ul>	Secreción uretral	<ul style="list-style-type: none"> <li>·<i>Neisseria gonorrhoeae</i></li> <li>·<i>Chlamydia trachomatis</i></li> <li>·<i>Ureaplasma urealyticum</i></li> <li>·<i>Mycoplasma hominis</i></li> <li>·<i>Trichomonas vaginalis</i></li> </ul>
Úlcera genital	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Llaga o "grano" doloroso o indoloro y que puede ir precedida de vesículas localizada al área genital</li> </ul>	Úlcera genital	<ul style="list-style-type: none"> <li>·<i>Treponema pallidum</i></li> <li>·<i>Haemophilus ducreyi</i></li> <li>·Herpes simple tipo I y II</li> <li>·<i>C. trachomatis</i> (L<sub>1</sub>, L<sub>2</sub> y L<sub>3</sub>)</li> <li>·<i>Calymmatobacterium granulomatis</i></li> </ul>
Dolor abdominal bajo (EPI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Dolor en parte baja del abdomen</li> <li>·Aumento del dolor durante las relaciones sexuales</li> <li>·Fiebre</li> <li>·Resistencia muscular abdominal</li> </ul>	Dolor abdominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>·<i>Neisseria gonorrhoeae</i></li> <li>·<i>Chlamydia trachomatis</i></li> <li>·<i>Ureaplasma urealyticum</i></li> <li>·<i>Mycoplasma hominis</i></li> <li>·Estreptococo</li> <li>·<i>Anaerobios</i></li> </ul>
Tumoraciones genitales	<ul style="list-style-type: none"> <li>·<i>Generalmente asintomática</i></li> <li>·<i>Presencia de "bolitas" y/o "crestas" en genitales o región anal</i></li> </ul>	<i>Tumoración de diferente tamaño presente en: pene, recto, vagina, cérvix, a veces de aspecto perladas con umbilicación central (molusco)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Virus del Papiloma Humano (VPH)</li> <li>·Virus del Molusco contagioso</li> </ul>

## 7) Historia Clínica y Exploración Física en las ITS

La detección temprana de las personas afectadas por estas infecciones y el inicio de un tratamiento oportuno son factores primordiales para disminuir la propagación y las complicaciones secundarias de estos padecimientos.

### Historia Clínica

La historia clínica es la herramienta más importante en el manejo sindromático de las ITS ya que permiten obtener información de los signos y síntomas presentes. Por lo que el personal de salud siempre debe realizarla.

LA HISTORIA CLÍNICA DEBE INCLUIR:

#### Preguntas Generales

- ♦ Nombre
- ♦ Edad
- ♦ Sexo
- ♦ Lugar de origen y residencia
- ♦ Ocupación, escolaridad y estado civil

#### Antecedentes Médicos

- ♦ Historia de ITS (secreción vaginal/uretral, úlceras y/o verrugas genitales)
- ♦ Uso de drogas (inyectables u otro tipo)
- ♦ Transfusiones de sangre o hemoderivados
- ♦ Antecedente de alergia a antibióticos, como penicilina o sulfas u otros
- ♦ Historia sexual: edad de inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, circuncisión, uso del condón, menarca, fecha de última menstruación, gestas, partos, abortos, cesáreas y uso de métodos anticonceptivos.

#### Motivo de Consulta

- ♦ Inicio y duración de los síntomas
- ♦ Tratamiento previo y actual
- ♦ Presencia de complicaciones

Para obtener una mejor información acerca del historial clínico de las y los pacientes, el personal de salud debe contar con los elementos indispensables que le permitan obtener datos más confiables, por lo que debe:

- ♦ Generar un ambiente de confianza, evitando la hostilidad y/o rechazo hacia la persona.
- ♦ Crear “empatía,» ponerse en la situación del paciente”.
- ♦ Respetar la forma y estilo de vida de quien solicita el servicio.
- ♦ Fortalecer la confianza para comprender y demostrar al paciente que se entiende su situación.
- ♦ Explicar que la información se manejará con privacidad y confidencialidad.

- ♦ Proporcionar información clara, precisa y sencilla sobre las ITS, motivando a los pacientes a usar condón u otra medida de sexo seguro y que debe regresar a las consultas subsecuentes.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

### Condiciones

- ♦ Comodidad para el usuario
- ♦ Iluminación adecuada
- ♦ Privacidad
- ♦ Ventilación y temperatura adecuada
- ♦ Presencia de personal de enfermería o un acompañante
- ♦ Explicar siempre los procedimientos a realizar
- ♦ Contar con el material necesario a utilizar (guantes estériles, espejo vaginal, solución salina o agua bidestilada, hisopos y laminillas)

### Examen Físico

Un adecuado examen físico es fundamental para el diagnóstico clínico, etiológico y sobre todo para el manejo sindromático.

Es necesario ofrecer condiciones de respeto al pudor del paciente al momento de realizar el examen físico, tomando en cuenta las condiciones antes citadas y los patrones socioculturales de la población.

### En Todas y Todos los Pacientes

- ♦ Examen de la cavidad oral en busca de lesiones ulcerativas, manchas, secreción y vesículas, entre otras.
- ♦ Examen de ganglios linfáticos cervicales, axilares, crurales e inguinales.
- ♦ Examen de la piel, mucosas y anexos en busca de manchas, úlceras, pápulas, eritema o exantema, ubicados en tronco, palma de manos y planta de pies.
- ♦ Examen del vello púbico en busca de piojos y/o ladillas.
- ♦ Examen del ano en busca de secreción, úlceras y/o tumoraciones.

### En Hombres

- ♦ Examen de escroto y sus componentes anatómicos (testículos, epidídimo y cordón espermático) u otros hallazgos.
- ♦ Examen del pene, retrayendo el prepucio en busca de úlceras, secreción, tumoraciones.
- ♦ Si la secreción uretral no es evidente, solicitar al paciente que presione desde el nacimiento del pene deslizando la mano hacia la punta (masaje u “ordeño”).

**Es importante recordar que algunas ITS presentan manifestaciones extragenitales en la cavidad oral, anal y/o piel.**

### En Mujeres

- ♦ Cubrir con una sábana y/o bata quirúrgica hasta el nivel de las rodillas para obtener un mejor campo visual.
- ♦ Antes de explorar a la paciente el examinador debe ponerse los guantes.
- ♦ Examen de mamas en busca de lesiones cutáneas, tumoraciones y/o secreciones
- ♦ Examen de genitales externos y región inguinal en busca de lesiones de la mucosa, flujo, adenopatías y/o tumoraciones.
- ♦ Exploración vaginal con espejo: el examinador debe separar con el dedo medio e índice los labios mayores, introduciendo el espejo en posición vertical (lubricar con jalea hidrosoluble o en su caso con agua corriente), rotarlo suavemente hasta una posición horizontal, abriéndolo poco a poco hasta visualizar el cérvix con el fin de detectar la presencia de secreción en fondos de saco de Douglas, úlceras, verrugas y/o tumoraciones. Este es el momento adecuado para la toma de muestras (en caso de contar con el apoyo de laboratorio). Rotar nuevamente el espejo a una posición vertical y retirarlo suavemente para continuar con la exploración bimanual.
- ♦ Para la revisión bimanual introducir el dedo medio e índice previamente lubricados, para corroborar dolor a la movilidad del cérvix y la presencia de tumoraciones pélvicas.
- ♦ Examen del abdomen precisando presencia de dolor, resistencia, rebote y/o masas.

**Para la toma de muestras no se debe utilizar lubricante**

**La relación del personal de salud-paciente es primordial para tener éxito en el manejo sindromático**

## 8) Utilización de Flujogramas

Debido a que los síndromes de ITS son fácilmente identificables y manejables, se plantea el uso de flujogramas, diagramas de flujo o algoritmos.

### ¿Qué es un Flujograma?

El flujograma, es un árbol de acciones y decisiones. El flujograma guía al lector a través de una serie de decisiones y acciones que se deben de realizar. Cada acción o decisión está contenida en una figura geométrica (*paso*), con una o dos rutas que dirigen a la siguiente figura (*paso*), lo que implica el tomar otra decisión o realizar una acción en corto tiempo.

### ¿Cuál es la Utilidad del Flujograma?

- ♦ Permite racionalizar y estandarizar la toma de decisiones.
- ♦ Permite comparar la notificación de ITS de diferentes servicios de salud.
- ♦ Simplifica la recolección y análisis de datos, lo que facilita la vigilancia y planificación.
- ♦ Facilita la supervisión al personal de salud.
- ♦ Asegura que los pacientes con ITS reciban el mismo tratamiento para cada síndrome en todos los servicios de salud.
- ♦ Aumenta la confianza en los servicios médicos.
- ♦ Retrasa el desarrollo de resistencia antimicrobiana de algunos microorganismos de transmisión sexual (*N. gonorrhoeae* y *H. ducreyi*).

## Contenido del Flujograma

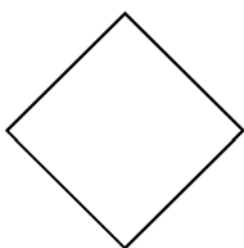
- ♦ Título del síndrome en estudio.
- ♦ Aplicación de la exploración física.
- ♦ Búsqueda de signos y síntomas relativos al problema que nos orientarán al diagnóstico.
- ♦ Proporcionar información sobre las ITS, en caso de no encontrar,
- ♦ Insistir en la utilización de medidas preventivas: el uso correcto y sistemático del condón y sexo seguro, en cada relación sexual.
- ♦ Proporcionar el tratamiento adecuado de acuerdo a los hallazgos encontrados en la exploración.
- ♦ Realizar el seguimiento del caso a los siete días o de acuerdo al tratamiento elegido para evaluar adherencia terapéutica o reinfección o curación clínica.
- ♦ Efectuar las pruebas específicas para cada problema, en caso de contar con el recurso de laboratorio.
- ♦ Referencia del paciente al siguiente nivel de atención cuando el problema lo requiera, utilizando el Sistema Nacional de Referencia y Contrarreferencia.
- ♦ Recordar que se pueden tener dos o más síndromes de manera concomitante, los cuales deben ser tratados siguiendo los flujogramas correspondientes.

PARA UTILIZAR EL FLUJOGRAMA SE DEBE SEGUIR TRES PASOS PRINCIPALES:

- 1) Iniciar con el problema, signo o síntoma que el paciente presenta
- 2) La decisión que debe tomarse
- 3) La acción que se debe realizar



Con esta forma geométrica se describe el problema, signo o síntoma. Encabeza el flujograma y tiene sólo una línea a seguir (Inicio).



Con esta figura geométrica se describe la decisión que se debe tomar. Este paso requiere obtener información para la acción. En este momento debe hacerse la historia clínica y el examen físico. Este paso siempre tiene dos vías a seguir, uno si la respuesta es "sí" y otro si es "no" (decisión).



Los cuadrados indican acción: Cada una de estas vías puede guiar al paso que significa tomar una acción. Aquí se establece cómo manejar el caso (acción).



## 9) Flujogramas

### Manejo Sindromático del Flujo Vaginal

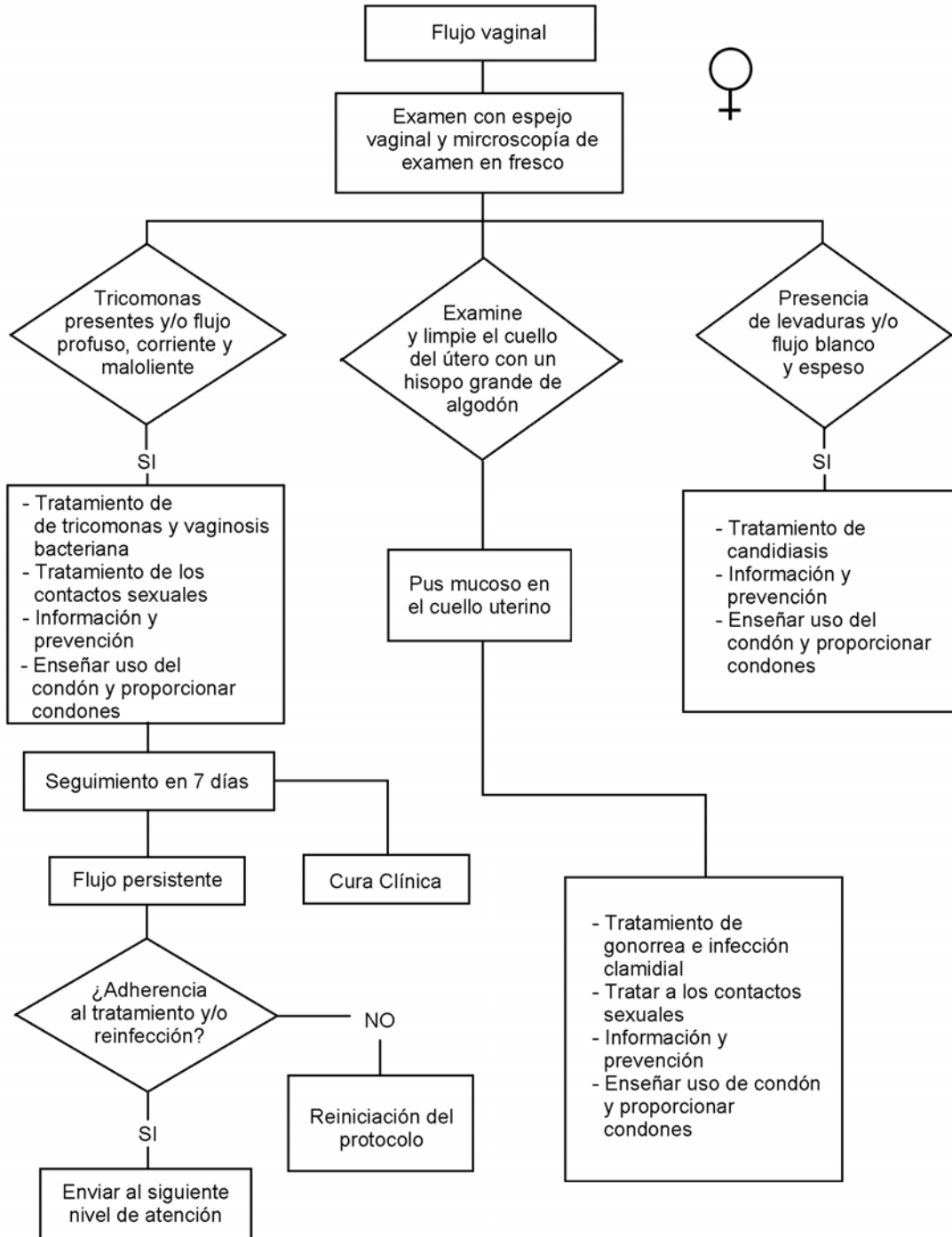
El flujo vaginal “normal” (fisiológico), es de cantidad variable que ocurre antes y después de la ovulación, relación sexual, embarazo y lactancia; un cambio en él puede estar relacionado con alguna infección, pudiendo cambiar en cantidad, olor y color e ir acompañado de prurito, disuria, dolor abdominal bajo o inflamación genital.

No existe ninguna prueba de laboratorio que diferencia una infección vaginal de una cervical y los síntomas del flujo vaginal no son sensibles ni específicos para su diagnóstico, por lo que el manejo sindromático a través de algoritmos ha sido usado con éxito en mujeres con flujo vaginal.

Debido a que las infecciones vaginales y cervicales pueden coexistir, las cervicales pueden tener complicaciones muy serias, el 50% pueden ser asintomáticas y no es posible diferenciar una causada por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, por lo que se recomienda: “una mujer con flujo vaginal y con una evaluación de riesgo negativa debe de ser tratada por vaginitis/vaginosis”.

En caso de una evaluación de riesgo positiva el tratamiento será para cervicitis por gonorrea y clamidiosis, además de recibir tratamiento para infección vaginal.

## Flujograma 1 FLUJO VAGINAL

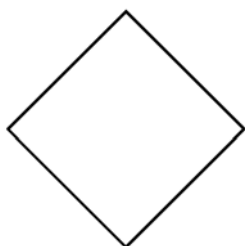




La paciente presenta *flujo vaginal*. La paciente se presenta al servicio de salud con este signo.



Realice la historia clínica y examine: en este *paso* y después de hacer el interrogatorio completo, efectúe el examen físico enfocado a la inspección de genitales y abdomen en busca de flujo vaginal, cantidad anormal, si hay mal olor y si el color es amarillo/verdoso.



Evaluación de riesgo: estudios han identificados tres factores de riesgo que son predictores de cervicitis: pareja sintomática, múltiples parejas sexuales y/o pareja nueva sexual en los tres meses anteriores.

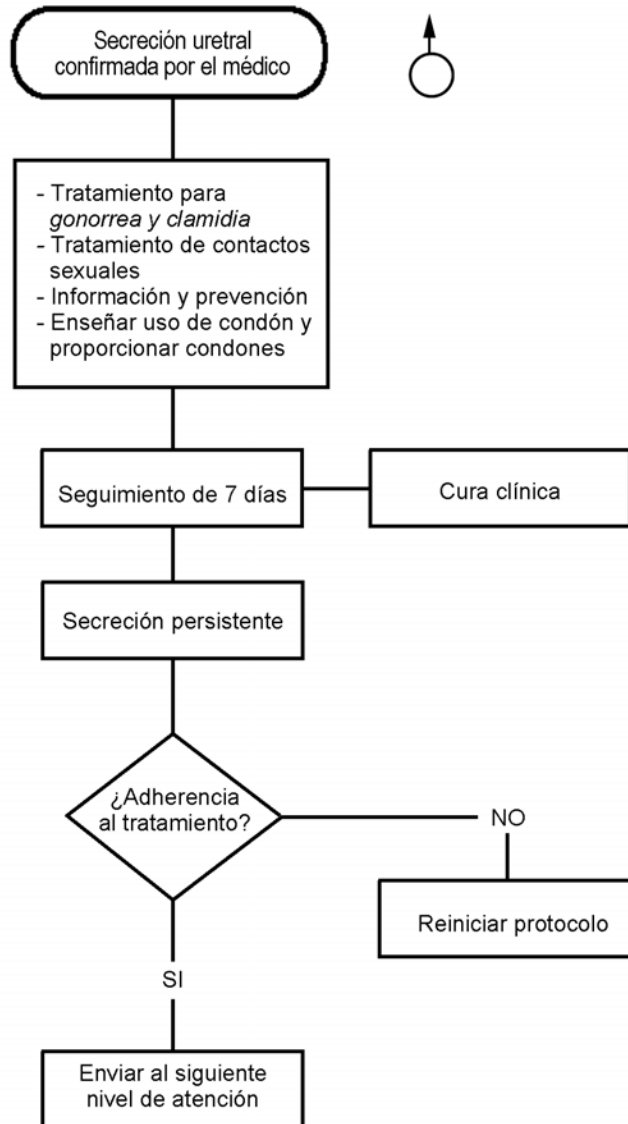


Si la respuesta a la evaluación de riesgo es “sí”, continua con el paso hacia abajo y si es “no” siga la flecha hacia la derecha.

### **Manejo Sindromático de la Secreción Uretral**

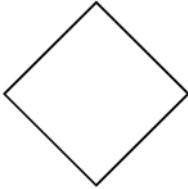
La secreción uretral es la queja más común de los hombres con ITS: la uretritis se manifiesta por secreción uretral, ardor y dolor al orinar, acompañado en ocasiones por prurito uretral. La mayoría de las veces es asintomática, presentando dificultades para su diagnóstico, ya que la evaluación del paciente es limitada si no se cuenta con laboratorio; por lo que una buena historia clínica y examen físico minucioso serán la base del manejo sindromático de la secreción uretral.

## Flujograma 2 SECRECIÓN URETRAL





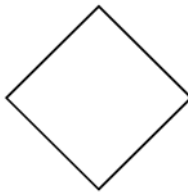
Examine la presencia de secreción. (masaje prostático- uretral, desde el inicio del pene hacia la uretra). El cuadro indica acción y requiere que usted examine el paciente. Recuerde que la razón de examinar es para confirmar si hay secreción uretral o no y si hay alguna otra ITS presente. Examine genitales externos sin olvidar el examen del prepucio y las partes que este cubre. Después de que ha examinado a paciente pase a la siguiente forma geométrica.



¿Secreción uretral confirmada? Esta figura representa decisión. En este paso usted decide si verdaderamente hay o no una secreción uretral, proceda a seguir la forma de decisión hacia la derecha.



Tratamiento por secreción uretral. El cuadrado indica acción y este paso le dice exactamente que hacer por el paciente. Siga todas las instrucciones escritas en el cuadrado para asegurar un servicio integral. Las instrucciones le dicen por qué infecciones debe de tratar al paciente. Los medicamentos y dosis están especificadas al pie de la página. Las instrucciones le dicen que hay que educar al paciente, proporcionarle condones e instrucciones para su uso correcto y citarles en 7 días. Si el paciente no presenta mejoría al finalizar el tratamiento debe de acudir al centro aunque sea antes de la cita siguiente.



¿Presenta úlceras genitales? En esta figura geométrica indica decisión. En este paso usted decide si el paciente tiene otra ITS que no sea la de secreción uretral. Si no hay evidencia de otra ITS, vaya directamente al paso de la derecha. Si por el contrario hay evidencia de otra ITS siga el paso inmediato hacia abajo.



Educación. Este paso pide reafirmar la educación del paciente, la consejería y la dotación de condones e instrucciones de uso. En este punto no se confirmó la presencia de secreción uretral ni de otra ITS. El paciente debe de recibir el mensaje que ha estado en riesgo de contraer una ITS.

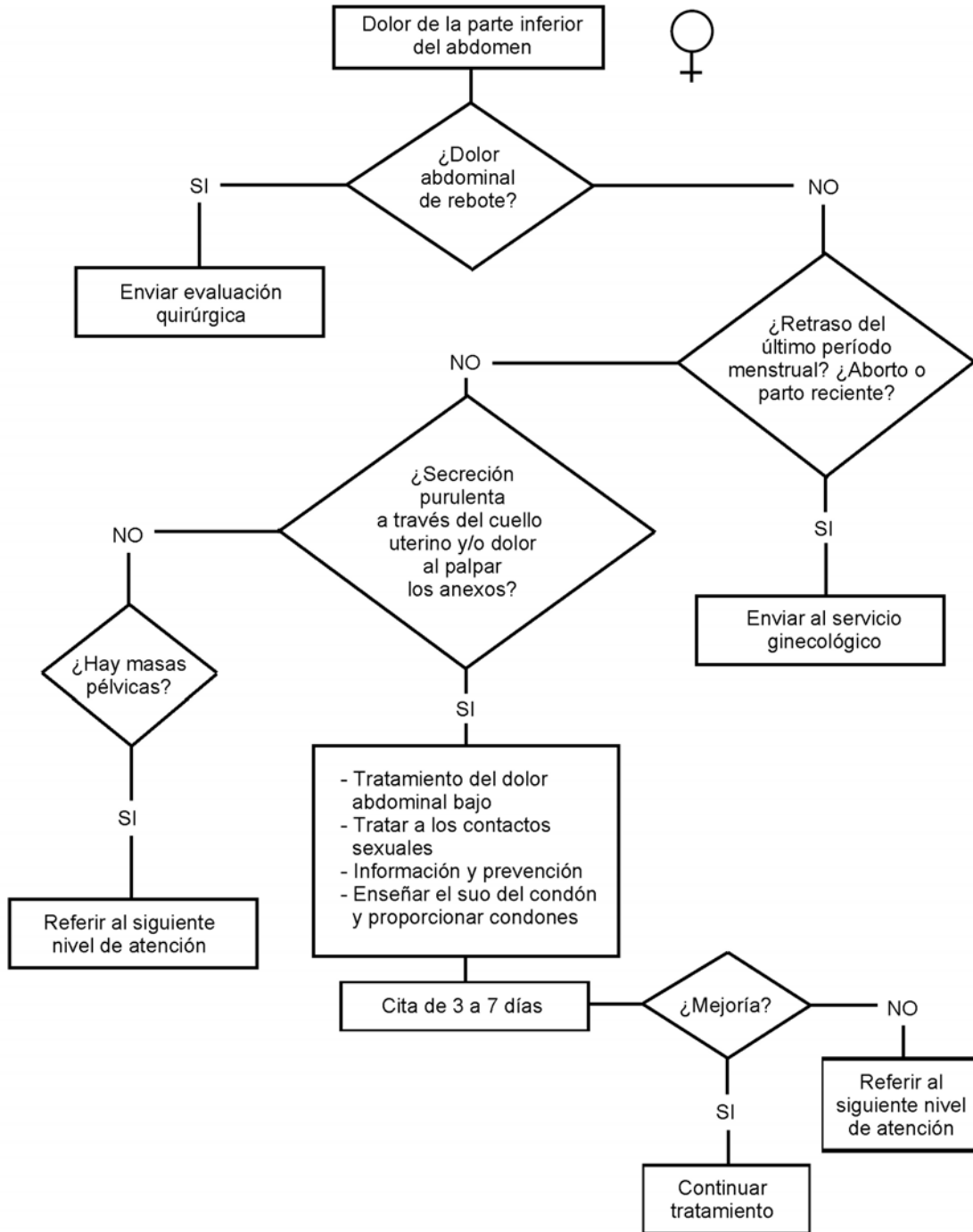


Use flujograma de úlcera genital. Este cuadrado de acción le dice que hacer si el paciente no tiene secreción uretral pero si tiene úlcera genital. Buscar el flujograma apropiado y aplicarlo.

### Manejo Sindromático del Dolor Abdominal Bajo

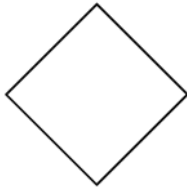
El dolor abdominal bajo que sufre la mujer, por lo general guarda relación con la enfermedad pélvica inflamatoria (salpingitis, endometritis, ooforitis o peritonitis pélvica), urgencias quirúrgicas como embarazo ectópico, apendicitis, aborto séptico, etc., siendo el dolor el principal síntoma, que aparece inicialmente durante la menstruación o poco después de esta y a veces acompañado de fiebre o de secreción vaginal.

### Flujograma 3 DOLOR ABDOMINAL BAJO





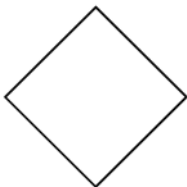
Hacer historia clínica y examiar, este primer paso instruye en hacer la historia clínica y el examen clínico de la l paciente. En historia se debe de interrogar por la presencia de otros síntomas como: sangrados anormales, retrasos menstruales, parto o aborto reciente y presencia de DIU, una temperatura mayor o igual a 38°C indica infección. Palpar el abdomen en busca de sensibilidad, signo de rebote, resistencia abdominal o presencia de masas. también examinar si tiene presencia de flujo vaginal.



Retraso en el periodo menstrual, parto o aborto reciente, etc.... Este paso indica el momento de tomar una decisión si la paciente presenta uno de estos síntomas, debe referir al siguiente nivel de atención en salud (siguiente paso hacia abajo). Si la paciente no presenta ninguno de estos síntomas siga el próximo paso a la derecha.



Referir inmediatamente a la paciente, quien puede tener complicaciones del embarazo, peritonitis o un absceso tubo-ovárico como puede indicarlo la presencia de distensión, signo de rebote, resistencia abdominal y presencia de masas. Referirlo a un nivel donde esté un ginecólogo y equipo quirúrgico disponible.

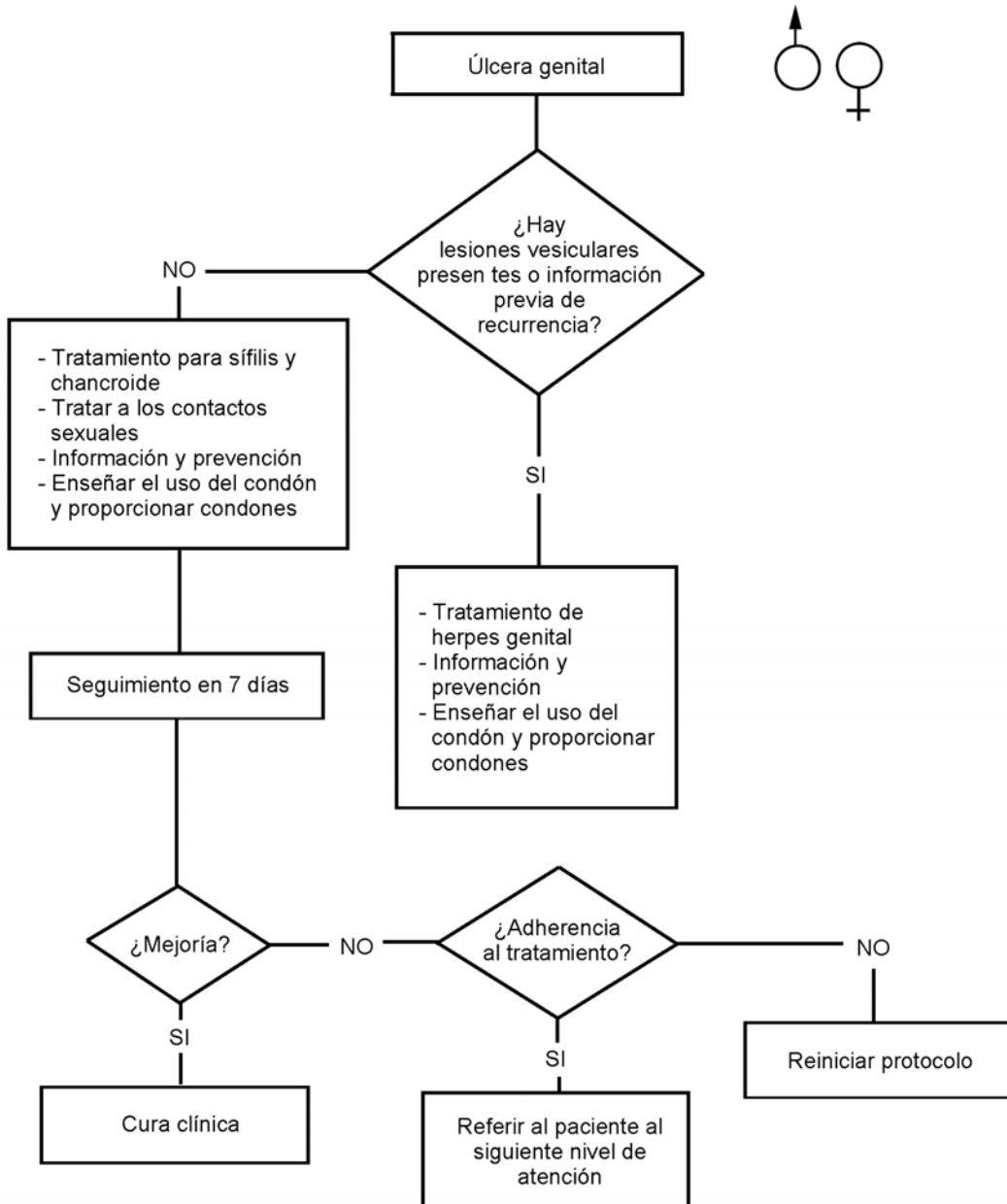


Temperatura > de 38°C, dolor durante el examen (al mover el cérvix) o secreción vaginal. Este paso requiere tomar una decisión basada en los signos encontrados. Si no tiene ninguno de éstos seguir el paso hacia la derecha.

### **Manejo Sindromático de la Úlcera Genital**

La úlcera genital se define como la pérdida de continuidad de la piel o mucosa de los genitales, pudiendo ser dolorosa o indolora, única o múltiple e ir acompañada de linfadenopatía inguinal.

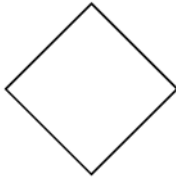
## Flujograma 4 ÚLCERA GENITAL







Hacer historia y examinar. Este paso indica examinar al paciente en busca de úlcera genital o de cualquier otra ITS presente. En caso de paciente masculino, se debe de examinar el prepucio y las partes que este cubre. Si es mujer, examinar debajo de labios mayores. Después de haber completado este paso, pasar al siguiente.



¿Hay úlcera presente?, si, completar con el paso siguiente hacia abajo. En caso de no haber úlcera genital continuar con el paso hacia la izquierda.



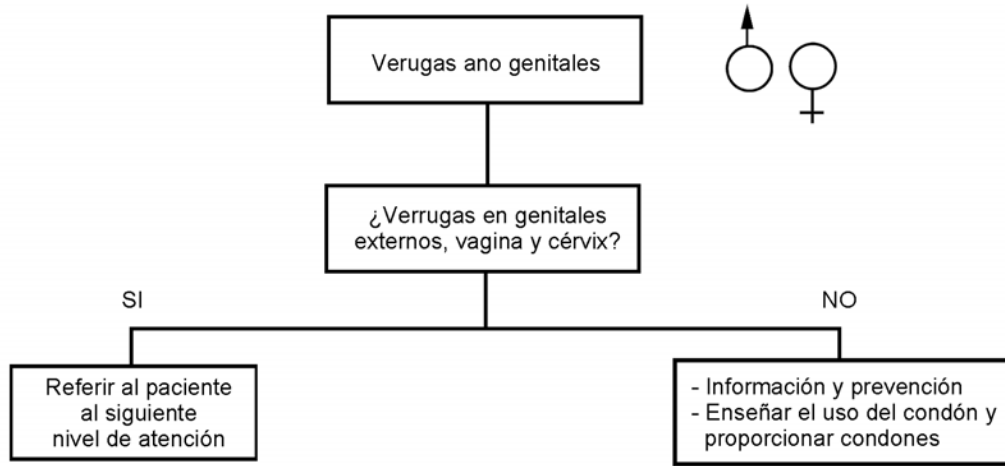
Este paso indica cómo tratar al paciente tanto para sífilis como para chancroide. También proporcionar consejería y promoción sobre el uso del condón. Dar cita de seguimiento en 7 días, en caso de persistencia de los síntomas.

Se ha llegado a este paso porque no se encontró ninguna ITS, el paciente puede estar preocupado acerca de tener una ITS después de alguna conducta de riesgo. Este es el momento de proporcionar consejería, promoción y distribución de condones.

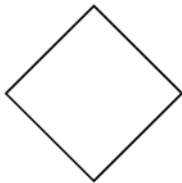
### **Manejo Sindromático de los Condilomas Acuminados**

Conocidas como verrugas anogenitales o “crestas” son tumoraciones que aparecen en las mucosas de los órganos sexuales o piel circunvecina o en la cavidad oral. Generalmente asintomáticas y dependiendo del tipo pueden sufrir cambios malignos. Son causadas por el VPH del que se han reconocido a la fecha más de 100 tipos.

## Flujograma 5 VERRUGAS ANOGENITALES



Hacer historia clínica y examinar. Este paso requiere explorar al paciente en busca de condilomas o verrugas en genitales o de cualquier otra ITS presente. Después de haber completado este paso, pasar al siguiente.



¿Hay condilomas o verrugas presentes?. Si efectivamente hay condilomas o verrugas en genitales, continuar con el paso siguiente hacia abajo. Si no se encuentra ningún condiloma o verruga continuar con el siguiente paso hacia abajo.



Este paso indica como tratar al paciente por condilomas o verrugas. También se le debe orientar, educar, promocionar y distribuir condones. Dar cita en 3 semanas.

## MÓDULO 3

### LAS ITS MÁS FRECUENTES

#### 10) Fisiopatología y Diagnóstico de las ITS

##### Secretoras

---

##### GONORREA

La infección por *Neisseria gonorrhoeae* puede ser asintomática y sintomática, afectando a los órganos sexuales, anorectal y faríngea, con cepas resistentes a antimicrobianos y clínicamente indistinguible de las que no son resistentes.

##### HOMBRES SINTOMÁTICOS

Van a presentar la clásica secreción a través de la uretra anterior, acompañada por disuria, polaquiuria y edema de meato. Complicaciones más frecuentes son, infección persistente crónica, epididimitis, estrechez uretral e infertilidad.

##### MUJERES SINTOMÁTICAS

Pueden presentar una secreción vaginal atípica, acompañada o no de disuria; el 80% son asintomáticas y las complicaciones son severas, como la EPI y subsecuentemente infertilidad e infección diseminada que pone en peligro la vida.

El periodo de incubación varía; en el hombre de dos a cinco días, y en la mujer antes de 10 días.

En el embarazo, la infección no tratada da como resultado un parto prematuro y recién nacidos con riesgo de padecer de oftalmía neonatal, ceguera, dermatosis en la piel cabelluda y diseminación de la infección.

##### GONORREA

- ♦ **Es causada por la bacteria Gramnegativa *Neisseria gonorrhoeae*.**
- ♦ **El ser humano es el único huésped natural.**
- ♦ **Es transmitida por contacto sexual.**
- ♦ **Productora de complicaciones leves a mortales en el hombre y la mujer.**
- ♦ **El período de incubación varía de acuerdo al sitio de inoculación (1 a 14 días).**

##### Otras Infecciones Gonocócica en Adultos

##### Infección Gonocócica Diseminada (IGD)

Manifestaciones clínicas incluyen, fiebre, artritis y dermatitis, raramente meningitis y endocarditis. La IGD típica se caracteriza por tendosinovitis y artritis, acompañada, a veces por pustulosis en piel (manos, planta de pies).

El diagnóstico presuntivo depende la clínica y la confirmación por laboratorio de los diplococos de líquido sinovial o de las pústulas. La hospitalización se recomienda en el inicio de la terapia, en especial cuando hay dudas en el diagnóstico, toma de muestras articulares o complicaciones en endocarditis o meningitis.

### **Oftalmía Neonatal**

Las manifestaciones clínicas de oftalmía en adultos incluyen un exudado purulento ocular. Todos los pacientes deben de tener consulta con el oftalmólogo, que incluya examen con lámpara de hendidura por posibles complicaciones futuras.

El diagnóstico se hace a través de la clínica y pruebas de laboratorio para la identificación de *N. gonorrhoeae*. Tratamiento debe de ser tópico y sistémico que incluya a *C. trachomatis*.

### **Infección Gonocócica en Recién Nacidos, Niñas y Niños**

#### **Recién Nacidos**

Todos los recién nacidos de madres con diagnóstico de gonorrea deben de ser evaluados para descartar IGD y en ojos. La terapia empírica debe de ser empleada mientras se confirma el diagnóstico. La terapia durante el embarazo es el mejor método de prevención de una infección gonocócica neonatal.

#### **Niñas y Niños**

Las y los niños pueden desarrollar la infección en sitios como adultos, con sintomatología similar al igual que el diagnóstico definitivo por laboratorio. El abuso sexual debe ser tomado en cuenta (ver sección correspondiente).

#### **Localización Extragenital**

La forma anorectal se produce por inoculación directa en práctica sexual anal, se caracteriza por ser asintomática, cuando no lo es, presenta secreción sanguinopurulenta acompañada de dolor, pujo y tenesmo.

La gonococia faríngea se ha vuelto más frecuente por las prácticas de sexo oral; 80% es asintomática y 15% son sintomáticos, caracterizada por una orofaringe eritematosa con secreción purulenta, acompañada de halitosis.

De 1 a 3% de los pacientes desarrolla una infección gonocócica diseminada asociada a cepas resistentes, que aumentan en personas con problemas en el sistema inmune. Las complicaciones más frecuentes son enfermedad pélvica inflamatoria, esterilidad e infertilidad, endometritis, embarazo ectópico, aborto, ruptura prematura de membranas.

#### **Diagnóstico Definitivo**

- 1) Aislamiento por cultivo selectivo para *N. gonorrhoeae* de los sitios de exposición (uretra, endocérvix, faringe y recto) y demostración de colonia morfológicamente típica, reacción positiva a la oxidasa y Gram con la típica morfología de la bacteria.

- 2) Confirmación de la *N. gonorrhoeae* a través de métodos bioquímicos, enzimáticos o por ácidos nucleicos (pruebas de carbohidratos, enzimáticas, métodos serológicos como la conglutinación o anticuerpos fluorescentes o probos de ADN).
- 3) En caso de muestra pediátrica, debe de referirse a medico legal ya confirmada la muestra.

### **Seguimiento**

El seguimiento de la gonorrea debe de efectuarse entre el 4 y 7 día después de completado el tratamiento y proporcionar antimicrobianos para *Chlamydia trachomatis* por la alta prevalencia de coexistencia con gonorrea.

En caso de persistencia de los síntomas, debe de valorarse el estudio por medio de cultivo con antibiograma.

Todos los pacientes tratados con cualquier régimen terapéutico específico para el gonococo, se les debe reexaminar o tomar muestra para *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, 1 a 2 meses después para detectar reinfección.

### **INFECCIÓN POR *Chlamydia trachomatis***

*Chlamydia trachomatis* es una bacteria gramnegativa intracelular, su ciclo de multiplicación es único entre las bacterias, lo que determina que constituyan su propio orden **Chlamydiales**. Las cepas pertenecientes a la especie de *Chlamydia trachomatis* se clasifican en una serie de serotipos A-K y los pertenecientes al linfogranuloma venéreo (LGV) L1, L2 y L3. Estos serotipos se agrupan en biovariedades (biovar): tracoma, que agrupa a los 12 serotipos A-K, el LGV que agrupa a los L1, L2 y L3. Es responsable de 23 a 55% de los casos de uretritis no gonocócicas y se asocia a infección por *Neisseria gonorrhoeae* en 60 a 80%. El periodo de incubación es de 21 días.

La infección comúnmente cursa asintomática en mujeres (cervicitis mucopurulenta), pudiendo a veces ocasionar disuria, infección postparto en mujeres y dolor pélvico que puede ser indicativo de una complicación la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

En hombres, también cursa asintomática, puede haber disuria y secreción uretral escasa de aspecto mucoso. Complicaciones más frecuente, epididimitis e infertilidad.

### **INFECCIÓN POR *Chlamydia trachomatis***

- ♦ **Es causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*.**

**Dentro de las ITS, produce síndromes semejantes a los producidos por *N. gonorrhoeae* y también el linfogranuloma venéreo (LGV).**

#### **Manifestaciones Clínicas**

- ♦ **En el Hombre**

Es responsable de 50 a 60% de las uretritis no gonocócica (UNG), que representa la ITS más frecuente en países desarrollados y son indistinguibles de la infección gonocócica. Puede caracterizarse por presentar secreción mucopurulenta y disuria. La resolución espontánea

se presenta en 25% de los casos y al cabo de tres semanas desaparece la sintomatología, si no recibe tratamiento en esta etapa evoluciona hacia las complicaciones.

Las complicaciones de la UNG en hombres infectados con *Chlamydia trachomatis*, incluyen epididimitis (25%), prostatitis (10%), proctitis y Síndrome de Reiter (1.3%).

#### ♦ En la Mujer

Puede caracterizarse por la presencia de secreción mucopurulenta en el endocérvix; el 70% de estas infecciones son asintomáticas y su ascenso por las estructuras pélvicas provoca endometritis y salpingitis, que conducen a una EPI provocando, en casos sintomáticos dolor abdominal bajo con complicaciones severas.

Las complicaciones asociadas a *Chlamydia trachomatis* son: uretritis aguda, infección durante el embarazo (2 a 37%), EPI, esterilidad e infertilidad (35 a 49%), endometritis postparto, embarazo ectópico, aborto, ruptura prematura de membranas, mortinatos, infección neonatal.

#### Infección Neonatal

La *Chlamydia trachomatis* se replica en el epitelio conjuntival, favoreciendo el daño celular. El riesgo de adquisición varía de 17 a 50% y se adquiere por la exposición perinatal al contacto con secreción cervical infectada, manifestándose de cinco a 12 días posteriores al nacimiento, y el signo principal es la secreción purulenta en párpados, edema y enrojecimiento palpebral.

Las principales complicaciones oculares reportadas son: queratitis puntiforme, lesiones cicatriciales en conjuntiva y pulmonares como la neumonía afebril.

Existen otros agentes como *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis*, que se asocian hasta en una tercera parte de los casos a UNG.

#### Dificultades para el Diagnóstico Clínico Etiológico de la Secreción Uretral

- ♦ No es posible distinguir clínicamente entre uretritis gonocócica de la no gonocócica.
- ♦ El gonococo y la Clamidia pueden coexistir.
- ♦ Pacientes coinfectados quedarán asintomáticos o portadores subclínicos para *Chlamydia trachomatis* luego de haber recibido tratamiento de gonorrea.

#### Diagnóstico Definitivo

- 1) Identificación, aislamiento y confirmación de la bacteria en secreción cervical, rectal o uretral por medio de técnicas de laboratorio.
- 2) Identificación de *C. trachomatis* según método a escoger:
  - A) Por medio de inmunofluorescencia directa (IFD).\*
  - B) Detección de antígeno por medio del inmunoensayo enzimático (EIA).
  - C) Detección por medio de probos de ácidos nucleicos.

---

\* Disponible en el laboratorio central del CENSIDA.

## **Dolor Abdominal Bajo o Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)**

Es un síndrome clínico atribuido al ascenso de gérmenes del tracto genital inferior que compromete el endometrio, los anexos y las estructuras contiguas, que se manifiesta como parte de un síntoma en la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

Es primaria cuando su etiología es por procesos infecciosos (ITS) o secundaria cuando es debida a procedimientos ginecológicos, como legrados, curetajes, infecciones durante el parto, insuflación tubárica, histerosalpingografía.

Hay factores de riesgo para su adquisición como antecedente de ITS, mujer joven, historia pasada de ITS, múltiples parejas sexuales, postparto, colocación del DIU en las pasadas 6 semanas, manipulación del tracto genital, endometritis postparto, antecedentes de cervicitis, salpingitis y pareja sexual nueva (dentro de los 3 meses siguientes).

Los agentes comúnmente involucrados son:

- ♦ *Neisseria gonorrhoeae*
- ♦ *Chlamydia trachomatis*
- ♦ *Mycoplasma hominis*
- ♦ *Ureaplasma urealyticum*
- ♦ Anaerobios de la especie de los bacteroides

### **Manifestaciones Clínicas**

El dolor abdominal bajo de tipo punzante es común y generalmente hay antecedente de infección secretora del tracto genital inferior, además de inflamación abdominal, dolor durante las relaciones sexuales y fiebre. La exploración con espejo vaginal ocasiona dolor, al igual que a la movilización del útero y anexos, se corrobora salida de secreción a través del endocérvix y si existen complicaciones que ameritan manejo hospitalario, por lo que el interrogatorio y la exploración física siempre deben realizarse. Puede cursar asintomática.

### **¿Cuándo Referir a una Paciente al Segundo Nivel de Atención?**

- ♦ **Cuando hay antecedente de retraso menstrual**
- ♦ **Embarazo o aborto reciente**
- ♦ **Sangrado vaginal**
- ♦ **Resistencia muscular o rebote abdominal**
- ♦ **Presencia de tumoraciones a la palpación de masas pélvicas**

### **Diagnóstico**

Las manifestaciones clínicas son diferentes según la fase evolutiva de la enfermedad; en la fase aguda hay dolor bilateral intenso en cuadrantes inferiores, la distensión abdominal y la fiebre son lo comunes. A la exploración física se detecta dolor a la palpación en los cuadrantes inferiores sin contractura muscular, la inspección con espejo vaginal puede revelar secreción

proveniente del cérvix. El tacto vaginoabdominal resulta muy doloroso al movilizar el cuello uterino y los anexos, por lo que debe realizarse con delicadeza.

En su fase crónica (asintomática 48%) el antecedente más común es el dolor localizado a los cuadrantes inferiores, de intensidad variable que se incrementa después de las relaciones sexuales y dismenorrea.

### **Criterios Clínicos para el Diagnóstico**

- ♦ Dolor bajo abdominal
- ♦ Flujo vaginal anormal
- ♦ Fiebre
- ♦ Movilización dolorosa del cérvix
- ♦ Dolor a la palpación de los anexos

Las mujeres que reciben tratamiento ambulatorio deben ser reevaluadas dentro de las 72 horas después de haber iniciado el tratamiento. Insistir en que se cumpla el tratamiento por el tiempo establecido.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con las siguientes patologías: embarazo ectópico, apendicitis, colitis, litiasis ureteral, endometriosis, quiste torcido de ovario, tumoración ovárica. Aún cuando el diagnóstico de EPI sea seguro se recomienda que el tratamiento sea a nivel intrahospitalario cuando:

- ♦ La paciente está embarazada
- ♦ La paciente sea VIH positiva
- ♦ Enfermedad severa con náuseas y vómitos.
- ♦ No hay seguridad que la paciente cumpla con el tratamiento

### **TRICOMONOSIS VAGINAL**

La tricomonosis es causada por *Trichomonas vaginalis*, protozoo flagelado, que produce vaginitis en la mujer y uretritis en el hombre donde puede presentar un curso asintomático. Durante el embarazo puede asociarse con ruptura prematura de membranas y/o parto pretérmino, entre otros.

Tiene un período de incubación de 4 a 21 días (promedio 7 días), muchas personas son portadoras asintomáticas durante años.

### **Manifestaciones Clínicas**

Se manifiesta por secreción vaginal, profusa, espumosa, amarilloverdosa, maloliente, acompañada de disuria, eritema y prurito vulvar. A la exploración con el espejo vaginal encontramos cérvix edematoso con petequias “signo de cérvix en fresa” fácilmente sangrante. En el hombre la infección cursa asintomática y es autolimitada.

### **Diagnóstico**

Se establece por el cuadro clínico y los hallazgos a la exploración física. Si se cuenta con el recurso de laboratorio, puede realizarse una toma directa de la secreción en solución salina



para observar a *T. vaginalis* en un examen directo al microscopio, la presencia del protozooario da el diagnóstico.

## TRICOMONOSIS

- ♦ El agente etiológico es la *Trichomonas vaginalis*.
- ♦ **Sintomatología:** flujo vaginal, con mal olor, prurito vulvar y dispareunia.  
Examen clínico: secreción vaginal profusa, amarilloverdosa, bien adherida a las paredes vaginales, eritematosas
- ♦ **Cérvix hemorrágico** o “en fresa”.
- ♦ **Método de laboratorio:** examen directo en solución salina, presencia del protozooario.

**Complicaciones:** ruptura prematura de membranas y /o parto prematuro

## VAGINOSIS BACTERIANA

Esta es la causa más común de secreción anormal en la mujer con vida sexual activa y que organismos relacionados a la vaginosis bacteriana, especialmente la *G. vaginalis*. Se ha encontrado en las parejas hombres de mujeres con la ITS. Es el resultado del reemplazo del pH normal de la vagina, que producen los *Lactobacillus spp.* (bacilos de Döderlein) en la vagina por una alta concentración de bacterias anaeróbicas, como *G. vaginalis* y *Mycoplasma hominis*, *Mobilunco sp.* y anaerobios y otras. La causa de la alteración microbiana no está totalmente entendida. Tiene un período de incubación de 4 a 21 días.

### Fisiopatología

La flora vaginal está conformada por lactobacilos (bacilos de Döderlein) productores de peróxido de hidrógeno que producen un balance adecuado de la flora existente, pues inhibe el desarrollo de bacterias catalasa negativas *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncos* y otros anaerobios como *Bacteroides bovis*, *B. intermedius* y *Peptoestreptococcus*, lo que favorece una mayor producción y concentración de poliaminas, causal del olor característico a “pescado”. Esta flora mixta se mantiene por la producción de aminos generadas del metabolismo de los anaerobios que elevan el pH, lo que favorece el crecimiento de *Trichomonas vaginalis*.

### Manifestaciones Clínicas

Secreción vaginal de moderada a abundante, profusa, homogénea, blanca o gris, maloliente, no pruriginosa y no hay disuria o irritación.

### Diagnóstico

Se realiza por el cuadro clínico y los hallazgos a la exploración física, secreción vaginal grisácea, homogénea, adherida a las paredes vaginales y maloliente. Con el recurso de laboratorio, puede realizarse una toma directa de la secreción y aplicar los criterios de Amsel: presencia de secreción abundante blanca-grisácea, pH vaginal >4.5, prueba positiva con KOH al 10% o el “olor a pescado” (prueba de olor) y presencia de células claves al microscopio.

## VAGINOSIS BACTERIANA

- ♦ Es la causa más común de secreción anormal en la mujer.
- ♦ Causada por el reemplazo de lactobacilos de Döderlein por bacterias anaeróbicas, como *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* y otras.
- ♦ Síntomas: secreción vaginal abundante, mal olor (olor a pescado), sin prurito o irritación.
- ♦ Examen físico: secreción vaginal blanquecina, no viscosa, uniformemente adherida a las paredes vaginales, a menudo visible en los labios.
- ♦ Complicaciones: ruptura prematura de membranas, endometritis bacteriana postcesárea o postparto, parto prematuro y corioamnionitis

## CANDIDOSIS VAGINAL

Es causada por *Cándida albicans*, se encuentra en más de 90% de las infecciones causadas por levaduras, y por ser una levadura de comportamiento comensal puede presentarse como oportunista en otras entidades, como diabetes mellitus, personas con problemas de deficiencia inmunológica, aquellos que se encuentran bajo tratamiento con esteroides, durante la gestación, etc. Tiene un periodo de incubación de 2 a 5 días.

### Fisiopatología

Los factores identificados en la patogenia de *Candida albicans* son la adherencia al epitelio vaginal por medio de fimbrias y la producción de enzimas, como proteinasas y fosfolipasas, capaces de causar daño celular y como consecuencia inflamación por invasión directa al epitelio. Las pseudohifas no penetran la pared celular debido a que las enzimas hidrolíticas y proteolíticas les impiden el paso.

Un factor importante que explica su recurrencia en el caso de la mujer es su capacidad de germinación, que resulta de la estimulación hormonal por estrógenos progesterona y esteroides sexuales.

### Manifestaciones Clínicas

Secreción blanquecina, en moderada cantidad, de aspecto grumoso, viscoso, adherido a las paredes vaginales, acompañado de eritema, prurito vulvar y dispareunia, pudiendo abarcar la región perianal. Cérvix de aspecto normal. A la exploración física se corrobora la secreción adherida a las paredes vaginales, eritema de labios y vulva; cérvix de aspecto normal.

### Diagnóstico

Se realiza por el cuadro clínico y los hallazgos a la exploración física, caracterizados por la presencia de la secreción antes referida. Si cuenta con el recurso de laboratorio, la visualización de levaduras o pseudohifas, por medio de la prueba con KOH al 10%. (ver laboratorio)

## CANDIDOSIS VAGINAL

- ♦ Causada por la levadura dimórfica *Candida albicans* en la mayoría de los casos.
- ♦ Factores predisponentes: ingesta esteroides y/o antibióticos, anticonceptivos orales, diabetes mellitus, inmunodepresión, etc.

- ♦ **Síntomas:** secreción vaginal de aspecto de “requesón” o “queso cottage”, acompañada de comezón e irritación vaginal y ardor externo al orinar.
- ♦ **Examen físico:** secreción vaginal de coloración blanquecina de aspecto grumoso, viscoso, adherido a las paredes vaginales, acompañado de eritema y prurito vulvar, cérvix normal, disparuenia.
- ♦ **Puede coexistir con otras ITS.**
- ♦ **Se debe de tratar solamente a la pareja sintomática.**

## Ulcerativas

---

### SÍFILIS

Es una infección producida por la bacteria *Treponema pallidum*, de evolución crónica, con manifestaciones sistémicas capaces de comprometer cualquier parte del cuerpo, caracterizada, por un lado, por manifestaciones específicas, latencia de muchos años y por otro, capaz de simular muchas enfermedades. Transmisible a la descendencia y curable. Tiene un periodo de incubación de 10 a 90 días (promedio 21 días).

#### Fisiopatología

El *Treponema pallidum* penetra en el organismo a través de lesiones de contigüidad de la piel o mucosas, que al implantarse se multiplica localmente y pasa a los ganglios linfáticos, de ahí se distribuye a todos los tejidos del cuerpo. La lesión primaria de la sífilis aparece entre las cuatro y seis semanas posteriores al contagio, como una úlcera indolora de bordes bien definidos, no sangrante o “chancro” sifilítico en el sitio de la inoculación.

La lesión primaria dura entre 10 y 14 días y desaparece con y sin tratamiento. Entre dos y cuatro semanas después aparecen las lesiones secundarias en la piel, que pueden ir desde erupciones mucocutáneas a pápulas, nódulos o ulceraciones superficiales, alopecia en “comida de ratón”, las cuales pueden continuar por cuatro años en 25% de los casos no tratados.

#### Clasificación

##### ♦ PRIMARIA

Presencia de la lesión primaria, el chancro duro, casi siempre único, que puede medir de dos a cuatro milímetros de diámetro, de bordes bien definidos, fondo limpio y adenopatía satélite no dolorosa presente en la mitad de los casos.

##### ♦ SECUNDARIA

Aparición de exantema cutáneo, maculopapular, bilateral, simétrico, no pruriginoso; o de tumoraciones blandas, los condilomas lata, en áreas de humedad, así como caída del cabello en “comida de ratón” o alopecia sifilítica y meningitis en un 2 a 5%.

#### Latente

Período asintomático en donde el único modo de detectar la infección es por medio de pruebas de laboratorio en la sangre, el líquido cefalorraquídeo, cuya serología es positiva. Se clasifica en latencia temprana, menor de dos años o tardía, mayor de dos años.

## **Terciaria**

Neurosífilis con atrofia óptica, arteritis aórtica y pulmonar, aneurisma aórtico, úlcera perforante y goma sífilítica, entre otros.

## **Sífilis Congénita**

Es el resultado del paso del *Treponema pallidum* a través de la placenta. La severidad de la infección en el feto está relacionada con la fase de la sífilis materna, siendo más grave si ocurre durante el primero y segundo trimestres de la gestación. Si la infección es posterior a este período el neonato puede ser aparentemente sano y desarrollar síntomas más tarde.

Se estima que un tercio de los embarazos serorreactivos con sífilis resultarán en pérdidas fetales, un tercio en el nacimiento de un recién nacido con sífilis congénita y un tercio en el nacimiento de un niño no infectado.

## **Manifestaciones Clínicas de la Sífilis Congénita**

### ♦ SÍFILIS CONGÉNITA PRIMARIA

Es una infección que inicia en la vida intrauterina, por lo que los síntomas de la infección congénita primaria se presentan antes de los dos años de vida extrauterina, que corresponden al secundarismo.

Se manifiesta por catarro mucosanguinolento, purulento, ulceraciones superficiales de la piel, descamación palmoplantar y en grandes colgajos, úlceras o fisuras alrededor de narinas, recto, boca, vulva y vagina, erupción máculopapular, deformidades de las uñas, osteomielitis, esplenomegalia, meningitis, hidrocefalia, anemia, síndrome nefrítico, coriorretinitis, uveítis, glaucoma, neumonía alba, fiebre, retardo del crecimiento intrauterino y linfadenopatía generalizada.

### ♦ SÍFILIS CONGÉNITA TARDÍA

Se presenta generalmente después de los dos años de vida y se manifiesta por secuelas inducidas por la infección temprana, dientes de Hutchinson, molares en mora o de Fournier, nariz en silla de montar por destrucción del tabique nasal, maxilares cortos, paladar alto, frente prominente, coriorretinitis, atrofia óptica, cambios pupilares, gomas, hidroartritis, sífilides, sífilis meningovascular, queratitis intersticial y sordera.

## **Diagnóstico**

El diagnóstico de sífilis congénita se establece en los niños nacidos de madre con antecedentes de infección por *T. pallidum* no tratada, parcialmente tratada durante el embarazo, o con titulaciones del VDRL persistentemente altas aún después del tratamiento con penicilina a la madre, y en los siguientes casos de niños que:

- ♦ No fueron examinados radiológicamente o por líquido cefalorraquídeo (LCR),
- ♦ Tienen una o más radiografías y pruebas de LCR positivas para sífilis congénita.
- ♦ Con manifestaciones clínicas de sífilis congénita y en quienes se identificó *T. pallidum* de lesiones, cordón umbilical, placenta y necropsia.

- ♦ Niños nacidos de madres con lesiones sifilíticas al momento del parto.

El diagnóstico clínico de sífilis para cualquiera de sus formas y estadios lo establece la presencia de los signos y síntomas comprobados por pruebas serológicas específicas.

En el laboratorio se emplea técnicas serológicas para presumir y confirmar el diagnóstico, se dispone de los siguientes exámenes:

- ♦ Campo oscuro
- ♦ Pruebas de VDRL o RPR
- ♦ Prueba de FTA-abs. y la fracción IgM para la sífilis congénita o MHT-TP como confirmatorias

Se debe de disponer de pruebas treponémicas y no treponémicas:

- ♦ Pruebas treponémicas: no son específicas para los anticuerpos de la infección, sin embargo son altamente sensibles y prácticas: VDRL ó RPR.
- ♦ Pruebas no treponémicas: son más específicas y se emplean para confirmar la infección, FTA-abs. y la fracción IgM para la sífilis congénita o MHT-TP.

## **HERPES GENITAL**

El Herpes genital es producido por el Virus del herpes simplex (VHS) tipo 1 y 2. De 80 especies identificadas sólo cinco infectan al humano, siendo éste el único reservorio natural.

La diversidad en las prácticas sexuales posibilita la adquisición de uno u otro tipo en boca, genital o anal. Tiene un periodo de incubación de 4 a 8 días.

### **Fisiopatología**

La patogenia de la infección por el VHS puede dividirse en cinco fases: infección primaria, mucocutánea, infección ganglionar aguda, latencia, reactivación e infección recurrente. La infección se inicia por la exposición al virus de las superficies mucosas y piel, el virus penetra en las células intermedias parabasales y epiteliales, en donde se replica e induce lisis celular.

Los mecanismos responsables del establecimiento y reactivación se deben a que el virus vive de manera definitiva en el interior de las células, y existen diversos estímulos que rompen el equilibrio determinando la replicación viral y la emigración axonal centrífuga del virus para producir la infección cutánea.

La evolución de la infección depende de la localización anatómica, la edad, la situación inmunológica así como el tipo antigénico infectante.

La enfermedad no tiene cura sólo control en la fase de vesículas y/o úlceras.

### **Manifestaciones Clínicas**

Dolor de tipo ardoroso o quemante, prurito y adenopatía inguinal. Entre el primero y segunda día aparecen vesículas que pueden ser únicas o múltiples y confluyen para dar paso a la formación de úlceras dolorosas, que se convierten en una cicatriz en el término de cuatro a 12 días.

Después de la infección primaria el virus permanece inactivo en los ganglios con la capacidad de migrar nuevamente en forma centrifuga y ocasionar una reactivación que puede deberse a una serie de factores, como cambio de clima brusco, menstruación, masturbación, fiebre y estrés, entre otras.

En general los primeros episodios se acompañan de signos y síntomas sistémicos y se caracterizan por la mayor duración de los síntomas.

En la fase asintomática el paciente no refiere signos y síntomas de la infección, la detección de anticuerpos es el único método para identificarlos.

Una particularidad que tiene el virus es que constituye un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer cervical, sobre todo si coexiste con el virus del papiloma humano.

### **Diagnóstico**

Se realiza por el cuadro clínico y los hallazgos a la exploración física, caracterizados por la presencia de vesículas, únicas o múltiples, que confluyen en los órganos sexuales, acompañados de adenopatía inguinal; tanto en la mujer como en el hombre. En fases avanzadas de la infección el hallazgo será la úlcera de bordes mal definidos, con halo eritematoso, dolorosa y con el antecedente de recurrencia.

Caso sospechoso: todo paciente con una o más vesículas y/o úlceras dolorosas en los órganos sexuales y con prueba de Tzanck positiva.

Caso definitivo: todo paciente con una o más vesículas y/o úlceras dolorosas en los órganos sexuales en quien se demuestre por Inmunofluorescencia, PCR (reacción de la Polimerasa en cadena) u otro método diagnóstico confirmatorio para el herpes simples 1 y 2.

### **CHANCRO BLANDO**

También llamado chancroide, se caracteriza por la presencia de úlceras grandes, mal definida, muy dolorosa, acompañada de ganglio ulcerado o bubón, producido por el *Haemophilus ducreyi*, bacteria gramnegativa con un periodo de incubación de tres a seis días.

Se estima que en el 10% de los pacientes con chancroide existe una coinfección con *Treponema pallidum* o herpes genital.

### **Manifestaciones Clínicas**

Se presenta en el sitio de infección con una o varias úlceras dolorosas con fondo plano que sangra fácilmente al limpiar el exudado necrótico, de bordes mal definidos y eritematosos, que se expande por auto inoculación, casi siempre en el sitio de la inoculación; en la mujer, principalmente en labios mayores, menores y región perianal, y en el hombre en prepucio, glande y región perianal.

En dos a tres semanas evoluciona la enfermedad, presentándose adenopatía inguinal inflamatoria, casi siempre unilateral. Los ganglios pueden ablandarse hasta formar un absceso (bubón) que puede abrir al exterior y formar una fístula que drena líquido purulento. En la mujer se presenta con menos frecuencia, por ser ganglios intrapélvicos.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico clínico se realiza mediante los siguientes criterios: el paciente tiene una o más úlceras genitales sin evidencia de infección por *Treponema pallidum*, presencia clínica de

linfadenopatía regional y prueba negativa para virus del herpes genital. El diagnóstico definitivo de Chancroide requiere de identificación de *H. ducreyi* por medio de cultivo específico o PCR.

## **LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV)**

La *Chlamydia trachomatis* tipo L<sub>1</sub>, L<sub>2</sub>, L<sub>3</sub>, es el agente causal de esta patología y tiene un periodo de incubación de 5 a 35 días.

### **Manifestaciones Clínicas**

La lesión primaria aparece en el sitio de inoculación luego de adquirir la infección, que inicia con una lesión pápulo-vesicular, pequeña e indolora que en ocasiones pasa inadvertida y desaparece sola; en el varón ocurre con más frecuencia en el surco balanoprepucial, frenillo, pene, uretra, glande y escroto y en la mujer se presenta en la pared posterior de la vagina, la horquilla, el labio posterior del cérvix y vulva, sólo 20 a 30% de las mujeres presentan el síndrome inguinal, debido al drenaje de los ganglios pélvicos.

Entre cuatro días y cuatro meses posteriores a la lesión primaria, ocurre una adenopatía inguinal, unilateral, que involucra los ganglios linfáticos y produce la tumefacción inicial, estos ganglios se adhieren a la piel la que se torna de color rojo oscuro, formando úlceras grandes, hemorrágicas y dolorosas; en esta etapa los síntomas sistémicos son comunes.

La curación puede durar meses o años, dejando cicatriz retráctil con trastornos linfáticos obstructivos resultando en edema de pene y escroto en el hombre, y en la mujer del periné y miembros pélvicos.

## **GRANULOMA INGUINAL (DONOVANOSIS)**

Es producido por *Calymmatobacterium granulomatis*, una bacteria Gramnegativa que tiene un periodo de incubación entre ocho días a 12 semanas.

### **Manifestaciones Clínicas**

Inicia como un nódulo cutáneo único o múltiple que erosiona la piel y produce una lesión indolora, limpia granulomatosa, de bordes irregulares. Puede ocurrir infección secundaria que contribuye a la formación de tejido necrótico y fibrosis. La lesión puede tomar una apariencia acuminada, confundiendo con un condiloma o cáncer.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico se realiza mediante estudio histopatológico de la lesión, en donde se visualizan los cuerpos de Donovan (presencia del microorganismo intracelular en las células del tejido infectado).

### **Tumorales**

---

## **CONDILOMAS ACUMINADOS**

Los condilomas acuminados (CA) también conocidos como verrugas genitales, papilomas venéreos o verrugas venéreas se caracterizan por la presencia de excrecencias carnosas

localizadas por lo general en las mucosas de los órganos sexuales y ano. El CA emergerá en el lugar donde se haya generado la infección. Esta ITS es producida por el virus del papiloma humano (VPH).

## **INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)**

La infección por el VPH tiene una gran trascendencia y, en la actualidad, preocupa a la comunidad científica desde el punto de vista sanitario, por sus aspectos epidemiológicos, todavía no enteramente dilucidados, así como por el amplio espectro clínico, el potencial oncogénico de algunos de sus genotipos, la complejidad de su terapéutica y las frecuentes recidivas que se producen en los pacientes afectados. En la actualidad existen más de 130 tipos causantes de la infección, y cuya importancia radica la patogénesis del cáncer epitelial de los órganos sexuales. Hasta 90% se le relaciona con el cáncer cervical (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56, 58 y 66).

Los VPH son virus epidermotropos con afinidad y capacidad de infectar cualquier tipo de epitelio escamoso. Desde el momento de la infección, que sucede a partir de soluciones de continuidad en la superficie cutáneomucosa, se establece un periodo de incubación variable entre 6 semanas (1 mes y medio) a 2 años, aunque este aspecto no está totalmente aclarado, para que se manifiesten las lesiones clínicas o subclínicas de la infección, tomando como promedio 3 meses a partir de la última relación sexual con la persona infectante.

### **Manifestaciones Clínicas**

La infección por el VPH se asocia con una amplia variedad de manifestaciones clínicas, subclínicas y latentes.

La manifestación clínica habitual es el condiloma, que suelen ser de aspecto exofítico, generalmente pediculado y papulares, de base sésil e incluso, en ocasiones, aplanados. Estas características varían según la región anatómica donde aparezcan.

*Localización de los condilomas acuminados.* En los órganos sexuales del hombre, las zonas más afectadas con frecuencia son el frenillo, el surco balanoprepucial y la mucosa del glande y prepucio; la uretra también puede estar afectada, también pueden localizarse en escroto y las zonas perianales, donde en un 50% suelen afectar la mucosa rectal.

*Localización de los condilomas acuminados en la mujer.* En la mujer, aparecen, generalmente, en un momento, localizados en la vulva y labios mayores y menores, pero por las condiciones de humedad de los órganos sexuales femenino y las posibles infecciones asociadas, se suelen propagar rápidamente a toda la vulva, incluso al perineo y área perianal.

Las manifestaciones subclínicas son de suma importancia, sobre todo epidemiológicamente, por ser totalmente invisibles al ojo humano. Por regla general, las lesiones subclínicas son aplanadas y múltiples. Su insignificancia clínica facilita el contagio y su persistencia está relacionada, posiblemente con el cáncer genital, sobre todo en la mujer. Puede objetivarse mediante aplicación de una solución de ácido acético y subsiguiente visualización a través de la lupa o el colposcopio.



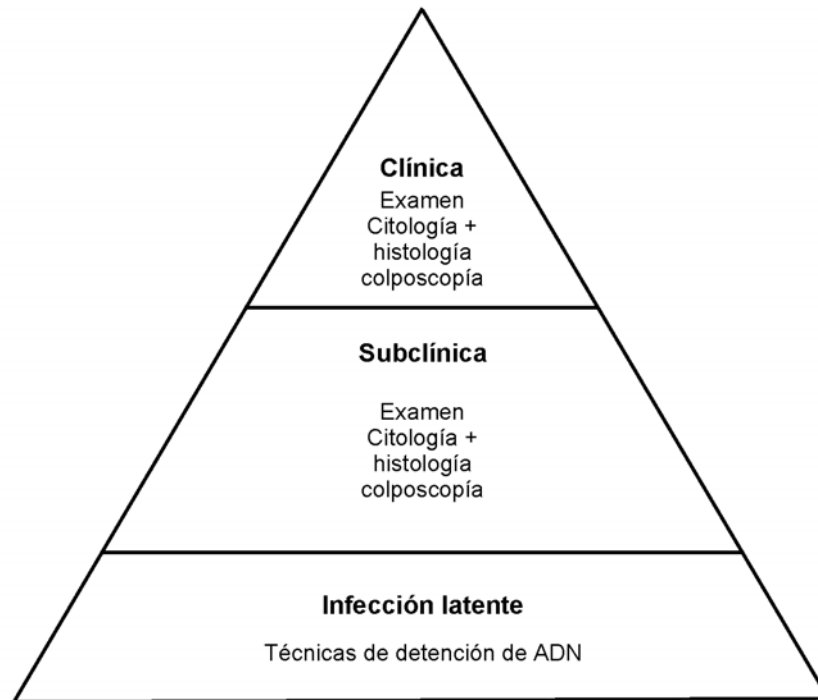
## Diagnóstico

Las lesiones por el VPH pueden afectar de forma aislada o multicéntrica y multifocal a cualquier parte del tracto genital inferior y región perineoanal, razón por la que, ante cualquier lesión detectada, debe hacerse un estudio exhaustivo del cuello uterino, vagina, vulva, perineo, uretra, pene, escroto y ano, y es recomendable el estudio de la pareja o parejas sexuales por el especialista.

Aunque el diagnóstico de las infecciones manifiestas por el VPH resulta habitualmente clínico, la posible presencia de infecciones subclínicas, asintomáticas o latentes, así como la necesidad de determinación de la infección y del tipo de VPH implicado (de alto o bajo riesgo), han hecho desarrollarse, en estos últimos años, una amplia variedad de técnicas diagnósticas.

Las técnicas disponibles son morfológicas para la detección del virus (citología, colposcopia e histopatología, y microscopía electrónica), inmunohistoquímicas para la detección del antígeno (Ag) viral de la lesión y basadas en la detección del ADN viral mediante hibridación o amplificación (todas disponibles en México). De todos modos no existe el método ideal para el diagnóstico de la infección por VPH y su validez depende de la forma de la infección (Ver Figura 1). Este debería responder a las cualidades de ser rápido, económico, sensible, específico, aplicable a muestras no invasivas y capaz de tipificar el virus implicado en la lesión.

Figura 1  
MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO PARA  
LA INFECCIÓN POR EL VPH



## 11) Tratamiento

### Recomendaciones Uniformes para el Tratamiento de las ITS

En el manejo efectivo de las ITS se debe de contemplar control, tratamiento específico, prevención de complicaciones, secuelas en la comunidad y ofrecer educación acerca de la prevención del VIH.

El uso apropiado y uniforme de protocolos se recomienda para el tratamiento seguro en todos los niveles de atención en salud. Estos esquemas facilitan la capacitación y supervisión de los proveedores de la salud y retrasa el desarrollo de resistencia a antimicrobianos en agentes etiológicos de ITS, como *Neisseria gonorrhoeae* y *Haemophilus ducreyi*.

### Manejo de Caso

Es el cuidado de una persona con un síndrome relacionado a ITS o con una prueba positiva de una o más ITS. El manejo de caso consiste no sólo en la terapia antimicrobiana, sino en la atención de la cura y la necesidad del cuidado de los pacientes en su salud reproductiva.

### Manejo Sindromático

Es desarrollado a través de algoritmos según síntomas y signos en contra de un número bien definidos de agentes etiológicos para el manejo de flujo vaginal, secreción uretral, úlceras en genitales, dolor pélvico bajo y tumores genitales; sin embargo es importante reconocer las limitaciones de los algoritmos de secreción vaginal, particularmente en el manejo de infecciones cervicales (gonococo y clamidia) en especial en mujeres adolescentes con vaginitis endógena.

### Selección de las Drogas

La resistencia antimicrobiana a gonorrea y chancroide se ha incrementado en varias partes del mundo, por lo que las recomendaciones para el uso de drogas deben de considerar eficacia y bajo costo. En México tenemos cepas resistentes circulantes en el caso de Gonorrea, se desconoce a la fecha para el chancroide.

Las drogas usadas para las ITS en todas las unidades de salud deben e proporcionar el 95% de efectividad.

### Criterios de Selección de Drogas

- ♦ Alta eficacia
- ♦ Bajo costo
- ♦ Toxicidad y tolerancia baja o nula
- ♦ Tener en cuenta a microorganismos resistentes o en proceso de serlo
- ♦ Dosis única
- ♦ Administración oral
- ♦ Sin contraindicación en el embarazo o durante la lactancia

## INFECCIÓN GONOCÓCCICA (GONORREA)

La infección con *N. gonorrhoeae* se asienta en el epitelio de uretra, endocérvix, recto, faringe y conjuntiva; siendo su diseminación transluminal hacia el epidídimo y próstata en el hombre y endometrio y órganos pélvicos en la mujer, pudiendo también ocurrir diseminación hematológica, siendo esta última, rara.

En la infección gonocócica se debe tener en cuenta las resistencias a más de un antimicrobiano por la conocida a la penicilina.

Es importante monitorear la susceptibilidad *in vitro* para la elección del régimen recomendado, cuando se cuenta con el recurso.

Se recomienda conjuntamente el tratamiento para infección de *Chlamydia trachomatis*.

## INFECCIÓN GONOCÓCCICA NO COMPLICADA DEL CÉRVIX, URETRA Y RECTO

### Régimen Recomendado

- ♦ Ceftriaxona 250 mg IM en dosis única, o
- ♦ Ciprofloxacina 500 mg vía oral en dosis única, o
- ♦ Cefixime 400 mg vía oral en dosis única, o
- ♦ Ofloxacina 400 mg vía oral en dosis única, o
- ♦ Levofloxacina 250 mg vía oral en dosis única

### En Caso de Infección por Clamidia

- ♦ Doxiciclina 100 mg vía oral dos veces al día por 7 días, o
- ♦ Azitromicina 1 g vía oral en dosis única

### Régimen Alternativo

- ♦ Espectinomicina 2 g IM en dosis única
- ♦ Cefalosporinas en dosis única: ceftriaxona 250 mg IM y cefixima 400 mg vía oral, pudiendo incluir, ceftizoxima 500 mg IM, cefoxitin 2g IM más probenecid 1 g vía oral y cefotaxima 500 mg IM.
- ♦ Quinolonas en dosis única: gatifloxacina 400 mg vía oral, norfloxacina 800 mg vía oral y lomefloxacina 400 mg vía oral

**Nota:** Las fluoroquinolonas no se recomienda en adolescentes y menores de 18 años por el daño al cartílago articular comprobado en animales jóvenes de experimentación.

### Régimen en Situaciones Especiales

- ♦ EMBARAZO Y/O LACTANCIA
- ♦ Ceftriaxona 250 mg IM en dosis única, o
- ♦ Espectinomicina 2 g IM cada 12 horas
- ♦ Amoxicilina 2 g ó 3 g, vía oral + probenecid 1 g vía oral en dosis única, cuando *N. gonorrhoeae* es aislada y se conoce que no es penicilinas resistente.

- ♦ GONORREA FARINGEA
- ♦ Ceftriaxona 250 mg IM en dosis única, o
- ♦ Ciprofloxacina 500 mg vía oral en dosis única, o
- ♦ Ofloxacina 400 mg vía oral en dosis única.
- ♦ EPIDIDIMORQUITIS GONOCÓCCICA, INCLUYENDO *C. Trachomatis*
- ♦ Doxiciclina 100 mg vía oral dos veces al día por 14 días, o
- ♦ Ofloxacina 200 mg vía oral dos veces al día por 14 días.

### **Régimen Alternativo**

- ♦ Ciprofloxacina 500 mg vía oral en dosis única o ceftriaxona 250 mg IM.
- ♦ EPIDIDIMORQUITIS GONOCÓCCICA SECUNDARIA A MICROORGANISMOS ENTÉRICOS
- ♦ Ofloxacina 400 mg vía oral en dosis única, o
- ♦ Trimetoprim-sulfametoxazol 400/80 mg, dos veces al día por 14 días.
- ♦ CONJUNTIVITIS GONOCÓCCICA EN ADULTOS
- ♦ Ceftriaxona 1g IM en dosis única, más
- ♦ Lavado de ojos con solución salina
- ♦ CONJUNTIVITIS GONOCÓCCICA EN NIÑOS (*oftalmia neonatorum*)
- ♦ Ceftriaxona 25-50 mg/Kg Iv o IM en dosis única, y no exceder de 125 mg, o
- ♦ Cefixime 100 mg/Kg IM en dosis única + Lavado de ojos con solución salina.
- ♦ PROFILAXIS PARA LA OFTALMÍA NEONATAL
- ♦ Nitrato de plata 1% en solución acuosa aplicación única
- ♦ Eritromicina 0.5% ungüento oftálmico aplicación única
- ♦ Tetraciclina 1% ungüento oftálmico aplicación única
- ♦ INFECCIÓN GONOCÓCCICA DISEMINADA

### **Régimen Recomendado**

- ♦ Ceftriaxona 1g IM en dosis única, más
- ♦ Ceftizoxima 1 g IV cada 8 horas, o
- ♦ Ciprofloxacina 400 mg IV cada 12 horas
- ♦ Espectinomicina 2 g IM cada 12 horas

### **Regímenes Alternativo**

- ♦ Cefotaxima 1 g IV cada 8 horas, o
- ♦ Ofloxacina 400 mg IV cada 12 horas, o
- ♦ Levofloxacina 250 mg IV diario, o

**Todos los Esquemas Deben de ser Aplicados por 24-48 Horas Seguidos por Dosis de Mantenimiento por Vía Oral:**

- ♦ Cefixima 400 mg vía oral dos veces al día, o
  - ♦ Ciprofloxacina 500 mg vía oral dos veces al día, o
  - ♦ Ofloxacina 400 mg vía oral dos veces al día, o
  - ♦ Levofloxacina 500 mg vía oral una vez al día.
- ♦ MENINGITIS Y ENDOCARDITIS GONOCÓCCICA
- ♦ Ceftriaxona 1-2 g IV cada 12 horas por 10-14 días en caso de meningitis y hasta 4 semanas para endocarditis.

Régimen Recomendado para Niñas y Niños con Peso <45 Kg en Gonorrea no Complicada, Vulvovaginitis, Cervicitis, Uretritis, Faringitis

- ♦ Ceftriaxona 125 mg en dosis única
- ♦ INFECCIÓN POR *Chlamydia trachomatis* (NO INCLUYE AL LGV)

**Régimen Recomendado para Adultos, Adolescentes, Niñas y Niños >45 KG**

- ♦ Azitromicina 1g por vía oral en una sola dosis ó
- ♦ Doxiciclina 100 mg 2 veces al día por 7 días

**Régimen Alternativo**

- ♦ Eritromicina base 500 mg vía oral 4 veces al día por 7 días
- ♦ Eritromicina etilsuccinato 800 mg vía oral 4 veces al día por 7 días
- ♦ Ofloxacina 300 mg 2 veces al día por 7 días
- ♦ Levofloxacina 500 mg 1 vez al día por 7 días

- ♦ INFECCIÓN DE *Chlamydia trachomatis* DURANTE EL EMBARAZO

**Régimen Recomendado**

- ♦ Eritromicina 500 mg 4 veces al día por 7 días o
- ♦ Amoxicilina 500 mg 3 veces al día por 7 días

**Régimen Alternativo**

- ♦ Eritromicina base 250 mg vía oral 4 veces al día por 14 días ó
- ♦ Eritromicina etilsuccinato 800 mg vía oral 4 veces al día por 7 días ó
- ♦ Eritromicina etilsuccinato 400 mg vía oral 4 veces al día por 14 días ó
- ♦ Azitromicina 1 gr vía oral única dosis
- ♦ Claritromicina 250mg vía oral dos veces al día por 7 días

**CONJUNTIVITIS NEONATAL POR *Chlamydia trachomatis***

Todos los casos de conjuntivitis en el recién nacido deben ser tratados para *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* porque la posibilidad de infección es mixta es alta.

## **Régimen Recomendado para Conjuntivitis y Neumonía**

### **Niñas y Niños con < 45 Kg de peso**

- ♦ Eritromicina base o etilsuccinato 50 mg /Kg/día vía oral 4 veces al día durante 14 días

### **Niñas y Niños con > 45Kg de Peso y < 8 Años de Edad**

- ♦ Azitromicina 1 gr vía oral única dosis

### **Niñas y Niños con > 8 Años de Edad**

- ♦ Azitromicina 1 gr vía oral única dosis ó
- ♦ Doxiciclina 100 mg 2 veces al día por 7 días

## **LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV)**

El tratamiento cura la infección y previene el daño al tejido adyacente como resultado de los bubones ulcerados. Los bubones intactos deben de ser aspirados sobre la piel sana o drenados para prevenir formación de nuevas úlceras inguinofemorales.

### **Régimen recomendado**

- ♦ Doxiciclina 100 mg vía oral 2 veces al día por 21 días o hasta que las úlceras estén cicatrizadas

### **Régimen alternativo**

- ♦ Eritromicina 500 mg vía oral en 4 veces al día por 21 días

Algunos especialistas utilizan azitromicina 1 g vía oral por 3 semanas.

El paciente debe vigilarse clínicamente hasta que los signos y síntomas hayan desaparecido.

### **En el Embarazo**

- ♦ Eritromicina 500 mg vía oral en 4 veces al día por 21 días. La Doxiciclina está contraindicada durante el embarazo

## **SÍFILIS**

### **Sífilis Temprana**

**(sífilis primaria, secundaria o latente menor de 2 años de evolución)**

### **Régimen Recomendado**

- ♦ Penicilina G benzatínica 2.4 millones de UI, IM en una sola dosis (se recomienda aplicar la solución en sitios separados, 1.2 millones en cada nalga)

**Sífilis Latente Tardía (mayor de 2 años de evolución) o Sífilis Latente con Duración Desconocida**

- ♦ Penicilina G benzatínica 7.2 millones de UI, administrada en 3 dosis: 2.4 millones de UI, IM cada semana

### **Régimen Alternativo**

En personas con alergia a la penicilina (no embarazadas)

- ♦ Penicilina G procaínica 1.2 millones de UI, IM a diario durante 20 días.
- ♦ Doxiciclina 100 mg vía oral 2 veces al día por 30 días ó
- ♦ Tetraciclina 500 mg vía oral 4 veces al día durante 30 días

### **Sífilis Terciaria (neurosífilis)**

En sífilis terciaria con afección cardiovascular, presencia de gomas, sin datos de neurosífilis o de alergia a penicilina, se recomienda:

- ♦ Penicilina benzatínica G, 7.2 millones de UI administrada en 3 dosis: 2.4 millones de UI, IM cada semana
- ♦ Penicilina G cristalina 12-24 millones de IV. Administrar a diario dosis de 2-4 millones UI cada 4 horas por 14 días

La penicilina debe ser administrada siempre que sea posible; en caso de sífilis cardiovascular se recomienda consultar con el cardiólogo.

**Nota:** Algunos expertos recomiendan agregar penicilina G benzatínica 2.4 millones de UI, IM en dosis semanales durante 3 semanas. Recordar que penicilina G benzatínica no alcanza niveles terapéuticos en el LCR.

### **Régimen Alternativo**

En personas con alergia a la penicilina (no embarazadas)

- ♦ Doxiciclina 100 mg vía oral 2 veces al día por 30 días ó
- ♦ Tetraciclina 500 mg vía oral 4 veces al día durante 30 días

**Nota:** Regímenes alternativos a la penicilina han sido evaluados en el tratamiento para la Neurosífilis, como las cefalosporinas de tercera generación, pero su eficacia no está bien definida. En caso de afección al SNC se debe consultar con un neurólogo.

**TRATAMIENTO PARA PACIENTES QUE TIENEN NEUROSÍFILIS O ALTERACIONES EN EL OJO DE SÍFILIS (UVEÍTIS, NEURORRETINITIS, NEURITIS ÓPTICA)**

### **Régimen Recomendado**

- ♦ Penicilina G acuosa cristalina 18-24 millones de unidades por día administrado en 3-4 millones de unidades intravenosa cada 4 horas por infusión continua por 10-14 días

### **Régimen Alternativo**

- ♦ Penicilina procaínica 2.4 millones de unidades I.M. única dosis agregar
- ♦ Probenecid 500 mg vía oral, 4 veces al día durante 10 a 14 días



## SÍFILIS Y VIH

- ♦ Todos los pacientes con sífilis deben de ofrecerles la prueba del VIH por su alta frecuencia de asociación y la dificultad de manejo.
- ♦ Neurosífilis debe de ser considerada como diagnóstico diferencial de enfermedad neurológica en personas con VIH.
- ♦ En caso de sífilis congénita, a la madre se le debe investigar VIH, si resulta positiva, se refiere al siguiente nivel de atención para su manejo

### En Personas con el VIH y Sífilis Primaria o Secundaria

- ♦ Penicilina G benzatínica 2.4 millones de UI, IM, en una sola dosis; también se recomienda penicilina G benzatínica administrada cada semana por 3 semanas

### Sífilis en Embarazo

La embarazada, después del tratamiento específico, debe estar en control de seguimiento cada 3 meses durante un año, cada 6 meses en el segundo año y una vista el tercer año, es necesario el tratamiento y seguimiento de la pareja sexual.

### Régimen Recomendado

Las pacientes embarazadas que no presenten alergia a la penicilina deben ser tratadas con esquema de penicilina para adulto, en caso de ser alérgica se debe desensibilizar según esquema referido.

### Régimen Alternativo

En pacientes embarazadas con alergia a la penicilina.

- ♦ SÍFILIS TEMPRANA
- ♦ Eritromicina 500 mg vía oral 4 veces al día por 15 días
- ♦ SÍFILIS TARDÍA
- ♦ Eritromicina 500 mg vía oral 4 veces al día por 30 días

Nota: **La poca eficacia de la eritromicina en todos los estadios de la sífilis y de la congénita han sido notificados, así como su escasa eficacia en la neurosífilis. Se estudia el uso de cefalosporinas de tercera generación por su ausencia de reacciones alérgicas y/o anafilaxia.**

La desensibilización de la penicilina en embarazadas y/u otro paciente debe de realizarse en un segundo nivel.

### Sífilis Congénita

Todas y todos los recién nacidos de madres con sífilis deben de tratarse con una sola dosis de penicilina cristalina 50,000 UI/Kg, independientemente si las madres fueron tratadas durante el embarazo.

La hospitalización debe de recomendarse a todos los recién nacidos sintomáticos o no con LCR anormal (mayores de 2 años de edad) y ser manejados como sífilis congénita temprana.

## Régimen Recomendado

### SÍFILIS CONGÉNITA TEMPRANA (MAYORES DE 2 AÑOS DE EDAD) Y NIÑOS CON LCR ANORMAL

- ♦ Penicilina cristalina 100,000-150,000 UI/Kg/diario, administrada a dosis de 50,000 UI/Kg/diaria IV, cada 12 horas durante los primeros 7 días de vida y cada 8 horas posteriormente por 10 días o
- ♦ Penicilina cristalina 50,000 UI/Kg intramuscular dosis única a diario por 10 días

### SÍFILIS CONGÉNITA EN MAYORES DE 2 AÑOS

- ♦ Penicilina cristalina 200,000-300,000 UI/Kg/diario IV o intramuscular, para administra 50,000 UI/Kg cada 4-6 horas durante 10-14 días

## Régimen Alternativo

En pacientes con alergia a la penicilina, después del primer mes de vida.

- ♦ Eritromicina 7.5-12.5 mg/Kg vía oral 4 veces al día durante 30 días

Nota: **El seguimiento de los niños con sífilis congénita debe de realizarse al nacimiento y cada 3 meses hasta su curación y negativización serológica VDRL y FTA-abs fracción IgM, que es específico para el diagnóstico de la sífilis congénita y examen radiológico de huesos.**

Debe de repetirse el esquema terapéutico en caso de que los signo y síntomas persistan o haya incremento en las titulaciones serológicas de control (VDRL).

## CHANCROIDE (CHANCRO BLANDO)

Debido a la resistencia en algunas áreas geográficas, **no** se deben de emplear tetraciclina y penicilina. La terapéutica antimicrobiana de dosis única es la preferida.

## Régimen Recomendado

- ♦ Azitromicina 1 g vía oral única dosis ó
- ♦ Ceftriaxona 250 mg vía IM única dosis ó
- ♦ Ciprofloxacina 500 mg vía oral 2 veces al día por 3 días ó
- ♦ Eritromicina base 500 mg vía oral 3 veces al día por 7 días

NOTA : Ciprofloxacina esta contraindicada en el embarazo, lactancia y menores de 18 años.

## Manejo de las Lesiones

No se requiere tratamiento especial. Las lesiones ulcerativas deben de limpiarse, los ganglios linfáticos aspirarse a través de la piel se encuentre sana. La incisión y drenaje de los ganglios debe retrasarse no es lo recomendable.

## Seguimiento

Todos los pacientes deben estar en seguimiento hasta la curación, en pacientes infectados con VIH el tratamiento es menos efectivo ya que se asocia con herpes genital ó sífilis.

## INFECCIÓN POR HERPES GENITAL

No se conoce curación para el herpes genital, pero el curso de los signos y síntomas se modifican si la terapia con aciclovir u otros análogos se inicia lo antes posible. La terapia tópica con aciclovir sólo acorta un mínimo la duración de los episodios sintomáticos y no se recomienda.

### Primoinfección

- ♦ Aciclovir 400 mg vía oral 5 veces al día por 7 a 10 días, o
- ♦ Aciclovir 200 mg vía oral 3 veces al día por 7 a 10 días, o
- ♦ Famciclovir 250 mg 3 veces al día por 7 a 10 días, o
- ♦ Valaciclovir 1 g 2 veces al día por 7 a 10 días

**Nota:** El tratamiento acorta la formación de nuevas lesiones, duración del dolor, cicatrización y carga viral, si embargo no parece influir en la historia natural de la infección.

### Infecciones Recurrentes

En la recurrencia del Herpes genital se debe de iniciar el tratamiento en el pródromo o aún después de la primoinfección, teniendo en cuenta terapias supresivas y de corta duración.

#### Se Recomienda en Infecciones Recurrentes

- ♦ Aciclovir 400mg vía oral 5 veces al días por 5 días o
- ♦ Aciclovir 200 mg vía oral 3 veces al día por 5 días o
- ♦ Aciclovir 800 mg vía oral 2 veces al día por 5 días o
- ♦ Famciclovir 125 mg vía oral dos veces al día por 5 días o
- ♦ Valaciclovir 500 mg vía oral dos veces al día por 3-5 días o
- ♦ Valaciclovir 1 g vía oral una vez al día por 5 días

### Terapia Supresiva

La terapia supresiva reduce la frecuencia de recurrencia en un 70%-80% en pacientes con 6 ó más episodios al año. La seguridad y eficacia está documentada en pacientes que reciben terapia supresiva a diario con aciclovir por más de 6 años y con Valaciclovir o Famciclovir por un año. Las terapias supresivas no están asociadas con cambios clínicos significantes a resistencia a aciclovir en personas inmunocompetentes.

El aciclovir reduce la carga viral pero no la elimina, algunas terapias supresoras puede prevenir la transmisión del VHS aunque se desconoce su mecanismo.

### Régimen Recomendado

- ♦ Aciclovir 400 mg dos veces al día de forma continua, o
- ♦ Famciclovir 250 mg vía oral dos veces al día, o
- ♦ Valaciclovir 500 mg vía oral una vez al día, o
- ♦ Valaciclovir 1g vía oral una vez al día

Algunos expertos recomiendan suspender el aciclovir después de un año de uso continuo dependiendo de la tasa de recurrencia.

## **Infección Severa**

- ♦ Aciclovir 5-10 mg/Kg IV cada 8 horas o hasta la resolución de las lesiones.

## **Herpes Durante le Embarazo**

En la primoinfección de herpes genital durante el embarazo, se debe tratar con aciclovir.

Durante el parto vaginal la mujer que desarrolla herpes genital, el recién nacido tiene riesgo de presentar herpes neonatal en 30%-50%. Los niños nacidos de madres con padecimiento recurrente presentan un bajo riesgo < 1%. Una historia clínica y examen físico se debe realizar para la programación de cesárea en madres con lesiones herpéticas genitales.

## **Tratamiento para Recién Nacidos con Herpes**

- ♦ Aciclovir 10-20 mg/ Kg de peso, vía IV cada 8 horas por 21 días en caso diseminado o por 14 días cuando esta limitado a piel y membranas mucosas

## **Coinfección de Herpes con VIH**

En personas con inmunidad deficiente con lesiones ulcerativas mucocutáneas persistentes y/o diseminadas que involucran genitales: perianales, escroto y pene. Las lesiones pueden ser dolorosas, atípicas, lo que dificulta el diagnóstico clínico. Las lesiones de herpes en personas con VIH responden al aciclovir, pero la dosis debe de incrementarse y dar tratamiento en largo tiempo, subsecuentemente los pacientes se benefician en terapia supresiva crónica. En algunos casos los pacientes desarrollan deficiencia mutante de la timidina-kinasa por lo que son inefectivas las terapias antivirales.

## **Régimen Recomendado en Lesiones de Herpes Simple con Coinfección con VIH**

- ♦ Aciclovir 400 mg vía oral 3 veces al día por 5-10 días o hasta la resolución clínica de las lesiones, o
- ♦ Aciclovir 200 mg vía oral 5 veces al día por 5-10 días o hasta la resolución clínica de las lesiones, o
- ♦ Famciclovir 500 mg vía oral 2 veces al día por 5-10 días o hasta la resolución clínica de las lesiones, o
- ♦ Valaciclovir 1.0 g dos veces al día por 5-10 días hasta la resolución clínica de las lesiones

## **Régimen Recomendado en Lesiones de Herpes Simple con Coinfección con VIH como Régimen Supresivo**

- ♦ Aciclovir 400-800 2-3 veces al día dependiendo de los episodios
- ♦ Famciclovir 500 mg dos veces al día dependiendo de los episodios
- ♦ Valaciclovir 500 mg dos veces al día dependiendo de los episodios

## **CONDILOMAS ACUMINADOS (VERRUGAS VENÉREAS O PAPILOMAS)**

El virus del papiloma humano (VPH) es el agente etiológico de los condilomas acuminados o verrugas genitales y de las verrugas vulgares (mezquinos), asintomáticas o con mínimas

molestias, en la actualidad existen aproximadamente 130 genotipos, más de 30 afectan el tracto genital y aproximadamente 15 están implicados en la producción de cáncer.

Específicamente algunos tipos de VPH producen carcinoma invasivo del cerviz, por lo que se recomienda el examen de Papanicolaou y colposcopia, en todas las mujeres con ITS, ya que un alto porcentaje de muestras en adolescentes es anormal.

La eliminación de las lesiones no cura de la infección pero la controla. Como terapia se ha manejado la Podofilina o podofilotoxina o ácido tricloroacético (ATC), utilizado en condilomas acuminados externos y perianales; la crioterapia con nitrógeno líquido, no es tóxica, no se requiere anestesia y no se producen cicatrices (aplicado por especialista o médico con experiencia en su manejo).

La meta principal del tratamiento para los condilomas o verrugas genitales es la destrucción de las lesiones y evitar su transmisión y complicaciones como el desarrollo de cáncer.

### **Régimen Recomendado para Condilomas Genitales Externos**

#### **AUTOAPLICACIÓN**

- ◆ Podofilotoxina al 0.5% en crema, dos veces al día por tres días, seguidos por 4 días de no aplicar tratamiento y el ciclo se repite por 4 veces.
- ◆ Imiquimod 5% en crema, tres veces a la semana por 16 semanas. (el tratamiento del área debe de lavarse con jabón y agua 6-10 horas después de la aplicación)

Nota: **La seguridad de ambos podofilotoxina y Imiquimod durante el embarazo no se ha establecido.**

#### **Administrada por Médico**

- ◆ Crioterapia con Nitrógeno líquido y repetir aplicación cada 1-2 semanas
- ◆ Podofilina 10-25% en un compuesto de tintura de benjuí con colodión elástico, aplicado cuidadosamente sobre las lesiones y posteriormente lavar a las 2-4 horas de aplicada la solución

Nota: **Durante el embarazo y lactancia no debe usarse por tóxica.**

- ◆ Ácido tricloroacético (ATC) (80-90%), repetir la aplicación en intervalos cada semana.
- ◆ Remoción quirúrgica: electocirugía o extirpación quirúrgica

#### **Régimen Alternativo**

- ◆ Interferón intralesional, o
- ◆ Cirugía láser

### **CONDILOMAS VAGINALES**

#### **Régimen Recomendado**

- ◆ Crioterapia (con nitrógeno líquido)
- ◆ Ácido tricloroacético 80-90% (ATC), repetir la aplicación en intervalos cada semana.

### **Régimen Recomendado para Condilomas en el Meato Urinario**

- ♦ Crioterapia (con nitrógeno líquido)
- ♦ Podofilina –10-25%

Nota: La uroscopía es necesaria en los intrauretrales, algunos expertos prefieren la electrocirugía, la aplicación de fluoracilo al 5% es efectiva.

### **Régimen Recomendado para Condilomas Anales**

- ♦ Crioterapia (con nitrógeno líquido)
- ♦ Ácido tricloroacético 80-90% (ATC), repetir la aplicación en intervalos semanales, o
- ♦ Remoción quirúrgica

### **Régimen Recomendado para Condilomas Orales**

- ♦ Crioterapia (con nitrógeno líquido)
- ♦ Remoción quirúrgica

### **Condilomas Cervicales**

- ♦ El manejo debe de ser por especialista
- ♦ Muestra para Papanicolaou
- ♦ No utilizar ATC o Podofilina

El tratamiento de los condilomas cervicales no debe de iniciarse hasta que se conozca los resultados de la citología cervical y debe ser manejado por el especialista.

### **INFECCIÓN POR *Trichomonas vaginalis* (TRICOMONOSIS VAGINAL)**

#### **Régimen Recomendado**

- ♦ Metronidazol 2 g vía oral dosis única

Nota: Las tasas de curación reportan en la mujer rangos de 82% a 88% pero se ha incrementado a 95% si las parejas sexuales son tratadas simultáneamente.

#### **Régimen Alternativo**

- ♦ Metronidazol 500 mg vía oral dos veces al día por 7 días, o
- ♦ Metronidazol 2 g vía oral, dosis única

Nota: los pacientes que toman metronidazol u otros imidazoles no deben tomar alcohol mientras estén tomando el medicamento.

LAS MUJERES ASINTOMÁTICAS CON TRICOMONOSIS DEBEN SER TRATADAS CON EL MISMO RÉGIMEN QUE LAS SINTOMÁTICAS

### **Manejo de las Parejas Sexuales**

A todas las parejas sexuales se les debe de notificar y tratar. Utilizar el condón como medida de prevención. La Tricomonosis es frecuentemente asintomática en hombres.

## Seguimiento

El seguimiento debe de realizarse a los 7 días, si persisten los síntomas valorar una reinfección, los pacientes que no curaron al tratamiento inicial se ha visto que responden favorablemente repitiendo el mismo por otros 7 días o emplear una terapia alternativa que consiste en 400 a 500 mg de metronidazol vía oral diarios por 7 días.

La resistencia a los 5 nitroimidazoles no se ha reportado y es una de las causas de fracaso del tratamiento.

## Tricomonosis en el Embarazo

Existe un incremento evidente de efectos con la asociación de la infección con *T. vaginalis* y el embarazo (ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer). El metronidazol no es recomendado para su uso en el primer trimestre.

## Infección Neonatal

Recién nacidos con tricomonosis sintomática o persistente colonización urogenital con 4 meses de vida, deben de ser tratados con metronidazol.

## Régimen Recomendado

- ♦ Metronidazol 5 mg/Kg vía oral, 3 veces al día por 5 días

## URETRITIS A *Trichomonas vaginalis*

### Régimen Recomendado

- ♦ Metronidazol 2g vía oral única dosis ó
- ♦ Metronidazol 500 mg vía oral dos veces al día por 7 días

## VAGINOSIS BACTERIANA

La VB es síndrome clínico resultado del reemplazo del pH normal de la vagina, producidos por los *Lactobacillus sp* por una alta concentración de bacterias anaeróbicas como, (*Prevotella sp*, *Mobiluncus sp*) *G. vaginalis*, *Mycoplasma hominis* y otras. La causa de la alteración microbiana no está totalmente entendida.

La tricomoniasis y la vaginosis bacteriana, se consideran como una infección endógena del tracto reproductivo.

Otros estudios confirman la estrecha relación entre la microflora alterada de la vagina con la adquisición del VIH.

### Régimen Recomendado

- ♦ Metronidazol 500mg 2 veces al día 2 veces al día por 7 días ó
- ♦ Metronidazol gel 0.75% aplicador ( 5 g) vía intravaginal una vez al día por 5 días
- ♦ Clindamicina crema 2% aplicador ( 5 g) vía intravaginal por la noche durante 7 días

## **Régimen Alternativo**

- ♦ Metronidazol 2 g vía oral dosis única ó
- ♦ Clindamicina 300 mg vía oral dos veces al día por 7 días
- ♦ Clindamicina óvulos 100 g vía intravaginal una vez al día por la noche por 3 días

## **Seguimiento**

Los pacientes deben de tener seguimiento y regresar si los síntomas persisten para reiniciar tratamiento o referir al siguiente nivel de atención.

## **Vaginosis Bacteriana en Embarazo**

Existe evidencia de que la asociación de VB incrementa durante el embarazo con evidentes efectos adversos (ruptura prematura de membranas, embarazo de pretérmino, bajo peso al nacer. La embarazada sintomática debe de ser tratada e igual con antecedente de embarazo a pretérmino debe de ser estudiada por infección asintomática. La mujer con recurrencia de síntomas debe de ser retratada.

El metronidazol no es recomendado durante el primer trimestre del embarazo aunque puede ser usado durante el segundo y tercer trimestre, en baja dosis pues reduce el riesgo de efectos colaterales.

## **Régimen Recomendado**

- ♦ Metronidazol 250 mg vía oral tres veces al día por 7 días
- ♦ Clindamicina 300 mg vía oral 2 veces al día por 7 días

## **CANDIDOSIS**

La Candidosis vulvovaginal usualmente no es adquirida por contacto sexual sin embargo el tratamiento de parejas sexuales no es recomendado y debe ser considerado por la mujer como una infección recurrente (una minoría de pareja sexual masculina puede presentar balanitis caracterizada por eritema y prurito de glande y pene).

## **Candidosis Vulvovaginal**

El manejo involucra uso de medicamentos tópicos y una variedad de imidazoles (Miconazol, clotrimazol, econazol, butoconazol, terconazol) o Nistatina. Los imidazoles requieren de cursos cortos y al parecer son más efectivos que la Nistatina.

## **Régimen Recomendado**

- ♦ Butaconazol 2% crema intravaginal 5 g por 3 días ó
- ♦ Butaconazol 2% crema intravaginal 5 g única aplicación ó
- ♦ Clotrimazol 1% crema 5g vía intravaginal diario por 7-14 días ó
- ♦ Clotrimazol, 100 mg vía vaginal tabletas por 7 días ó
- ♦ Clotrimazol 100 mg tableta vaginal; 2 tabletas por 3 días ó
- ♦ Clotrimazol 500 mg tableta vaginal, una tableta en una sola dosis ó



- ♦ Miconazol 2% crema 5 g vía intravaginal por 7 días ó
- ♦ Miconazol 100 mg óvulos vaginales; un óvulo por 7 días ó
- ♦ Miconazol 200 mg óvulos vaginales, un óvulo por 3 días ó
- ♦ Nistatina 100,000 unidades tabletas vaginales, una tableta por 14 días ó
- ♦ Tioconazol 6.5% en ungüento 5 g intravaginal en una sola aplicación ó
- ♦ Terconazol 0.4% crema 5 g vía intravaginal por 7 días ó
- ♦ Terconazol 0.8% crema 5 g vía intravaginal por 3 días ó
- ♦ Terconazol 80 mg óvulos vaginales, un óvulo por 3 días ó

### **Vía Oral**

- ♦ Fluconazol 150 mg tabletas vía oral dosis única

### **Régimen Alternativo**

- ♦ Nistatina 100 000 UI vía intravaginal diaria por 14 días

### **Candidosis Vulvovaginal en el Embarazo**

Sin embargo dosis únicas de tratamientos orales no están demostradas que sean seguras y efectivas. El tratamiento tópico con azoles puede ser usado en el embarazo, siendo los más efectivos son: miconazol, clotrimazol, butoconazol, terconazol.

### **Recurrencias**

Los siguientes factores que predisponen a esta infección deben ser eliminados como: el uso de antibióticos orales, preparaciones antisépticas o antibióticos y duchas vaginales; otros factores predisponentes son: diabetes, uso de corticoesteroides, inmunosupresión, VIH/SIDA. Se debe de dar tratamiento simultáneo si existe foco rectal con Nistatina o fluconazol.

### **Candidosis Vulvovaginal y VIH**

Se puede encontrar en varios sitios incluyendo vulva y vagina con periodos de latencia y recurrencia, los tratamientos que requiere son prolongados y con terapia supresiva.

### **Balanopostitis**

La aplicación tópica de Nistatina o clotrimazol en loción o crema dos veces al día por 5-7 días



## MÓDULO 4

### SEXUALIDAD HUMANA

#### 12) La Sexualidad como una Característica Humana

Cuando se habla de las ITS, y específicamente cuando se refiere a los síntomas que presenta una o un paciente cuando llega a la consulta, generalmente se piensas en cómo abatir dichos síntomas, pero pocas veces se piensa en cuál es la causa que los produce debido a su relación con el comportamiento sexual.

La mayoría de las veces porque se desconoce la información acerca de la sexualidad y otras tantas porque trastoca la propia sexualidad, emociones y sentimientos. Por lo que un conocimiento claro y preciso de la sexualidad y sus diferentes expresiones ayudará a tener más elementos para ofrecer una atención integral de calidad a las y los pacientes.

#### ¿Qué es el Sexo?

Sexo quiere decir, simplemente, diferencia. Esta distinción reside particular y primordialmente en los órganos genitales, llamados así porque en ellos reside la función generadora conocida también como reproductora de la especie.

De esta diferencia biológica surge el concepto de lo femenino y lo masculino, y el sujeto humano que se inscribe en el primer género será mujer o hembra, y hombre o varón quien se incluye en el segundo. Clasificación que también se hace con relación a los animales superiores, conociéndolos genéricamente como machos y hembras.

Esta desigualdad anatómica y, especialmente, la disparidad en la función reproductora, hicieron desde los comienzos de la civilización que se impusieran roles o papeles distintos, tanto para el hombre como para la mujer.

Es así como el azar biológico determina que tengamos un sexo masculino o femenino de acuerdo a como se integre la fórmula cromosómica XX mujer ó XY hombre, de la cual dependerá la propia identidad sexual; es decir, que desde épocas muy tempranas de la vida no sólo se tiene noción de que “yo soy yo”, sino que también se advierte que “yo soy hombre” o bien “yo soy mujer”, configurándose de esta manera lo que se conoce como identidad sexual, y dependiendo de cada cultura en particular, en lo que hace referencia al desempeño sexual que obliga a asumir a cada uno de los seres humanos, bien como hombre o bien como mujer, lo que se llama rol sexual (Identidad de Rol).

#### Sistema de Valores Sexuales

En este contexto, si bien es cierto que existe una diferencia sexual biológicamente constituida y con distintas funciones en lo relacionado a la reproducción; lo que distingue a los sexos es la dramatización existencial, que se ven obligados a desempeñar de acuerdo con los preceptos

sociales que señalan el “cómo debe ser el hombre y cómo la mujer”. Esta arbitraria visión por parte de la potestad masculina obligó a la mujer, en casi todas las culturas, a desempeñarse únicamente al interior del hogar, ocupándose como madre y esposa, por oposición al papel masculino que, como proveedor económico, se otorgó el de jefe indiscutible de la familia.

Esta división del trabajo y de los menesteres domésticos configuró a la mujer como dependiente y sumisa, tierna e intuitiva, débil y temerosa, caprichosa y superficial, voluble e incomprensible. Es decir, que en esta forma se constituyó el mito del “eterno femenino”, por oposición a lo viril, caracterizado por la fuerza y el valor, la inteligencia y la decisión, el dominio, la autoridad; cualidades indispensables para el ejercicio del poder.

**Sexo quiere decir, simplemente, diferencia. Esta distinción reside particular y primordialmente en los órganos genitales de función generadora.**

Esta manera de ver las cosas aparece a los ojos de un observador desprevenido como “algo natural”, cuando realmente es el resultado de un complejo proceso histórico, que desafortunadamente aún se conserva en nuestros días. Dicho de otra manera, a través de los tiempos artificialmente se instituyó un sexo dominante y superior (el Masculino), y otro sometido e inferior (el Femenino). Fruto de esta injusta discriminación de que ha sido objeto la mujer, es la apropiación tradicional de su cuerpo por parte del varón.

Esta afirmación podría hacer pensar en alguna forma de esclavitud, que aunque literalmente no se concibe hoy día, persiste mediante la represión de la sexualidad femenina, que al parecer es una forma sutil y aceptada socialmente de subyugar el cuerpo femenino.

Esta forma de pensar con relación a los roles masculinos-femeninos constituye lo que se denomina “sistema de valores sexuales”, que será el que, sin darnos cuenta, transmitiremos a nuestros hijos como contenido de la educación sexual tradicional.

### **¿Qué es la Sexualidad?**

Entendiendo que los procesos biológicos y la acción de la cultura determinan la identidad sexual del ser humano y también su rol como hombre o mujer, se puede comprender que la sexualidad es: “todo niño o niña, todo hombre o mujer, a cualquier edad con sus pensamientos, sentimientos y acciones, como niño o niña, como hombre o mujer” (Dra. Ethel Nash).

Es decir, que la sexualidad es en la persona una omnipresencia que la acompañará en cada instante de su vida.

Es conveniente, para mayor claridad, incluir la opinión de la Dra. Cecilia Cardinal de Martín, que dice al respecto: “Es una manera de relación de la persona consigo misma y con las demás personas y, si bien tiene bases biológicas comunes, es única, cambiante y relativa, como única, cambiante y relativa es la existencia humana, hace parte de su vida de sentimientos, afectiva y de su vida de acción. Es, en resumen, compromiso existencial”.

En suma, la sexualidad es la persona en la totalidad de su expresión vital y por lo tanto no puede reducirse a la simple función genital. Esta afirmación nos obliga a precisar algunos conceptos. De una parte existe la tendencia a identificar la sexualidad con el ejercicio

exclusivo del coito dentro de una visión mecanicista y reductivista del sexo, que al parecer de los autores del presente documento, desvirtúa las posibilidades de una sana relación interpersonal; y de la otra, aparece recientemente una interpretación parcial, curiosamente compartida por moralistas ortodoxos y algunos sectores de la liberación femenina, que consiste en la aceptación de la sexualidad pero sin inclusión de la función genital.

Tanto unos como otros se equivocan en su concepto polarizado, pues no se puede fraccionar el cuerpo humano, bien en el sentido de la funcionalidad deshumanizada, ni menos aun en el de la negación maniquea de los órganos de la reproducción y del placer sexual.

## **La Sensualidad**

Otro término de uso frecuente y de connotación equívoca es “sensualidad”. El diccionario la define como: “Afición a los deleites de los sentidos”, definición que por sí sola acusa un cierto sentido de rechazo, ya que sutilmente hace aparecer el repudio al placer sexual, pues no debemos olvidar que esta explicación corresponde al viejo sistema de valores sexuales de nuestra cultura, que como ya hemos señalado, tradicionalmente se ha mostrado esquiva y reticente frente al hecho sexual.

Si bien es cierto que la sensualidad como propensión al placer que ofrecen los sentidos --y en especial la piel-- es parte fundamental de la sexualidad y del placer sexual, no debe confundirse con el concepto ya estudiado de sexualidad pues ésta desborda ampliamente a la sensualidad en primera medida en que el hombre es algo más que el placer por el placer mismo. Es un ser que se relaciona, que ama, que construye y que tiene un cierto sentido de ser en el mundo.

Así pues, si bien sexualidad y sensualidad son parientes cercanos en cuanto a su significado, no podemos entenderlas como palabras sinónimas que definan el mismo concepto.

## **Erotismo y Amor**

Finalmente, en esta parte se revisarán dos términos de uso muy frecuente cuando se habla de sexo: Erotismo y Amor.

La filosofía clásica de la antigua Grecia, al estudiar el afecto o sentimiento placentero que “nos acerca a nuestros semejantes”, lo dividió en tres clases: en primer lugar habló de Agape como amor-caridad; en segundo lugar definió el amor-amistad o *phelos* (que suponían desexualizado) y finalmente determinó el *eros*, en el cual se incluía la pasión amorosa o sexual.

Esta concepción idealista de los griegos fue recogida por los pensadores cristianos del comienzo de nuestra cultura, y la noción moderna del amor aún sitúa en diferentes espacios el sentimiento amoroso. «Amamos, según este juicio, de manera diferente a nuestros amigos, a nuestros padres o a nuestros hijos, y desde luego de manera especialísima a nuestra pareja, pues allí, en esa dimensión, aparece explícita la pasión sexual».

“Aunque -los autores- no compartimos exactamente esta opinión (no creemos indicado ocuparnos de momento de esta difícil cuestión) continuaremos refiriéndonos con la palabra amor al concepto de este sentimiento que involucra lo sexual”.

Sin embargo, se considera pertinente hacer algunas observaciones acerca de esta conceptualización. Desde el punto de vista de los autores, en el proceso evolutivo que transformó al ser pro-humano en *Homo sapiens*, la especie humana perdió sus instintos, en el sentido que la biología asigna al término, y éstos fueron reemplazados por los afectos o emociones, entre los cuales, desde luego y primordialmente, se encuentra el amor.

### 13) El Condón en la Prevención de las ITS

El uso adecuado y constante del condón es una de las estrategias recomendadas por la OMS para la prevención del VIH/SIDA.

Recientemente se publicó un estudio titulado “Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission” del Dr. Steven D. Pinkerton y el Dr. Ambrson, donde analizan 89 estudios científicos sobre la efectividad del condón y concluyen que su uso correcto y constante protege en 90 a 95% de la transmisión de la infección por el VIH, siendo sus principales fallas derivadas del uso incorrecto o inconsistente por parte del usuario. Esta conclusión ha sido también documentada y confirmada por más de 437 estudios científicos publicados al respecto.

El condón es el único método de planificación familiar que sirve para prevenir ITS como el SIDA, debido a que funciona como barrera mecánica que impide el paso de bacterias como la *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Mycoplasma hominis*; parásitos como la *Trichomonas vaginales* o virus como el de la hepatitis B ó el VIH.

Existen dos tipos de condones de acuerdo al material con que están hechos: látex para hombres y poliuretano para mujeres. Ambos son efectivos para la prevención de las ITS, aunque el más distribuido y utilizado en todo el mundo es el que está elaborado de látex, sustancia que se extrae de algunas plantas como el árbol del caucho.

Los condones de látex se reportan como biodegradables, a diferencia de otros elaborados con plásticos como poliuretano. Los condones de látex tienen una vida útil promedio de cinco años a partir de su fecha de manufactura. Conviene saber que los condones pueden deteriorarse fácilmente si se exponen a ciertas condiciones como: luz ultravioleta, calor, humedad, ozono o los aceites minerales y vegetales, por lo que se recomienda almacenarlos de manera adecuada y usar exclusivamente lubricantes de base acuosa.

Ciertamente, el condón no es infalible, tampoco lo son los cinturones de seguridad, las vacunas, los cascos, los guantes o la mayor parte de las medidas preventivas.

La vacuna de la influenza protege en 60 a 80% y el cinturón de seguridad reduce en alrededor de 40% las muertes por accidentes vehiculares; sin embargo, utilizamos estas medidas ya que disminuyen de manera importante los riesgos.

Existen lineamientos nacionales e internacionales para el control de calidad y la seguridad de los condones. En nuestro país, la Norma Oficial Mexicana NOM 016-SSA1-1993, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 8 de septiembre de 1994, establece las especificaciones sanitarias de los condones de hule látex. En esta norma se consignan las propiedades que deben tener los condones y los métodos de prueba que tienen que realizarse para asegurar su calidad. Los condones de látex o de poliuretano no deben de presentar orificios visibles, por lo que los estudios de calidad de los mismos se realizan con pruebas de presión de agua o aire.

Diversos estudios científicos, entre los que destaca el realizado por la *Food and Drug Administration (FDA)* de los Estados Unidos, concluyen que el condón reduce diez mil veces la transferencia de fluidos, por lo que disminuye significativamente el riesgo de la transmisión del VIH. Los condones de látex **no** presentan poros de manera natural, pero por defectos en su manufactura se pueden producir pequeños orificios microscópicos que pueden evitarse con un adecuado control de calidad: el VIH, causante del SIDA, es uno de los virus más pequeños relacionados con ITS, y mide 100 nanómetros.

En los estudios de control de calidad de los condones se utilizan partículas de agua y aire, las cuales son mucho más pequeñas que el VIH. Por tanto, si este método de barrera es utilizado correctamente, impedirá de manera eficaz el paso de este virus o de otros microbios de ITS. La posibilidad de rompimiento de los condones es del 0.5% al 3% en uso vaginal y del 5 al 10% en uso anal.

El VIH es uno de los agentes que se transmiten menos eficientemente a través de relaciones sexuales. De acuerdo a las estimaciones del Programa Mundial contra el SIDA de Naciones Unidas (ONUSIDA) en una relación sexual se tiene el 0.1% de posibilidades de infectarse con el VIH, o sea una posibilidad en 1,000. Si el condón reduce en 90% o más las posibilidades de infectarse, esto quiere decir que de 90,000 personas que se expongan al riesgo sólo una o menos se contagiará del VIH si usa el condón, contra una de cada 1,000 si no lo usa.

Una de las evidencias más contundentes de la efectividad del condón, que ha sido divulgada como una experiencia exitosa a nivel mundial por ONUSIDA, es el “Programa de Condón al 100%”, realizado recientemente en Tailandia, donde se observó que posterior a la promoción masiva del uso del condón como única estrategia, se disminuyó 85% las ITS y se logró estabilizar y disminuir las altas prevalencias al VIH que se estaban observando en reclutas y mujeres embarazadas.

De acuerdo a un estudio europeo, en donde se realizó seguimiento a 124 parejas heterosexuales en las que una de las dos personas estaba infectada, el uso del condón no condujo a ninguna infección por VIH a pesar de haber ocurrido más de 15 mil episodios de relaciones vaginales o anales entre ellas.

El uso del condón es bajo en nuestro país. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud:

- ♦ En 1995 se usaron 55 millones de condones; es lo que equivale a 1.16 condones por persona adulta (de 15 a 49 años) cada año.
- ♦ Se estima que actualmente en nuestro país, sólo se utilizan 2.5% y 3.6% de los condones que se requieren para prevenir el contagio de ITS y VIH/SIDA.
- ♦ De todos los casos de SIDA que adquirieron el VIH por transmisión sexual, ninguno utilizó condón como medida preventiva, por lo que es muy importante promover su uso como una estrategia fundamental para la prevención del SIDA y otras ITS.

## **14) Introducción a la Consejería Sexual**

### **¿Qué es la Consejería Sexual?**

Para las personas que trabajan en áreas relacionadas al desarrollo humano, como son el estudio de la conducta sexual y el campo de la psicoterapia, concebidas ambas desde una

perspectiva humanista, es importante diferenciar las tres esferas relacionadas con la sexualidad humana: educación, consejería y psicoterapia, incluyendo en esta última a la terapia sexual.

La educación sexual es la presentación de información con contenido sexual para que el individuo, por sí mismo, sea capaz de asimilarla matizada a través de sus propios valores, e inducirlo hacia la formación o la modificación de su actitud hacia la conducta sexual.

La consejería tiene su base en la educación, así como la psicoterapia es un proceso reeducativo que abarca la presentación de conocimientos reales y el asesoramiento propio de la consejería.

La consejería consiste en ampliar la perspectiva psicológica de las personas para que tomen una decisión exitosa basada en la realidad, conforme a los intereses del consultante. La consejería ayuda a las personas a decidir de una manera asertiva en relación a sus metas individuales.

La consejería sexual es definida por la OMS (1975) como el proceso de ayuda a los individuos para que incorporen su conocimiento sexual, de acuerdo a su muy personal estilo de vida y de acuerdo a sus responsabilidades sociales. La consejería sexual hay que entenderla, en su sentido amplio, como una manera de ayudar a la gente a que explore y entienda su sexualidad: con sus pensamientos, sentimientos, valores, responsabilidades, necesidades y manifestaciones conductuales.

La terapia sexual se especializa en el tratamiento de alteraciones sexuales específicas, como son las disfunciones psicosexuales.

La psicoterapia está orientada a la modificación de la estructura de la personalidad hacia una más sana, por lo que tiene repercusiones en todas las esferas de la vida del sujeto: conducta neurótica, estado emocional, relaciones de pareja, relaciones personales, capacidad para la obtención de sus metas, etcétera.

Es esencial que cada uno de los profesionales que trabaje en las distintas áreas que se han mencionado, establezca perfectamente los límites entre ellas para que pueda determinar con claridad el tipo de problemas a los cuales está capacitado para enfrentarse dada su preparación teórico-práctica. A la vez, que conozca a quién derivar a los usuarios que estén fuera de su competencia profesional.

La consejería sexual e incluso la misma educación sexual en sus aspectos formales no tienen una larga vida en nuestro país. Sin embargo, es interesante señalar que su potencial campo de acción es sumamente amplio: puede aplicarse dentro de los programas escolares de educación sexual; en el asesoramiento de los adolescentes, los jóvenes y los universitarios; en las instituciones de salud paralelamente a la práctica clínica; dentro de los programas de planificación familiar; en la práctica diaria del profesional del trabajo social, etcétera.

#### ♦ ¿Quién Debe o Puede dar Consejería?

En sentido estricto, real, cualquier persona puede dar consejería. Sin embargo, dado que la consejería es una actividad especializada, que requieren conocimientos teóricos y técnicos específicos y una capacitación previa, es conveniente que el personal que brinde este servicio sea competente y esté bien entrenado.



El personal no competente que ofrece este servicio corre el riesgo, aun obrando de buena fe con la intención de ayudar al cliente a resolver sus problemas, de llegarle a provocar conflictos mayores.

#### ♦ Características del Consejero

El consejero debe tener un trato afectuoso, ser responsable, desarrollar una personalidad que le permita relacionarse con personas de distintas edades, personalidades, cualidades e historias. Una cosa es la actitud fuera de la consejería y otra dentro de la práctica profesional; lo cual no tiene por qué chocar con el estilo del consejero, sino que le facilita adecuarse a un número mayor potencial de cliente.

Es conveniente que el consejero esté a gusto con su sexualidad, para que pueda manejar eficientemente la de otros.

Cuando se habla del consejero como un profesional, se manifiestan implícitamente que es un sujeto bien entrenado en los aspectos psicológicos, sexuales, médicos, legales y sociales relacionados con esta área. Es difícil llegar a ser un experto en todas estas áreas, por lo que es prudente un asesoramiento constante.

Trabajar competentemente bajo situaciones de estrés con un mínimo de supervisión. Cuando el consejero en su entrevista inicial detecta que el cliente que tiene enfrente no es un caso para la consejería, sino de la terapia, y la conversación ha hecho que el cliente se angustie o estrés, es prudente inducirlo de un modo suave a que cambie de tema a otro, que no le produzca tanta angustia; posteriormente, se le debe explicar la conveniencia de una canalización a otros especialistas en lugar de interrumpir bruscamente la sesión.

Aprender la disciplina en uno mismo. Tener presente el aprendizaje vicario, «ya que somos modelos vivos de nuestros clientes, para así poder ayudarlos».

No se espera que el consejero sea perfecto, simplemente que crezca y que se desarrolle en relación a estos aspectos. Nadie es perfecto y los problemas no son patológicos. La gente que necesita ayuda en un determinado momento de su vida no necesariamente está enferma o clínicamente perturbada, es más, no existen los enfermos, sino sujetos que temporalmente tienen conductas enfermas.

#### ♦ Autoevaluación del Trabajo del Consejero

Es conveniente que las personas que se inician en la consejería respondan periódicamente las siguientes interrogantes:

- ♦ ¿Es privado y confortable el espacio físico donde usted realiza la consejería?
- ♦ ¿Dispone usted del suficiente tiempo para explorar los sentimientos de los clientes?
- ♦ ¿Recibió usted un entrenamiento previo al ejercicio profesional?
- ♦ ¿Durante la práctica profesional, el consejero continúa su entrenamiento?
- ♦ ¿Cuenta usted con un asesor o supervisor que le aclare sus dudas y le ofrezca asesoría técnica y teórica cuando es necesario?
- ♦ ¿Cuenta usted con materiales de apoyo: libros, artículos, ayudas visuales?
- ♦ ¿Cuentan los consejeros regularmente con sesiones de evaluación y supervisión?
- ♦ ¿Los consejeros se observan trabajando unos a otros?

## Principios de la Consejería

### El consejero les ayuda a sus clientes a:

- ♦ Explorar, expresar y manejar sus sentimientos a través del análisis de su origen y de los medios para modificarlos.
- ♦ Definir alternativas para la solución de los problemas del cliente, de acuerdo a las posibilidades reales, actuales de cada persona en particular.
- ♦ Autopercibirse y a percibir su medio de una manera objetiva y racional.
- ♦ Ayuda a enfrentarse a la angustia, a la pena y al dolor, considerándolas como parte de la naturaleza humana.
- ♦ Auxilia a aceptar la responsabilidad por las decisiones tomadas, haciéndoles ver que somos los únicos y directos responsables de nuestra conducta.
- ♦ Inducir a la acción y a la toma de decisiones. Les explica cómo la conducta modifica el medio, no así el pensamiento.
- ♦ Reconocer y delimitar sus propias capacidades y el apoyo que les brinda su medio, es decir quiénes pueden ayudarlos y cómo.

### Esto lo hace a través de:

- ♦ Ser conscientes de la naturaleza de los sentimientos del cliente y de su derecho a sentirlos.
  - ♦ Evita los juicios pasivos acerca de la personalidad, el estilo de vida y las expectativas del cliente. Sus juicios no son estáticos, sino modificables, en dirección y magnitud, en la medida en que actúe en ese sentido.
  - ♦ Animar y alentar al cliente en la obtención de sus metas a corto, mediano y largo plazo, sin resolver los problemas por él.
  - ♦ Entender el estado emocional del cliente sin perder la habilidad de diferenciar entre sus experiencias y las del cliente.
  - ♦ Permitir al cliente que controle el contenido y los pasos de la relación terapéutica.
  - ♦ Compartir su conocimiento y su experiencia en forma no prejuiciada.
- ♦ Toma de Decisiones

Cuando los clientes adquieren la noción de que son libres de actuar acerca de sus propias vidas, de que son dueños de su propio cuerpo, de que son responsables de las consecuencias de sus actos, adquieren la capacidad de decidir: de hacer o no amistades, de mantener o anular su matrimonio, de tener un hijo o postergarlo, de aceptar un trabajo o rechazarlo, etcétera.

Decidir implica dirigir nuestra vida hacia la obtención de nuestras metas. Entender y aprender a valorar en su dimensión real las restricciones físicas, sociales, psicológicas y económicas existentes, pero sin darles un carácter definitorio a estas restricciones.

- ♦ Alternativas
- ♦ Es labor del consejero ampliar la perspectiva del mundo de sus clientes a través de exponerles un mayor rango de alternativas. Por lo que puede desarrollar:
- ♦ La capacidad de experimentar. Aceptar la evidencia de situaciones nuevas, tal y como son, sin distorsionarlas para adaptarlas al esquema personal de cada cliente.
- ♦ La confianza en uno mismo. Descubrir acciones que nos acerquen a la posibilidad de satisfacer nuestras necesidades inmediatas y a largo plazo.

- ♦ Fomentar una forma de evaluación interna que nos lleve cada vez menos a buscar la aprobación de los demás. Reconocer que la posibilidad de decidir está en nosotros mismos.
- ♦ La aceptación de ser un proceso más que un producto. No somos entidades fijas y estáticas, sino seres en proceso de cambio continuo.

### **Presupuestos Básicos de la Consejería a Corto Plazo**

- ♦ La labor de consejería es diferente del rol que desempeña el educador, tampoco es dar consejos o portarse maternalmente. La consejería maneja los sentimientos; le ayuda al cliente a explorar, ventilar, entender y manejar sus propios sentimientos. El consejero además de jugar su rol puede realizar actividades de orientación.
- ♦ En la consejería la «relación» se establece entre el cliente y el consejero, no acepta la intervención de amigos o familiares.
- ♦ La consejería a corto plazo se centra en problemas específicos. En las sesiones se trabaja con las circunstancias, los hechos y los sentimientos relacionados de un modo significativo con el área del problema (deseo de controlar la fecundidad, un embarazo no deseado, incapacidad para concebir). No trabaja problemas propios de la psicoterapia como pudiera ser: la razón de vivir.

### **Metas de la sesión de consejería:**

- ♦ Reducir la ansiedad del cliente, haciéndole ver que su problema tiene solución, que es común, que no es cosa del otro mundo.
- ♦ Ayudarlo a tomar una decisión que con el transcurso del tiempo resulte exitosa. En relación a los adolescentes, que carecen de mucha experiencia en la toma de decisiones en materia sexual, quizá las decisiones como tener o no relaciones, o usar métodos anticonceptivos, sean de las más importantes de su vida.
- ♦ Incrementar el conocimiento y la confianza propios a través del cuestionamiento de los valores: para con uno mismo, para los demás y para con el mundo que le rodea.

Dentro de las sesiones es más efectivo reforzar las verbalizaciones de conductas responsables que decir cosas como: «tú tienes que tomar la responsabilidad de tu propia vida», que es demasiado general y difícil de lograrse de una sola vez. Es más efectivo reforzar las conductas que queremos incrementar que darle consejos morales o confianza.

- ♦ Ayudar tanto al cliente como al consejero a desarrollarse como individuos más imaginativos, creativos y autorrealizados.
- ♦ Una función de la consejería es incrementar el autorrespeto para resolver el problema de la autoevaluación.
- ♦ Proporcionar a los clientes un método de análisis, basado en la racionalidad y en el humanismo, para que puedan hacer uso de él, cada vez que lo requieran, es decir, no establecer lazos de dependencia, sino realizar un proceso reeducativo.

### **Un Marco Teórico Humanista para la Consejería**

La idea de incluir esta sección es presentar algunos fundamentos filosóficos prácticos a los consejeros para que puedan hacerle frente a las distintas concepciones del mundo y de las relaciones humanas de sus clientes.

Los conceptos de este esquema teórico están basados en la filosofía humanista y en los principios de la racionalidad (Albert Ellis, Ph. D., iniciador de la terapia racional, emotiva).

- ♦ Para que la gente pueda vivir felizmente con otra persona, primero tiene que vivir contenta consigo misma, o en todo caso, aprender a disfrutar de la vida.

Los seres humanos no somos entrenados o condicionados pasivamente por las experiencias de la infancia, sino que aceptamos o rechazamos activamente la enseñanza de nuestro ambiente, por lo que podemos ser redocotrados, reeducados para que nuestro pensamiento, emociones y conducta cambien significativamente. Es decir, el hombre tiene la capacidad de reacondicionarse y reenseñarse a sí mismo por medio del cambio de sus ideas básicas.

- ♦ La esencia del humanismo es el reconocimiento del hombre como ser humano, y por lo tanto, limitado y falible, de ninguna manera como superhombre o subhumano.

Entre sus características humanas está su capacidad para pensar, y en especial pensar acerca de su pensamiento. Como humano tiende a fantasear y creer en toda clase de entidades y poderes no humanos, tales como el infierno y el paraíso.

Las personas, a pesar de la influencia de los factores biológicos y ambientales que pudieran llegar a condicionarse a través de sus primeras experiencias, tienen un enorme control acerca de lo que piensan, de lo que sienten y lo que hacen.

El humanismo acepta completamente a las personas con sus limitaciones humanas, enfatiza su capacidad para crear y dirigir sus propios destinos y a considerar al ser humano como un individuo dirigido hacia metas; importante por sí mismo, sólo por el hecho de estar vivo y con el derecho de continuar existiendo, disfrutando y autorrealizándose.

- ♦ No se admiten absolutos (los siempre, los nunca, los debería) y acepta el mundo de la probabilidad, la incertidumbre, la falibilidad y aun el desorden, por lo que se basa en la metodología científica.

### **Valores del Consejero**

No existe proceso educativo, consejería o terapia libre de valores. Los consejeros aun sin proponérselo, transmiten valores culturales. Sin embargo, éstos pueden estar encaminados a que sus clientes alcancen un estado de bienestar el mayor tiempo posible.

- ♦ El consejero humanista valora la filosofía del hedonismo: buscar los placeres inmediatos tomando en cuenta sus consecuencias futuras.

Vivir implica cierto grado de frustración. No siempre obtenemos lo que deseamos o queremos y cuando lo obtenemos podemos perderlo. Renunciar a los sentimientos desagradables significa renunciar al deseo. Renunciar al deseo significa renunciar a todos los placeres posibles. Renunciar al placer es renunciar al propósito de la vida. Vale la pena correr riesgos.

- ♦ Considera que vale la pena tomar riesgos, «que es mejor haber amado y haber perdido, que no haber amado», que bien vale la pena luchar por aquella que tiene valor para nosotros.

Las personas emocionalmente sanas son capaces de correr riesgos, de preguntarse a sí mismas qué es lo que realmente desean hacer y encaminarse hacia ello.

- ♦ La postura racional considera a los humanos como responsables de sus vidas, creadores de sus existencias, pensamientos, emociones y de su conducta.

### **Consejería Reeducativa**

La consejería como técnica de ayuda es reeducativa. Interviene activamente en el cambio de la personalidad del cliente. Ayuda a la persona a lograr una concepción diferente de sí mismo, de los demás y del mundo que le rodea.

- ♦ Adoctrinamiento Verbal: El Lenguaje

Es notable la influencia del adoctrinamiento verbal en la creación de las conductas neuróticas. El lenguaje refuerza cotidianamente las perturbaciones emocionales.

Con la misma facilidad con que el lenguaje permite hablarnos a nosotros mismos y a los demás, también nos permite abusar de esta posibilidad, diciéndonos tonterías a nosotros mismos: definiendo cosas como terribles, cuando en el peor de los casos, sólo son inconvenientes o molestas. Miller (1950) apoyó la importancia potencial del lenguaje para dirigir la conducta.

A su vez, Ellis propuso que una parte muy importante de las perturbaciones emocionales tienen que ver con la preocupación excesiva del cliente por lo que otros piensan de él y no tanto por los hechos o la situación externa.

- ♦ Autoaceptación

Autoaceptación significa que un sujeto se acepta a sí mismo, total e incondicionalmente, independientemente de la manera en que se comporte, correcta o incorrectamente, competente o incompetentemente, independiente de la aprobación, el respeto y del amor que obtenga o deje de obtener de los demás.

Al lograr evaluarse a sí mismo y a los demás, puede evaluar sólo rigurosamente las acciones, en vez de condenar o idealizar a alguien o algo, puede realmente ubicarse en la realidad. En vez de inventarse demandas y necesidades, puede permanecer con deseos y preferencias. Es cuestión de enseñarle a los clientes la enorme diferencia que existe entre estas dos afirmaciones: “soy un fracaso” contra “fracasé en esta acción específica”; que diferencien que no somos nuestras acciones, que damos, hacemos, trabajamos en consejería, pero que no somos consejeros, sino seres humanos.

Cuando el hombre se evalúa unitariamente, casi invariablemente se mete en conflictos. Cuando se clasifica como “malo”, “inadecuado”, “incompetente”, tiende a sentir ansiedad, culpa, depresión y a confirmar que su autoestima es baja. Cuando se etiqueta a sí mismo como “bueno”, “superior”, o “adecuado”, tiende a sentirse inseguro de poder mantener su “bondad”, por lo que se ve forzado a invertir gran cantidad de su tiempo y energía en “demostrar” lo valioso que es, pero aun así, sabotea sus relaciones consigo mismo y con los demás.

### **Algunas consideraciones acerca de la autoevaluación son las siguientes:**

- ♦ Autoevaluarse tanto positiva como negativamente es ineficiente, ya que esto interfiere con la solución de los problemas. Si uno se engrandece o se devalúa por sus acciones, tenderá a centrarse en sí mismo, más que en centrarse en el problema y consecuentemente sus acciones tenderán a ser menos efectivas.
- ♦ La autoevaluación conduce al engrandecimiento, o a la degradación. Si la persona se evalúa como “bueno”, por lo general evaluará a los otros como “malos” a “menos buenos”. De esta manera se esfuerza a sí mismo a competir con los demás respecto a lo “bueno” y a lo “malo”.
- ♦ Culpar o elogiar a un individuo en su totalidad por algunas de sus acciones es acientífico, por su parcialidad y por la generalización infundada que implica.
- ♦ Al evaluar a una persona uno está tratando de cambiarla, controlarla o manipularla. El tipo de cambio no necesariamente tiene que ser del todo útil o benéfico para él.

### **Derivar o Referir**

Dentro del campo de la ayuda psicológica tenemos las áreas de la educación, la consejería y la psicoterapia. Como parte de la preparación del consejero está el discriminar que sujetos son los que caen dentro de su área laboral, además de conocer a quién derivar los casos que no le competen: los sujetos con disfunciones sexuales y los que requieren de una psicoterapia especializada.

En nuestro país no abundan los servicios de ayuda psicológica, por lo que es difícil para un sujeto particular ubicar la naturaleza del problema; es decir, si requiere de la ayuda de un servicio de consejería o de la intervención más especializada de un terapeuta.

El consejero no sólo debe saber cuándo tiene que referir a un cliente, sino obviamente tener los datos concretos de terapeutas que colaboren con él. Estos terapeutas también pueden referir clientes que requieren de pláticas que no ameriten del especialista, como una forma de correspondencia.

Para poder llevar a cabo una buena referencia es necesario conocer la calidad del trabajo del terapeuta, haber constatado que es un profesional eficaz, actualizado y honesto, para lo cual es sumamente útil verificar sus títulos académicos, la institución que lo avale en su práctica profesional. Hay que recordar que hoy en día la terapia sexual y la psicoterapia son negocios muy lucrativos.

Es conveniente explicarle al usuario las razones de la referencia, por lo que la amplia cooperación entre el que refiere y el que lo acepta redundará en beneficio de la persona.

En ocasiones, existe la conveniencia o el deseo cuando se trata de un menor, de notificar a sus padres (por la escasez de recursos para costear un tratamiento médico o una psicoterapia) lo que le ayuda al consejero a evitar malentendidos o conflictos con los familiares. Sin embargo, esto pone en entredicho uno de los postulados de la consejería y de la terapia: “la relación se establece entre el cliente y el profesional, lo cual será resuelto por la ética individual de cada profesional. En estos casos se recomienda que la decisión sea discutida con el cliente y no tomada unilateralmente por el consejero”.

## MÓDULO 5

### METODOLOGÍA DE LA ENSEÑANZA EN EL MANEJO SINDROMÁTICO DE LAS ITS

#### 15) El Proceso de Aprendizaje

La participación de la persona en situaciones estables que se repiten, va desarrollando en ella una experiencia que aplica a la solución de los problemas de la vida cotidiana y a la satisfacción de sus necesidades.

El aprendizaje representa la incorporación de significaciones nuevas (valores, comportamientos, actitudes, conocimientos y habilidades) a esta experiencia de vida.

En la educación se desea que este proceso de aprendizaje se produzca de un modo intencionado y, por eso, se necesitan crear las condiciones para alcanzar esta intencionalidad. En esto contribuye el método, ya que representa la forma como se organiza el recorrido que harán el docente y los participantes para alcanzar ciertos objetivos de aprendizaje.

En los últimos tiempos, se ha enfatizado el uso de los métodos llamados “participativos”, como un medio de resolver algunas de las deficiencias detectadas en la tradición academicista de la educación. Esto ha llevado a preocuparse de las técnicas concretas (actividades y materiales de aprendizaje), perdiendo muchas veces de vista que las técnicas deben expresar la concepción pedagógica que asume el método.

En el caso de la educación para la prevención, podemos observar cómo distintos enfoques llevaron a decisiones didácticas diferentes. De algún modo, esta área educativa se ha debatido entre dos polos:

- ♦ Por un lado, aquel que se limita a la mera información de aspectos fisiológicos — habitualmente genitales— ligados a la reproducción.
- ♦ En otro extremo encontramos aquel que se olvida de mencionar al cuerpo como medio de comunicar amor y como fuente de placer.

Se trata de visiones claramente restrictivas, que perpetúan un tratamiento unilateral de la sexualidad, pero que tienen una justificación histórica y cultural.

La solución de esta contradicción supone un enfoque que valore la corporalidad, pero también los sentimientos y emociones que se entrecruzan en la convivencia cotidiana, provocando encuentros y desencuentros entre hombres y mujeres.

Esta perspectiva globalizadora supone que el docente incorpora una reflexión acerca de los valores y los sentimientos, en las actitudes metodológicas para educar en el campo de la generación de comportamientos sexuales saludables.

Como el aprendizaje (adquisición de significaciones nuevas), ocurre de una manera distinta de acuerdo a las condiciones de cada persona y a la mentalidad que se estructura en cada cultura, debemos aceptar que no existe un método que sirva en todas las

circunstancias. Sin embargo, un enfoque globalizador de la sexualidad necesita poner atención a ciertos factores que serán constantes. Estos tienen que ver con:

- ♦ Los objetivos del aprendizaje
- ♦ La organización del recorrido del aprendizaje
- ♦ El rol de los animadores del proceso de aprendizaje
- ♦ Modelos de aprendizaje

## **16) Los Objetivos del Aprendizaje**

Estos deben orientarse al logro de actitudes de libertad, responsabilidad y creatividad, desarrollando capacidades para:

- ♦ Identificar y valorar el proceso de desarrollo corporal y su relación con el origen de la vida.
- ♦ Clarificar el papel que juegan los sentimientos y emociones en la comunicación de los seres humanos.
- ♦ Experimentar formas de convivencia entre hombres y mujeres que resulten gratificantes y personalizadoras para ambos.

## **17) La Organización del Recorrido del Aprendizaje**

Considerar una doble fuente para definir los contenidos.

En la educación sexual tradicional, los contenidos se han tomado fundamentalmente de los datos de la ciencia o de la ética. Esta es una fuente importante, pero debe ser complementada por otra: la experiencia vital de los participantes.

Esto no es un recurso motivacional. Se basa en la convicción de que la cultura es el ámbito donde se adquieren y se le provee de significado a los valores, las actitudes y los comportamientos que orientan las relaciones de convivencia.

La ausencia de la experiencia deja trunca la reflexión ética o científica. Ésta, por su lado, necesita apoyarse en el mayor conocimiento que se ha obtenido a través de las ciencias preocupadas de estudiar el comportamiento sexual humano (desarrollo sexual, variantes de la conducta sexual, causales de las perturbaciones referidas al orgasmo, etcétera).

## **18) El Rol de los Animadores del Proceso de Aprendizaje**

La palabra animar quiere decir “dar vida”. Los responsables de animar necesitan asumir la condición de facilitadores de aprendizaje, de guías u orientadores del proceso educativo y no de educador tradicional.

La tarea de animar un proceso educativo no se concibe principalmente como la enseñanza de temas y contenidos, sino la de organizar actividades y materiales para que los participantes puedan buscar respuestas creativas a los desafíos que enfrentan, de manera que clarifiquen, afiancen o modifiquen los valores, los comportamientos, las actitudes y las habilidades con que enfrentan la solución de sus problemas y la satisfacción de sus necesidades vinculadas a su comportamiento sexual.



## 19) Modelos de Aprendizaje

En la educación sexual resulta crucial enfatizar la revisión de actitudes, por ser éstas las que orientan las manifestaciones concretas de la conducta sexual a partir de ciertas valoraciones.

Para educar en el campo de las actitudes se necesita poner atención a sus tres Componentes:

- ♦ los rasgos afectivos que las envuelven
- ♦ los elementos cognitivos involucrados
- ♦ las decisiones que se toman para la acción

### Por eso el aprendizaje supone:

- ♦ Identificar una situación problemática que desafíe la búsqueda de soluciones.
- ♦ Analizar tomando en cuenta la doble fuente, para definir los contenidos (conciencia crítica).
- ♦ Decidir cursos de acción y actuar en consecuencia (conciencia activa).

Los contenidos deben surgir de aquellos problemas que necesitan resolverse dentro de un grupo humano concreto. El aporte ético y científico tiene que realizarse a partir de un problema que esté desafiando a los participantes, donde sus experiencias, opiniones, creencias y conocimientos tienen tanto valor como el que proporcionan esas otras perspectivas.

La búsqueda de soluciones a estos problemas se considera como lo principal de la actividad que realizarán los participantes y los facilitadores. Un proceso educativo muestra su eficiencia cuando las personas o grupos echan mano a los valores, actitudes, comportamientos y conocimientos aprendidos para enfrentar “conscientemente” el problema abordado, esto es, decidiendo de un modo que aporte al desarrollo personal y comunitario.

Así, la evaluación aparece como un problema, considerando la diferencia entre el espacio donde se promueve el aprendizaje y el espacio donde la persona manifiesta sus actitudes. En este sentido, es importante reconocer que la acción educativa es siempre limitada, ya que muchas actitudes y las acciones que las expresan se validan en el hogar, el lugar de trabajo, la organización, etcétera, y la mayoría de las veces, al pasar el tiempo.

Generalmente, dentro del espacio educativo lo único que resulta evaluable son los aportes que proporciona el proceso de aprendizaje, para buscar respuestas a las necesidades progresivas del desarrollo.

Apoyarse en actividades y materiales coherentes con:

- ♦ Un enfoque globalizador
- ♦ Los valores deseados
- ♦ Las necesidades de desarrollo de los participantes

Un programa de educación para la prevención basado en un enfoque globalizador necesita utilizar una metodología que “estimule” una participación activa y responsable en la búsqueda de acciones transformadoras, basadas en actitudes consistentes.

### Las técnicas estimuladoras de la participación activa podrán ser:

- ♦ Dramatizaciones
- ♦ Elaboración de dibujos, láminas o gráficos

- ♦ Desarrollo de pautas de trabajo
- ♦ Encuestas breves o entrevistas
- ♦ Utilización de materiales educativos

### **Las razones metodológicas de su empleo aportarán para que el grupo:**

- ♦ Ordene su visión de la realidad (diagnostique)
- ♦ Discuta una información nueva
- ♦ Revise actitudes, comportamientos o valores
- ♦ Proponga acciones transformadoras

Como hemos dicho, la información tiene un papel dentro del proceso educativo.

Si desea que los participantes incorporen significaciones nuevas, tendrá que acceder a ciertos contenidos.

El problema reside en saber encontrar el momento oportuno y la forma apropiada de proporcionarla, sin anular el proceso de búsqueda grupal.

## **20) Aspectos Metodológicos en la Enseñanza de la Educación Sexual Dirigida a la Prevención de las ITS**

Diferentes metodologías y apoyos auxiliares, son aplicables en el área de la educación en general. En la puesta en práctica de los diferentes métodos apuntamos a aceptar lo que cada persona recibe desde el nacimiento como influencia de la cultura, los valores que acepta y/o pretende modificar de acuerdo a su propia experiencia.

Cada una de las personas al recibir la acción de la cultura aprende que el ser hombre y el ser mujer están pautados por una serie de normas, de valores, de costumbres; aprende que la sociedad forma una relación hombre-mujer, una manera de concebir el cuerpo y el placer corporal. Esto significa que también aprendemos a expresar la sexualidad, y la forma de cómo hacerlo dependerá del intercambio entre el individuo y el ambiente en el cual transcurren la niñez, la juventud y la vida adulta.

Este proceso de formación se inicia cuando sentimos la necesidad del cambio de actitudes hacia el tratamiento de la sexualidad, reconociendo a la vez, que en la sociedad existen valores que se deben rescatar y conservar. Cuando estamos seguros de que esos cambios deben darse y reflexionamos críticamente con otros y discutimos el por qué, vamos adquiriendo un compromiso que nos lleva a actuar. Este periodo hacia la acción es largo, complejo y es recomendable que se desenvuelva dentro de una política educativa clara, coherente y que ampare estas acciones.

Partimos del supuesto que la educación para la prevención se puede realizar en forma directa, explícita, planificada y voluntaria, además de la educación indirecta no planificada ni voluntaria, que es la única que por ahora existe. La metodología aplicable por lo menos en estos primeros tiempos de trabajo, debe respetar todo lo que “ya está” y adecuarse a las demandas e intereses de los distintos grupos que forman la población, utilizando sí, métodos y apoyos auxiliares que favorezcan la libre y espontánea participación.

### **Esta metodología tiene que propiciar:**

- ♦ La difusión de la información científica
- ♦ El manejo de conceptos claros y precisos
- ♦ El conocimiento de la población con la que se va a trabajar
- ♦ Alternativas para llegar a la autodeterminación responsable y no a manejarse con prohibiciones y permisos por parte del educador
- ♦ La orientación, sin involucrarse en la problemática sexual del educando
- ♦ La comunicación cálida y abierta

Son múltiples los métodos a desarrollar y en su estudio podemos usar distintas clasificaciones, por ejemplo: individuales o colectivos.

La exposición se usa principalmente para hacer planteamientos, transmitir experiencias, estudios, y tiene la ventaja de que puede emplearse con grupos grandes y se puede hacer especial énfasis en lo que se desea destacar.

Siguiendo con los métodos individuales, con una mayor o menor participación de las personas anotamos:

- ♦ La técnica del cuestionario
- ♦ La pregunta libre y/o anónima
- ♦ La demostración, investigación bibliográfica e investigación aplicada

Todos los métodos colectivos tienden a dar distinto grado de participación al alumno en el grupo, entre los que recordamos:

- ♦ Simposio
- ♦ Mesa redonda
- ♦ Panel
- ♦ Discusión dirigida
- ♦ Discusión creadora
- ♦ Promoción de ideas
- ♦ Foro
- ♦ Sociodrama
- ♦ Seminario
- ♦ Seminario-Taller
- ♦ Phillips 66 (pequeños grupos)

Agregamos en este recuento los apoyos auxiliares desde el pizarrón, el gis, carteles, rotafolios, diapositivas, dibujos, murales, cómics, fotografías, gacetas, discos, películas, videos profesionales y/o realizados por el grupo, etcétera.

Estos métodos, aunque no son difíciles de aprender requieren crítica, reflexión y creatividad por parte del docente en la elección, preparación, momento de presentación y uso del más adecuado en cada situación de trabajo grupal.

Exigen del docente una gran disponibilidad afectiva para poder establecer vínculos que generen confianza y permitan al alumno expresarse tal cual es. Ello tendrá como efecto

más inmediato un aumento en su creatividad al no tener que malgastar la energía psíquica en controlar el miedo a equivocarse o a ser juzgado como ignorante.

La dificultad más importante respecto a métodos no son las posibles técnicas en sí, sino la postura enciclopedista o liberadora (usando la terminología de Paulo Freire) del docente que los practica.

Entendemos que toda postura enciclopedista hará del mejor de los métodos un depósito de conocimientos, indicaciones, determinaciones valorativas de las conductas, juicios morales, sin producir crítica, autocrítica, reflexión, autonomía, responsabilidad, comunicación, afectos, que si produce la postura liberadora.

Es esencial, además, que metodológicamente se trabaje en equipo con el grupo, adquiriendo en la práctica cotidiana las experiencias y vivencias que luego se tendrá que trasladar al trabajo con niños y adolescentes.

Las resistencias o dificultades en cuanto a la metodología no sólo están en los alumnos o padres que la pueden rechazar, o en los docentes que no quieren cambiar, sino también en las autoridades que a distintos niveles no propician este tipo de trabajo, ya sea porque lo desconocen o porque son indiferentes.

La “postura liberadora” permite intercambiar el caudal de experiencias e información que poseen los participantes.

Estas experiencias e informaciones se convierten en un material útil y valioso que complementado con el aporte del conocimiento científico ayuda a estructurar la experiencia de cada uno.

También forman el conjunto de datos que organizados, nos permiten hacer y desarrollar un programa e incluso identificar las posibles situaciones futuras que predominarán en el trabajo. Se necesita saber, aportar oportuna y claramente explicaciones o métodos de trabajo que ayuden a comprender los fenómenos psicológicos y sociales.

Por ejemplo, en los sociodramas donde se analiza un tema que es de interés grupal, se plantean posibles situaciones de conflicto, se experimentan cambios de roles y posibilita la discusión posterior, en donde aparecen con frecuencia distintas posturas que podrán ser compartidas o no, pero que todas ellas merecen respeto.

Deseo señalar la movilización que puede producir la transmisión de la información científica. El conocimiento científico puede cuestionar mitos o creencias que oprimían, atemorizaban o simplemente llevaban a actuar equivocadamente.

En cuanto al uso de los métodos en el trabajo con niños, adolescentes y adultos (ya sean padres o maestros, sigue siendo lo más importante la postura del docente; esa postura, que propicia la comunicación, que está en permanente actualización en cuanto a los contenidos a transmitir, que mantiene el máximo respeto a las personas del grupo (sean niños pequeños o adultos, que incentiva el cuidado y el conocimiento del cuerpo a través de su higiene,

alimentación, juegos, bailes, ritmo propio, oyendo los mensajes que ese cuerpo nos envía y pudiendo hablar sobre ello).

El escuchar al otro y aclarar dudas sobre temas diversos, necesariamente generará ideas relacionadas con la sexualidad y así en una “situación legal” se intercambian vivencias, se despejan dudas, se piensa. Legal, o sea, por detrás de los adultos siempre se produce, más tarde o más temprano, este intercambio de vivencias e información producto de la educación informal.

Cuando trabajamos sistemáticamente con jóvenes o adultos siempre se plantea la necesidad de cambios profundos que apuntan a la concepción de nuevos valores. ¿Estamos dispuestos a ello?.

Deseo finalizar recordando las palabras de Margaret Mead en la introducción de “Hombre-Mujer”.

La significación de las preguntas que se hacen.

“¿Qué concepto han de tener los hombres y las mujeres de su masculinidad y de su femineidad en este siglo veinte, cuando tantas de nuestras antiguas ideas deben renovarse?”

“¿Habremos domesticado demasiado a los hombres, habremos negado su natural espíritu aventurero, los habremos atado a máquinas que, al fin y al cabo, no son sino husos y telares glorificados, morteros y azadas, que antes correspondían a tareas de mujer?”

“¿Habremos aislado del contacto natural con sus hijos, les habremos enseñado a buscar un empleo en vez de la caricia de la manita de un niño, a aspirar a cierta categoría en un mundo en el que reina la competencia más que a un lugar señero junto al fuego del hogar?”

“Al educar a las mujeres igual que a los hombres, ¿habremos hecho algo desastroso tanto para los hombres como para las mujeres, o habremos solamente iniciado otra etapa de la tarea periódica de desarrollar más y mejor nuestra naturaleza humana original?”

## **21) Sesión de Casos Clínicos**

### **¿Cómo Trabajar los Casos Clínicos?**

El objetivo de trabajar con casos clínicos radica en que el facilitador, en el manejo sindromático de la ITS, sobre la base de la experiencia clínica, obtenga información de un caso relacionado a las ITS, dicho caso será fotocopiado y leído al resto del grupo, al finalizar la lectura se harán las siguientes preguntas:

#### **Preguntas**

- ◆ ¿Qué flujograma utilizaría en estos casos clínicos?
- ◆ ¿Qué acciones tomarían?
- ◆ ¿Para qué infecciones daría tratamiento?
- ◆ ¿Qué importancia tienen la educación y el usar medidas preventivas en estos pacientes?
- ◆ Si cuenta o no con el recurso de laboratorio, ¿qué pruebas rápidas solicitaría?

Tiempo Aproximado: 25 minutos por cada Caso Clínico.

## FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN DEL GRUPO

### Material

- ♦ proyector de diapositivas
- ♦ proyector de acetatos
- ♦ fotocopias
- ♦ rotafolio
- ♦ plumones

### Casos Clínicos de Flujo Vaginal y/o Uretral

#### CASO CLÍNICO N° 1

Mujer de 28 años de edad, originaria y residente de la Ciudad de México, casada, escolaridad primaria completa, dedicada a las labores del hogar, consulta por flujo vaginal de una semana de evolución, acompañada de sensación de ardor al orinar y ligeras molestias en bajo vientre.

Refiere última relación sexual hace 4 días y dos parejas sexuales en el último mes.

- ♦ Preguntas

#### CASO CLÍNICO N° 2

Mujer casada de 33 años de edad, que consulta por secreción vaginal de aproximadamente un mes de evolución acompañada de prurito. Al examen físico encontramos a la exploración con espejo vaginal, secreción endocervical mucopurulenta.

- ♦ Preguntas

#### CASO CLÍNICO N° 3

Mujer de 21 años de edad, sexualmente activa, en unión libre, que consulta por secreción vaginal acompañada de prurito vaginal de más o menos 2 semanas de evolución, posterior a relación sexual sin condón hace casi un mes. Al examen físico encontramos secreción blanquecina en mucosa vulvar y vaginal, acompañado esto de enrojecimiento del área, a la exploración con espejo vaginal observamos que del cérvix sale escasa secreción mucosa.

- ♦ Preguntas

#### CASO CLÍNICO N° 4

Hombre de 29 años acaba de llegar de viaje de placer de Puerto Vallarta. Él se queja de secreción abundante en su pene, acompañada de ardor al orinar, que le resultó hace 3 días, después de sexo oral hace 8 días. Está muy preocupado porque tuvo relaciones sexuales con su esposa cuando llegó de viaje y piensa que pudo haberla infectado.

## **CASO CLÍNICO Nº 5**

Chofer de microbús de 21 años de edad, se queja de ardor al orinar desde hace dos días. El día de ayer al levantarse encontró secreción en su pene. Él tomó unos antibióticos con lo que tuvo una leve mejoría. Hoy en la mañana está peor; el dolor es tan fuerte que no quiere orinar.

- ♦ Preguntas

## **Casos Clínicos de Úlcera Genital**

### **CASO CLÍNICO Nº 6**

Hombre policía de 32 años de edad se queja de la presencia de pequeñas úlceras dolorosas en el surco balanoprepucial. Él señala no haber tenido contacto con ninguna otra persona que no sea su esposa en los últimos tres meses. Al examen encontramos múltiples úlceras pequeñas dolorosas al tacto. También refiere haber tenido esas mismas lesiones con anterioridad y siempre precedidas de sensación de cosquilleo y/o prurito, que anteceden la aparición de vesículas de contenido claro; estas vesículas dan lugar a úlceras ya descritas.

- ♦ Preguntas

### **CASO CLÍNICO Nº 7**

Hombre de 40 años soltero, que estuvo de vacaciones con unos amigos en Huatulco, regresó a la ciudad de México hace tres semanas y nota una “llaga” en el glande. El no le prestó atención pues la llaga no le dolía y tampoco tenía ardor al orinar. Para su sorpresa, notó la aparición de una hinchazón no dolorosa al lado derecho de la región inguinal. A la exploración física se observa al retraer el prepucio se visualiza úlcera de bordes bien definidos, fondo limpio, dura y no dolorosa a la palpación.

- ♦ Preguntas

### **CASO CLÍNICO Nº 8**

Paciente masculino de 32 años de edad, originario y residente de la Ciudad de México, casado, católico, de estrato socioeconómico medio. Acude a consulta por referir la presencia de “masa dolorosa” en la región inguinal izquierda de cuatro días de evolución. Al examen físico se observa una tumoración fluctuante en región inguinal a punto de abrirse y a la palpación, al retraer el prepucio se encuentran numerosas úlceras en cabeza del pene, en vías de curación. El paciente admite haber sido tratado últimamente por úlceras muy dolorosas.

- ♦ Preguntas

### **CASO CLÍNICO Nº 9**

Paciente femenina de 18 años de edad, originaria de la Ciudad de México, estudiante de preparatoria, de estrato socioeconómico alto, tabaquismo positivo fumando 10 cigarrillos por día, dentro de sus antecedentes de importancia está haber padecido Hepatitis B hace dos años, prueba de Elisa reactiva para anticuerpos contra el VIH hace un mes.

El motivo de consulta es que refiere aparición de úlceras en genitales externos, dolorosas, de dos días de evolución, además de secreción vaginal de dos meses de evolución, molestia que se ha incrementado en los últimos días. A la exploración física en genitales externos se observan múltiples úlceras de diferente diámetro, de bordes mal definidos, fondo sucio que dificultan la exploración armada.

- ♦ Preguntas



## MÓDULO 6

### DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO DE LAS ITS

En este módulo se describe en primer lugar el papel del laboratorio en el diagnóstico y control de las infecciones de transmisión sexual (ITS), anexando las pruebas a realizar de acuerdo a nivel de capacidad de cada laboratorio:

- ♦ Laboratorio de Centro de Salud, de referencia o de Centro de ITS.

En segundo lugar se incluyen los algoritmos diagnósticos para algunas ITS con la finalidad de que el laboratorio (de acuerdo al nivel) tenga una guía sencilla de los procedimientos a seguir.

Actividades diagnósticas de laboratorio de acuerdo a la infraestructura

El apoyo del laboratorio para el diagnóstico de las ITS es de gran utilidad debido a varias razones:

- a) Un porcentaje importante de personas que padecen alguna ITS cursan asintomáticos.
- b) En la actualidad se han identificado más de 20 microorganismos involucrados en la transmisión sexual. Algunas veces la clínica es poco específica pues varios agentes pueden ocasionar un mismo síndrome. A su vez, un solo agente puede ocasionar varios síndromes.
- c) Frecuentemente las ITS en un individuo son mixtas, ejemplo de la uretritis que puede ser causada simultáneamente por gonococo y clamidia.
- d) El surgimiento de cepas resistentes a los esquemas estándares de tratamiento plantea la necesidad de estudios de susceptibilidad antimicrobiana para dar calidad al manejo del paciente con alguna ITS; ejemplo, cepas de *N. gonorrhoeae* productoras de betalactamasa, han pasado de ser un problema muy importante en muchos países, pues pueden neutralizar algunos tratamientos con medicamentos de bajo costo.
- e) El diagnóstico preciso es más difícil en la mujer que en el hombre, debido a que la sintomatología clínica es poco específica.

Debido a todas las razones expuestas anteriormente, existe la necesidad imperativa de centros de atención integrales, que incluyan los servicios de laboratorio y personal debidamente capacitado para atender las demandas requeridas.

Es importante recordar que los síndromes clínicos más vinculados con las ITS son: secreción vaginal, secreción uretral, úlceras en órganos sexuales, dolor abdominal bajo, etc. a veces se puede identificar al agente causal mediante el uso de pruebas microscópicas sencillas, por lo cual se recomienda el establecimiento de las siguientes metodologías diagnósticas de acuerdo al nivel de capacidad de cada laboratorio. (ver cuadro)

## 22) Descripción y Utilidad de las Pruebas Rápidas de Detección en las Unidades de Salud de México

Las pruebas rápidas de detección son aquellas que el personal de salud puede realizar, sin requerir de un laboratorio de alta especialidad, con el fin de obtener un diagnóstico de mayor precisión en un corto tiempo y así ofrecer un tratamiento con mayor probabilidad de éxito durante la primera consulta.

Los elementos con los que debe contar un laboratorio de pruebas rápidas son:

- ◆ Guantes estériles
- ◆ Microscopio óptico
- ◆ Portaobjetos y cubreobjetos
- ◆ Hisopos de algodón y de alginato de calcio
- ◆ Mechero de Bunsen
- ◆ KOH al 10%
- ◆ Lugol al 10-30%
- ◆ Tira medidora de pH
- ◆ Solución salina isotónica estéril al 0.85%
- ◆ Estuche para tinción de Gram
- ◆ Gasas
- ◆ Condensador de campo oscuro

### Requisitos para la Toma de Muestras

- ◆ No estar recibiendo tratamiento con antibióticos
- ◆ No estar menstruando
- ◆ No haber realizado duchas vaginales, ni aplicación de óvulos, jaleas, etc.
- ◆ No haber tenido relaciones sexuales 24 horas antes de la toma de muestras
- ◆ No haber orinado 2 horas antes de la toma de muestras

Las pruebas que se describen a continuación son las recomendadas para laboratorio de cualquier nivel

### Pruebas Microscópicas en el Nivel de Atención Primaria de Salud

#### MICROSCOPIA DIRECTA SIN TINCIÓN (EXAMEN EN FRESCO)

Este tipo de metodología se utiliza principalmente para el diagnóstico de ITS en mujeres en las que existe secreción vaginal, como es el caso de tricomonosis, vaginosis bacteriana y candidosis. Algunas veces, para examen de hombres con secreción uretral que no ha respondido al tratamiento adecuado de uretritis gonocócica y no gonocócica, así también cuando existe la sospecha de tricomonosis o candidosis.

#### Recolección de la Muestra

La muestra en la mujer debe ser tomada del fondo de saco posterior, con un hisopo de algodón y con otro hisopo del cérvix.

En el hombre, sosteniendo el pene en posición vertical se introduce en la uretra de dos a tres centímetros un hisopo de alginato de calcio, haciéndolo rotar sobre su propio eje 360 grados.

## Preparación para el Examen en Fresco

La muestra se coloca inmediatamente de tomada en un portaobjetos con una gota de solución salina fisiológica (0.85%), se pone encima el cubreobjetos y se observa al microscopio, con poco aumento (40X) y poca iluminación.

## Apariencia Microscópica

En casos de tricomonosis, la característica más sobresaliente de *T. vaginalis* es su rápida movilidad. Las tricomonas son protozoarios transparentes, con forma de pera, tiene aproximadamente el tamaño de un leucocito con 4 flagelos anteriores y un axostilo que atraviesa el cuerpo para terminar en forma de púa. Pierden su movilidad rápidamente y sus membranas onduladas se hacen visibles, especialmente al observarlas con mayor aumento.

En el caso de vaginosis, la flora bacteriana normal constituida por bacilos grampositivos (*Lactobacillus sp.*) es reemplazada por grupos característicos de bacterias (cocobacilos gramnegativos), acompañada por alteraciones en las secreciones vaginales, pH mayor o igual a 4.5, olor a aminas (pescado) cuando se añade KOH (10%) a la secreción vaginal.

## Otros Hallazgos en la Vaginosis Bacteriana

- ♦ El recuento de leucocitos en el frotis es normal o ligeramente elevado, es decir que el número de células epiteliales por campo microscópico excede al número de leucocitos. Esto contrasta con el número de leucocitos observados en la mayoría de los pacientes con tricomonosis.
- ♦ Por lo general, se observa una reducción en el número de lactobacilos o de bacilos de Döderlein.
- ♦ Se hallan presentes “células claves”, estas son células epiteliales escamosas y cornificadas, cubiertas con cocobacilos, que hacen borroso el contorno de la misma y producen una apariencia granular distintiva.

Es posible observar levaduras en la microscopía en fresco. Sin embargo, la aplicación de KOH (hidróxido de potasio) al 10% puede mejorar la sensibilidad diagnóstica al romper los grumos de células epiteliales, produciendo así una mejor visualización.

## Microscopía Directa con Tinción

Se practica generalmente en casos de secreción uretral en los pacientes masculinos, así como en la oftalmia neonatal.

Cuando existe secreción uretral, se toma la muestra de acuerdo a lo que se indicó anteriormente. En caso de oftalmia neonatal, se recoge pues de la conjuntiva con un hisopo estéril.

## Preparación de Frotis

La muestra se coloca inmediatamente en un portaobjetos, en el cual se hace un frotis delgado dejando rodar el hisopo. El frotis se seca al aire y se fija. Esto último se hace pasando

rápidamente el portaobjetos, con el extendido hacia arriba, tres veces por la flama del mechero. Se debe evitar el calentamiento excesivo, es decir, se debe sentir el portaobjetos apenas tibio al tacto al colocar sobre el dorso de la mano.

Los métodos de tinción más comúnmente usados son: la tinción de Gram, la de azul de metileno o la de safranina. Estas dos últimas son útiles para laboratorio del primer nivel de atención debido a su sencillez, se realizan en menos tiempo y evitan el problema de mantener diluciones apropiadas de cristal violeta para su uso en la técnica de Gram. sin embargo, en este último caso existe la ventaja de que es posible emplear las características de tinción de las bacterias con este método para fines de identificación, por tanto cuando sea posible se recomienda el uso de la tinción de Gram preferentemente.

### **Examen Microscópico**

Si se sospecha de gonorrea, al observar el frotis con el objetivo de inmersión, se debe encontrar diplococos Gramnegativos en forma de riñón o grano de café. La presencia de estos diplococos intra y extracelulares en los linfocitos polimorfonucleares es bastante característico de la gonorrea.

Puede hacerse un diagnóstico de uretritis no gonocócica cuando se observan grupos de leucocitos por lo menos en algunos campos microscópicos sin diplococos intracelulares. La causa más frecuente es quizás *Chlamydia trachomatis*.

### **Microscopio de Campo Oscuro**

Este tipo de metodología es de gran utilidad cuando existe la sospecha de infección por *Treponema pallidum*, y sobre todo si existen lesiones ulcerativas ocasionadas por la infección.

Esta bacteria es difícil de distinguir con la microscopia de campo claro, debido principal a su delicada morfología, pues produce una pobre difracción de los rayos luminosos. Para visualizarla se requiere que los rayos luminosos no pasen directamente por el *T. pallidum* sino de manera tangencial y que estos rayos no penetren directamente al objetivo. Esto se consigue mediante el condensador de campo oscuro.

### **Toma de Muestras**

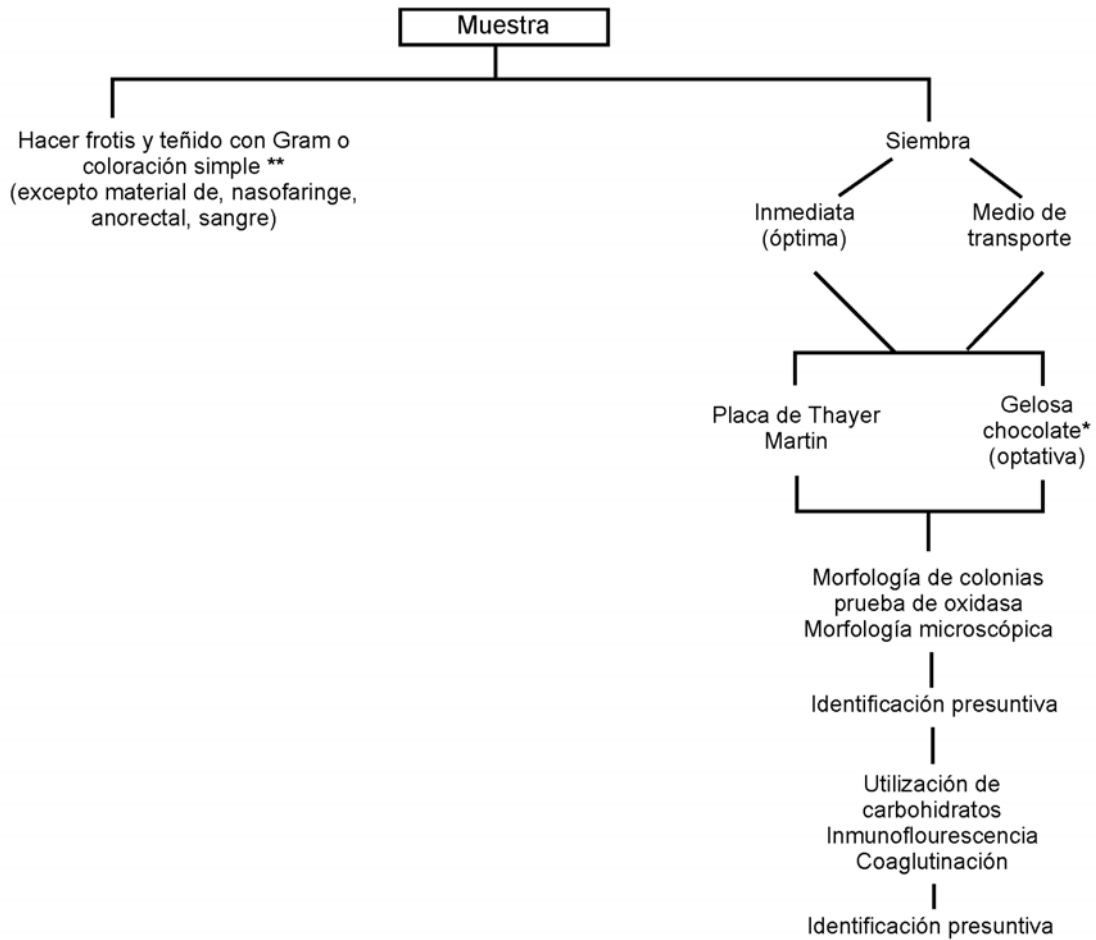
Las muestras son obtenidas de la lesión, se debe limpiar la superficie de la lesión muy suavemente con una gasa humedecida en solución salina estéril al 37°C, posteriormente se debe presionar la lesión, entre el pulgar y el dedo índice para producir la salida de plasma; una vez que la superficie se cubre del líquido, se toma un portaobjeto limpio y se toca suavemente la lesión, se retira y se observa inmediatamente.

### **Observación Microscópica**

Buscar la presencia de espiroquetas con las características de *T. pallidum*, el cual es un microorganismo sumamente fino, que presenta de 6 a 14 espirales regulares y sus extremos se presentan puntiagudos dando en su conjunto el aspecto de fino resorte o tirabuzón.

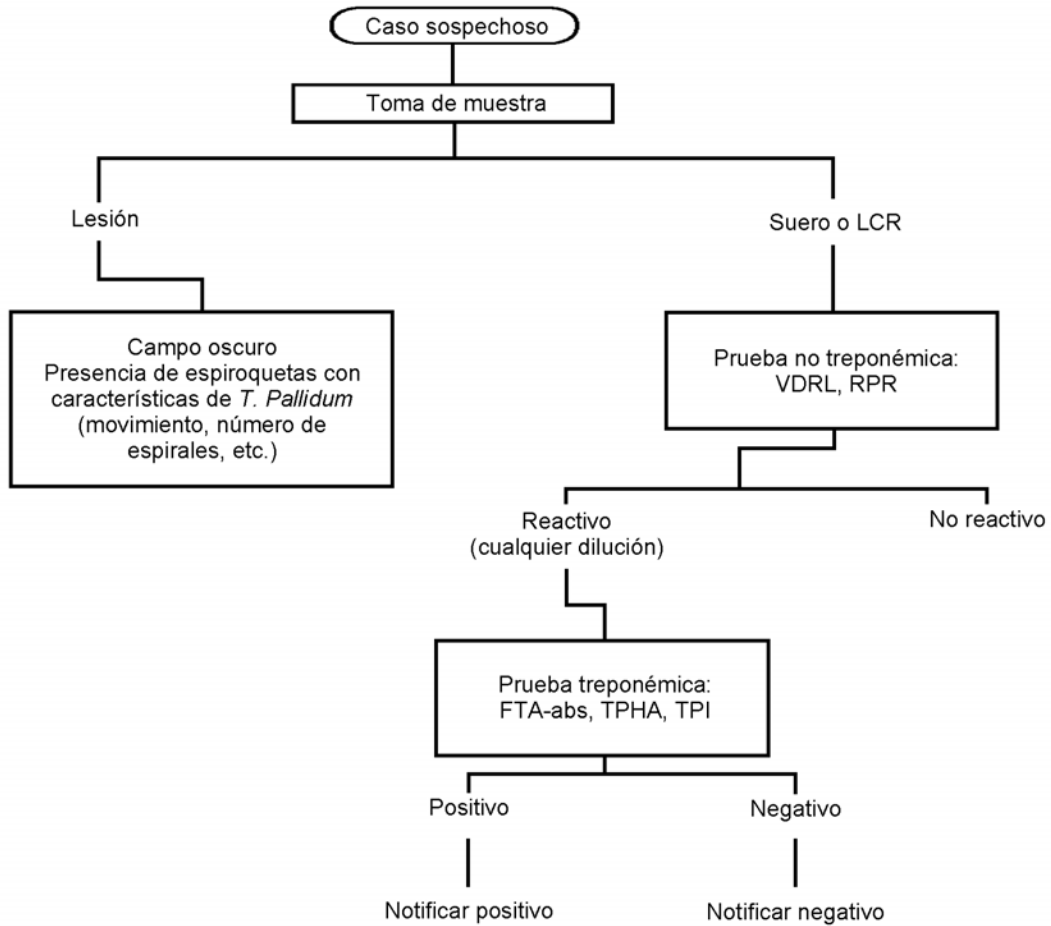
A continuación se incluirán los flujogramas de diagnóstico por laboratorio de: *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Chlamydia trachomatis*, *Haemophilus ducreyi* y recolección de muestras para vaginosis bacteriana.

**Flujograma 6**  
 **AISLAMIENTO E IDENTIFICACIÓN DE *Neisseria gonorrhoeae***

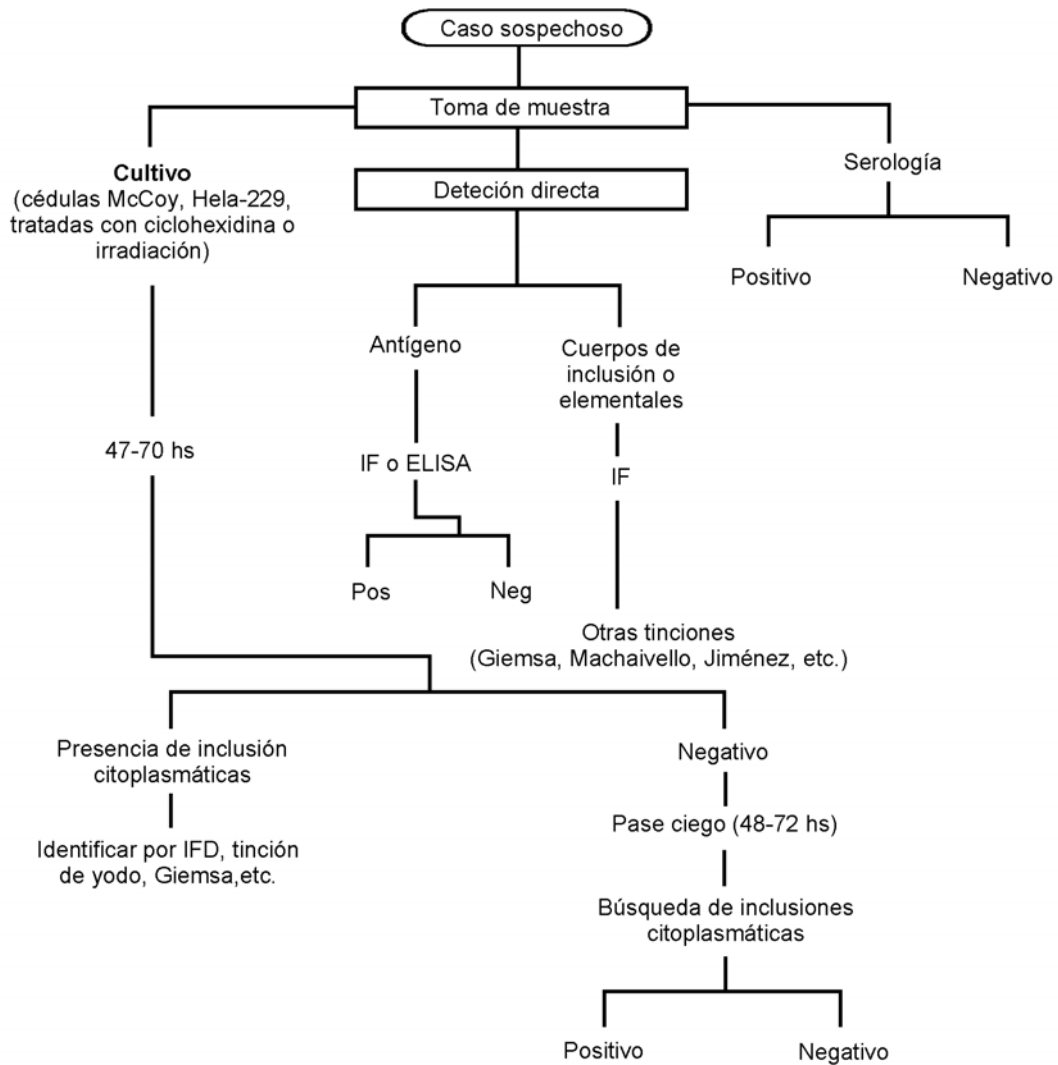


\* Para hemocultivo usar un medio de cultivo líquido enriquecido  
 \*\* En uretritis masculina aguda, generalmente la identificación presuntiva se basa en los hallazgos de estas colonias

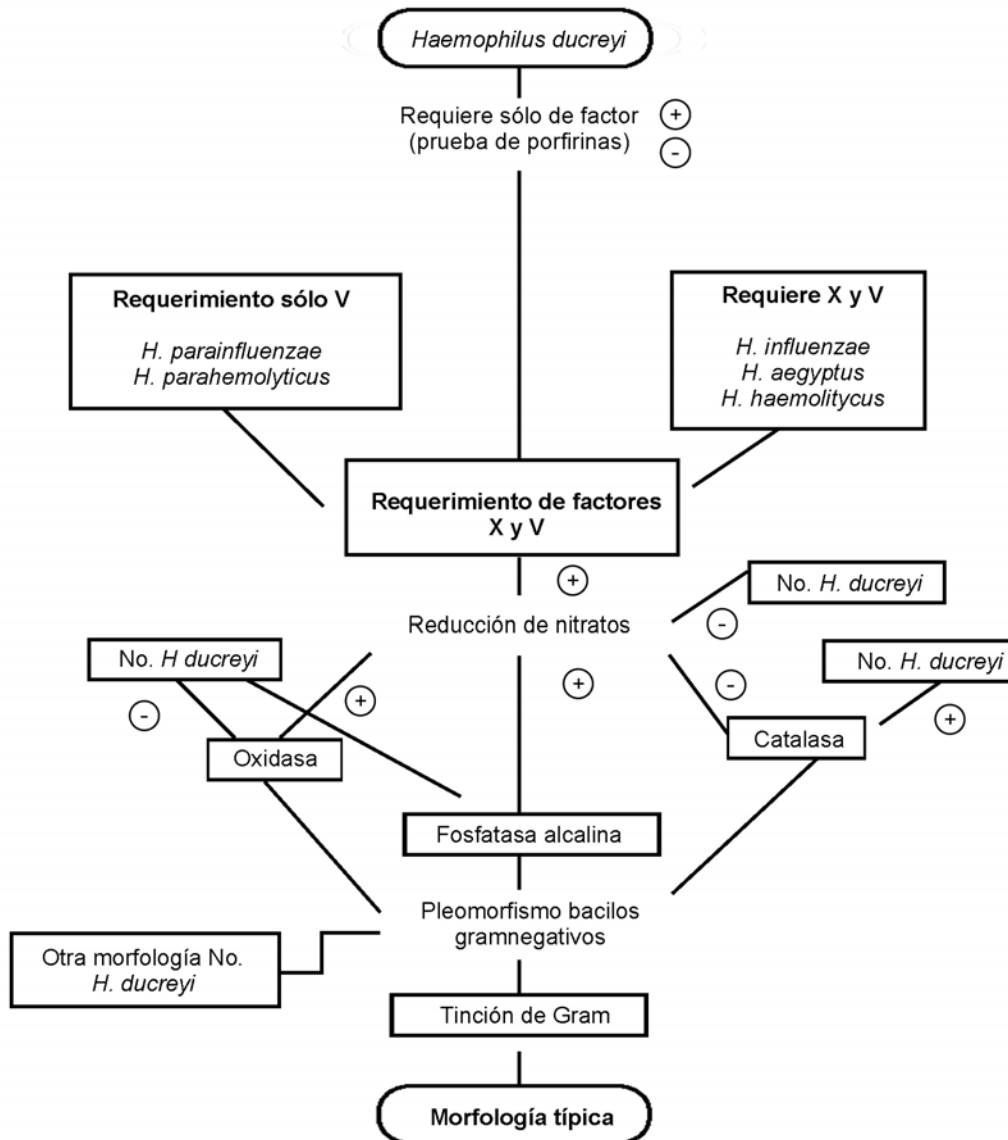
Flujograma 7  
DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO DE *Treponema pallidum*



## Flujograma 8 DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO DE *Chlamydia trachomatis*

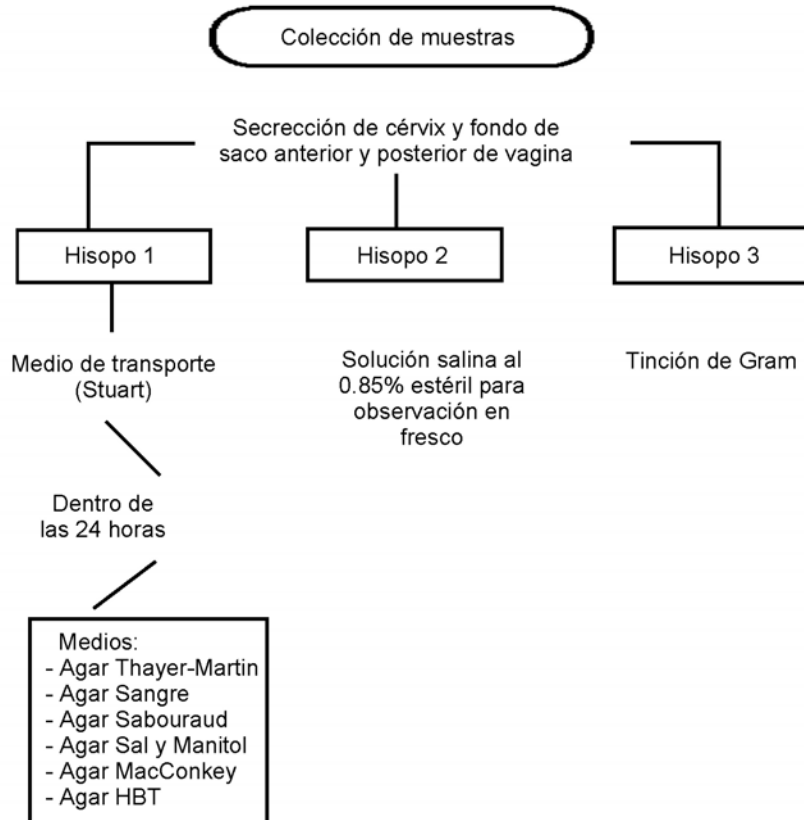


**Flujograma 9**  
**DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO DE *Haemophilus ducreyi***





## Flujograma 10 VAGINOSIS BACTERIANA



**Cuadro 3**  
**REFERENCIA PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE LABORATORIO**

Agente Causal	Prueba de Laboratorio	Laboratorio Centro de Salud (1er Nivel)	Laboratorio de Referencia	Centro de ITS
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	• Tinción de Gram	+	+	+
	• Cultivo Thayer-Martin	-	+	+
	• Pruebas de sensibilidad antimicrobiana	-	+	+
	• $\beta$ - lactamasa	-	+	+
<i>Chlamydia trachomatis</i>	• Frotis (Papanicolaou, Giemsa)	+	+	+
	• ELISA para <i>C. trachomatis</i>	-	+	+
	• Inmunofluorescencia directa	-	+	+
<i>Treponema pallidum</i>	• Campo oscuro	+	+	+
	• VDRL y/o RPR	+	+	+
	• Prueba treponémica cromatográfica	+	+	+
	• FTA- abs	-	+	+
	• Serología de IgM	-	-	+
<i>Haemophilus ducreyi</i>	• Tinción de Giemsa	+	+	+
	• Cultivo	-	+	+
	• Sensibilidad antimicrobiana	-	-	+
<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>	• Tinción de Wright	-	+	+
	• Histopatología	-	-	+
<i>Trichomonas vaginalis</i>	• Examen en fresco	+	+	+
<i>Vaginosis bacteriana</i>	• Examen en fresco	+	+	+
	• Tinción de Gram	+	+	+
	• pH del exudado vaginal	+	+	+
	• Prueba de KOH al 10%	+	+	+
<i>Candida albicans</i>	• Examen en fresco con lugol	+	+	+
	• Cultivo	-	+	+
	• Tinción de Gram	+	+	+
	• pH de exudado vaginal	+	+	+
<i>Virus del Herpes simplex 1 y 2</i>	• Tinción de Tzanc	+	+	+
	• Inmunofluorescencia	-	+	+
	• Cultivo	-	-	+
	• Detección de anticuerpos en suero	-	+	+
<i>Virus del papiloma humano</i>	• Ácido acético	+	+	+
	• PCR	-	-	+
	• Colposcopia	-	+	-
	• Papanicolaou	+	+	+

## GLOSARIO

### A

**Absceso**

Acumulación localizada de pus en una cavidad orgánica de nueva formación. Recibe diferentes nombres según su localización.

**Acceso (a un servicio)**

El tener acceso a un servicio específico, como puede ser la atención de las ITS, significa vivir a una distancia razonable de un proveedor capacitado y con suministros para dicho servicio. El acceso a condones significa vivir a una distancia razonable de un centro de atención de la salud, una farmacia o algún lugar donde se pueda obtener condones.

**Adenopatía**

Término utilizado para nombrar el aumento de volumen de los ganglios linfáticos procedentes de la región de una lesión específica inicial; Ej. En el caso del Chancroide, el bubón inguinal es una adenopatía.

**Ampolla**

Lesión primaria de la piel que consiste en la elevación circunscrita de la epidermis, llena de líquido.

**Anafilaxis (anafilaxia)**

Estado de hipersensibilidad o de reacción exagerada a la nueva introducción de una sustancia extraña, que al ser administrada por primera vez, provoca reacciones en la persona, severas, escasas o nulas

**Aneurisma**

Bolsa formada por la dilatación o ruptura de las paredes de una arteria o vena y llena de sangre circulante. Toa el nombre de la región en donde se forme, Ej. Aneurisma aórtico en la complicación de sífilis terciaria.

**Antígeno**

Cualquier sustancia que induce en los animales superiores la formación de anticuerpos y/o reacciones de reacciones de hipersensibilidad inmunológica activa. Por ejemplo el antígeno de superficie de la hepatitis B.

**ADN**

Siglas internacionales del ácido desoxinucleico.

**ARN**

Siglas internacionales del ácido ribonucleico

**Arteritis**

Inflamación de una arteria.

**ARV**

Siglas para designar a los Antirretrovirales, medicamentos para el control del VIH/SIDA.

**ATC**

Siglas para designar al ácido tricloroacético, sustancia empleada en el manejo de los condilomas acuminados.

**Atrofia**

Disminución de volumen y peso de un órgano por defecto de nutrición. Por extensión, reducción del volumen de la célula, tejido u órgano de origen patológico.

**B****Bacteria**

Microorganismo unicelular de diferentes formas y tamaños que producen enfermedades en hombres y animales.

**Bimanual**

Practicado con ambas manos. Ej. Examen bimanual ginecológico.

**Bisexual**

Persona que tiene relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres. La relación bisexual del hombre es uno de los factores de riesgo importantes en la transmisión del VIH a la mujer.

**Bubón**

Ganglio linfático inflamado que contiene pus. Ej el bubón inguinal del chancroide.

**C****Células CD**

Variedad de<sup>4</sup> linfocito, célula sanguínea que tiene un papel fundamental en la respuesta inmunológica del organismo y que se encuentra habitualmente en el torrente circulatorio y en los llamados “órganos linfoides” (ganglios linfáticos, bazo y timo), el CD4 pertenece al tipo linfocito B, blanco del VIH.

**CENSIIDA**

Siglas para designar al Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH en México.

**Cervicitis**

Inflamación del cuello uterino.

**Cérvix**

Porción delantera del útero que forma el “cuello uterino”.

**Centrífugo**

Que se aleja del centro. Ej. El inicio de algunas infecciones exantemáticas.

**Citología**

Parte de la histología que estudia la célula, de su estructura y funciones.

**Citodiagnóstico**

Estudio histológico de las células exfoliadas de un órgano en comunicación con el exterior o fácilmente accesibles (vagina, bronquios, estómago).

**Clítoris**

Órgano pequeño, eréctil, alargado, situado en el ángulo anterior de la vulva, constituido por dos raíces que se unen en la línea media para formar un cuerpo, que termina por un ligero ensanchamiento. Es un órgano homólogo al pene.

**Coloquial**

Perteneciente o relativo al coloquio. Dice del lenguaje propio de la conversación entre dos o más personas.

**Colposcopía**

Examen de la mucosa de la vulva, vagina y el cuello uterino, con un colposcopio o microscopio de baja potencia. Método diagnóstico empleado para las lesiones asintomáticas o latentes producidas por el VPH.

**CONAPO**

Siglas para designar al Consejo Nacional de Población.

**Condón masculino**

Es una cubierta de látex que se coloca en el pene durante las relaciones sexuales.

**Condón femenino**

El condón femenino es una bolsa de poliuretano de siete pulgadas, que se inserta dentro de la vagina. Es un método de barrera para evitar infecciones de transmisión sexual (ITS) (STI, por sus siglas en inglés) y el control de la natalidad usado por la mujer.

**Confidencialidad**

Garantía de protección de la cual goza la información personal y el resultado de los exámenes, a fin de asegurar los derechos y el bienestar de quien proviene la información. A excepción del individuo y de los profesionales de la salud directamente responsables de su atención, nadie más debe saber que se hicieron ciertos exámenes, ni tener acceso a los resultados. La información no se entrega bajo ninguna circunstancia a otros trabajadores de la salud, autoridades sanitarias, patrones, aseguradoras, escuelas o terceras personas sin el consentimiento explícito y firmado por escrito del interesado.

**Congénito**

Nacido con la persona, innato, que existe desde el nacimiento o antes del mismo. No adquirido.

**Consejería**

Comunicación cara a cara, en la que una persona (consejero) ayuda a otra (paciente o cliente) a tomar decisiones y actuar.

**Coito**

Cópula o ayuntamiento carnal del hombre con la pareja sexual.

**Coroamnioitis**

Inflamación de la membrana exterior del huevo uterino.

**Criptorquidia**

Ausencia de uno o ambos testículos en el escroto por detección de estos órganos en la cavidad abdominal o en el conducto inguinal en su emigración normal. Aparece sobre todo en niños. La ectopía testicular permanente implica atrofia del órgano.

**Crisis**

Situación de desajuste psíquico que compromete a la salud del individuo. Afecta la estabilidad emocional y se caracteriza, principalmente, por estados de inquietud, tensión, ansiedad y angustia.

**Cubreobjeto**

Lámina rectangular o circular de vidrio que cubre las preparaciones microscópicas sobre el portaobjeto (ver portaobjeto)

**Cuello del útero**

Parte inferior y más estrecha del útero que se abre a la vagina y por donde tiene que pasar los espermatozoides para poder fecundar al óvulo; además pueden pasar gérmenes de ITS, como el que provoca la gonorrea, la clamidia y otros.

**Cultivo**

Propagación artificial de microorganismos, células o tejidos. Existiendo una gran variedad, dependiendo del microbio a cultivar.

**Culpa**

Recriminaciones que se hace la persona cuando comete una falta de orden moral que él mismo reconoce como tal. Los sentimientos de culpabilidad producen vergüenza, miedo, automenosprecio e indignidad personal y van acompañados de arrepentimiento y necesidad de redención.

**Cunnilingus o Cunnilinctio**

Estimulación de los órganos sexuales femeninos por medio de la boca o lengua. Tanto la mujer como el hombre pueden conseguir con esta práctica bucogenital el orgasmo sin necesidad del coito.

**Chancro**

Antiguamente, pequeña úlcera con tendencia a extenderse y corroer las partes circunvecinas. En la actualidad se da el nombre de chancro a dos ulceraciones de naturaleza muy distintas: chancro duro, de origen sifilítico y chancro blando o chancroide producido por la bacteria *H. ducreyi* otra ITS ulcerativa, ambas y a otras ulceraciones de origen sexual, como el LGV y no sexual como el caso de la lepra.

## D

### **Detección o identificación de casos**

Actividad realizada para detectar casos de ITS previamente desconocidos. Puede ser pasiva (examen de personas que se atienden en un centro de salud) o activa (búsqueda intencionada de casos entre las parejas de personas infectadas).

### **Dildos**

Falo artificial destinado al placer. (ver Olisbos)

### **Discriminación**

Hacer una distinción o aplicar una medida que tiene un impacto desproporcionado; dar un trato injusto basado en una categoría, como por ejemplo, el sexo de una persona, su orientación sexual, raza, edad, nacionalidad, religión o cualquier otra distinción real o supuesta.

### **Dispareunia**

Coito doloroso o difícil especialmente en la mujer. Puede ser de naturaleza tanto orgánica como psíquica: enfermedades inflamatorias de los órganos sexuales, rechazo inconsciente al compañero sexual, temor de quedar embarazada, etc.

### **Disuria**

Emisión dolorosa o difícil de orina.

### **Döderlein**

Bacilos de la flora normal de la vagina.

### **Dolor**

Impresión penosa experimentada por un órgano o parte y transmitida al cerebro por los nervios sensitivos.

## E

### **ELISA**

Siglas del método de laboratorio empleado para detectar anticuerpos anti-VIH, que significa “ensayo inmunoabsorbente ligado a enzima” (del inglés “**E**nzyme **L**inked **I**mmunosorbent **A**ssay”).

### **Embarazo ectópico o extrauterino**

Desarrollo del huevo fecundado fuera de la cavidad uterina. Representa un peligro para la madre. Requiere de intervención quirúrgica.

### **Endometrio**

Membrana mucosa que recubre el interior del útero. Es el lugar de la anidación del huevo fecundado.

### **Endometritis**

Inflamación del endometrio. Sus causas son muy diversas, a veces pueden estar implicadas las ITS, como la gonorrea, clamidia, tricomonas, etc. (ver endometrio)

**Empatía**

Capacidad de captar por medio de la intuición emocional estados psíquicos del paciente, o la facultad de proyectarse afectivamente al mundo interior del otro, de sentir lo que piensa y siente. Supone sensibilidad. Constituye la base de la comprensión en las relaciones humanas y en la vida sexual y amorosa.

**Epidemiología**

El estudio de la incidencia, distribución y determinantes de una infección, enfermedad u otro acontecimiento relacionado con la salud de una población.

**Epididimitis**

Inflamación del epidídimo. Producida por la gonorrea, clamidia, etc.

**Epidídimo**

Pequeño cuerpo de forma oblonga, grisáceo, formado por la reunión y apilamiento de los vasos seminíferos, situado en la parte posterior de cada uno de los testículos), que se puede inflamar por diversas causas, en las ITS, como gonorrea y sífilis.

**Epitelio**

Capa celular que cubre todas las superficies externas e internas del cuerpo y se caracteriza principalmente por estar formada de células de forma y distribución variables, sin sustancia intercelular, ni vasos.

**EPI**

Siglas para designar a la **Enfermedad Pélvica Inflamatoria**, complicación de ITS secretoras, frecuentemente causada por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*.

**Eritema**

Enrojecimiento en manchas o difuso de la piel, producido por la congestión de los capilares, que desaparece momentáneamente con la presión.

**Esmegma**

Sustancia espesa, caseosa, maloliente, que se encuentra en el surco balanoprepucial y alrededor de los labios menores de la vulva. Producto de las células pavimentosas descamadas.

**Esplenomegalia**

Aumento de volumen e hipertrofia del bazo

**Esterilización**

Conjunto de procedimientos físicos o químicos por los cuales se eliminan todos los organismos vivos de un objeto.

**Estigmatizar**

Desdoro, afrenta mala fama, infamar. Tratar a las personas como algo vergonzoso, deshonesto o desprestigiado porque difiere de las "normas" sociales (reales o imaginarias). Por lo general, se estigmatiza a las personas con infección por VIH/SIDA o ITS, o a las cercanas a ellas, por prejuicios morales, no necesariamente relacionados con la enfermedad misma. Por ejemplo se puede estigmatizar a un hombre con SIDA por el prejuicio o valor moral preexistente sobre la homosexualidad.



**Estrategia**

Los medios primordiales para alcanzar un objetivo; pueden incluir una o más intervenciones. Un ejemplo de estrategia en salud pública es la prevención de la transmisión sexual del VIH u otra ITS.

**Esteroides**

Sustancia de gran importancia fisiológica ampliamente empleados en la medicina con fines terapéuticos.

**Eyacuación**

Emisión súbita de un líquido, como la del semen. Se produce normalmente tras haberse alcanzado el grado de excitación máxima de las zonas erógenas (ver zonas erógenas) y en particular del pene. La primera eyacuación tiene lugar entre los 13 y 15 años de edad, aproximadamente y en la mayoría de los casos es provocada por la masturbación. La eyacuación normal contiene de 200 a 300 millones de espermatozoides.

**Exantema**

Erupción, mancha cutánea.

**F****Factores de riesgo**

Condiciones o comportamientos que aumentan las posibilidades de que una persona adquiera una infección. En el caso de las ITS/VIH, estos factores pueden ser: relaciones sexuales con más de una pareja sin uso del condón u otra medida de sexo seguro, antecedentes de haber o estar padeciendo alguna ITS, uso de drogas inyectables o de otras.

**Fellatio**

Acción de mamar o chupar. Ejemplo mamar o chupar los órganos sexuales.

**Fimosis**

Estrechez natural, congénita o accidental de la abertura del prepucio, que impide la salida del glande o "cabeza" del pene. Corrección quirúrgica.

**Fisiología**

Ciencia biológica que estudia la dinámica de los cuerpos organizados.

**Flujo**

Derrame o evacuación cuantiosa al exterior de un líquido normal o patológico. Ej. Los flujos vaginales donde están implicadas varias ITS, gonorrea, vaginosis bacteriana, clamidiosis, etc.

**Flujograma**

Procedimiento que, paso a paso, resuelve un problema o llega a un resultado; por ejemplo, el diagnóstico de una infección de transmisión sexual (ITS), tomando como base la historia clínica, signos y síntomas físicos, y algunos casos, pruebas de laboratorio.

**Foro**

Forma prefija o sufija que indica relación con movimiento o expresa la idea de llevar o contener.

**Frenillo**

Repliegue membranoso que limita los movimientos de una parte en la línea media del prepucio y el clítoris. Cuando es muy corto puede producir fimosis.

**FTA-abs**

Siglas para designar a la prueba confirmatoria de sífilis (Prueba de anticuerpos fluorescentes de absorción treponémica).

**G****g**

Símbolo de gramo. Unidad ponderal en el sistema métrico decimal, equivalente al peso de 1 ml de agua destilada.

**Ganglios linfáticos**

Engrosamiento de forma, tamaño y estructura variable, en el trayecto de un vaso linfático o un nervio.

**Glande**

Extremidad distal del pene o “cabeza del pene”, formado por la expansión de la porción esponjosa de la uretra y cubierta por el prepucio.

**Glándulas de Bartholin**

Dos pequeñas glándulas del tamaño de un frijol que se hallan situadas en la parte inferior de los labios mayores y desembocan en las proximidades de orificio vaginal. Durante la excitación sexual segregan una serosidad que facilita la introducción del pene en la vagina. Bartholinitis es causada por gérmenes de ITS y otros.

**Glándula de Tyson**

Glándulas sebáceas de la corona del glande y de los labios menores de la vulva, que secretan un material fluido, de olor fuerte, uno de los componentes del esmegma (ver esmegma).

**Goma**

Tumoración mórbida producida en la evolución natural de la sífilis terciaria (sifiloma).

**Gram**

Método tintorial para bacterias. Es muy útil en la primera fase de identificación bacteriana y traduce una especial coloración de la pared bacteriana. Muy útil como prueba rápida en las ITS en gonorrea, vaginosis bacteriana, etc.

**H****Heterosexual**

Atracción sexual hacia personas del sexo opuesto

**Hidrocefalia**

Dilatación anormal de las cavidades ventriculares del cerebro, a consecuencia de una alteración de la dinámica normal del líquido cefalorraquídeo (LCR).

**Homosexual**

Atracción sexual hacia personas del mismo sexo.

**Huésped**

Animal o planta en que vive otro organismo parasitario

**IGD**

Abreviatura para Infección gonocócica diseminada

**IgM**

Abreviatura para designar a la Inmunoglobulina M. Sustancia glicoprotéica presente en el plasma y otros líquidos orgánicos de los vertebrados que constituyen los anticuerpos, se han reconocido 5 de ellas (IgG, IgM, IgA e IgE). La IgM importante el diagnóstico de la sífilis congénita.

**IM**

Abreviatura de la vía de aplicación de un medicamento Intramuscular.

**Incidencia**

La frecuencia de nuevas infecciones durante un período determinado, representa como proporción de la población en riesgo de infección, enfermedad u otro acontecimiento relacionado con la salud.

**Incubación**

Período de latencia que transcurre entre la entrada de un microbio al organismo y la aparición de las molestias que va a cuasar en el mismo. Siendo variable para las diferentes patologías existentes.

**Infección**

Implantación y desarrollo en el organismo de seres vivos patógenos con acción morbosa de los mismos y reacción orgánica consecutiva.

**Infección asintomática**

Diseminación de un microbio que no representa ningún signo clínico en el enfermo al que se le llama "portador asintomático".

**Infección oportunista**

Infección causada por microorganismos que, por lo general el sistema inmunitario está preparado para combatir. Cuando se debilita o destruye el sistema inmunitario, como en el caso de la infección VIH, las infecciones oportunistas pueden arraigarse. Por ejemplo, la candidosis oral es causada por un hongo que normalmente se encuentra en la boca, pero que no causa infecciones en personas con sistemas de inmunidad sanos.

**Inmunitario (sistema)**

Conjunto de medios que dispone el individuo para defenderse contra los agentes exteriores, principalmente los microbios (virus, bacterias, etc.).

**Inmunodeficiencia**

Incapacidad del sistema inmunitaria de proteger al cuerpo en forma satisfactoria, lo que resulta en un aumento de la susceptibilidad a varios tipos de infecciones oportunistas y cánceres.

**Inoculación**

Introducción voluntaria o accidental por una herida en los tegumentos, de macroorganismos (bacterias, virus, etc.). Introducción de una sustancia infectiva u otra en tejido vivo o en medios de cultivo como efecto curativo o preventivo.

**ITS**

Siglas para designar a las Infecciones de Transmisión Sexual.

**IV**

Abreviatura de la vía de aplicación de un medicamento intravenoso.

**in vitro**

Dentro de un vaso de vidrio; observable en un tubo de ensayo, o cualquier recipiente de laboratorio; que ocurre fuera del organismo, opuesto a *in vivo*.

**in vivo**

En el cuerpo vivo, lo contrario a *in vitro*.

**K****Kaposi (sarcoma)**

Tumoración maligna formada de vasos sanguíneos y que cuando aparece en personas jóvenes, se podría pensar en que están cursando con SIDA.

**Kg**

Símbolo de Kilogramo

**KOH**

Siglas para designar al hidróxido de potasio, solución empleada en pruebas rápidas de ITS para la observación de Candidosis.

**L****Latente**

Algo que se presenta pero no es obvio (puede ser obvio más tarde). Sífilis latente que puede durar años.

**Látex**

Líquido blanco y cremoso, obtenido de distintas variedades de árboles y arbustos. El más común es el látex de caucho, obtenido a partir de *Hevea brasiliensis*, que contiene un 30% de hidrocarburos recubiertos de una capa de coloide protector, de tipo proteico, empleado en la fabricación de condones.

**LCR**

Abreviatura para designar al Líquido cefalorraquídeo.

**Linfedema**

Edema obstructivo de un vaso linfático. Ej. En la fase 3 del linfogranuloma venéreo se van a presentar linforrosis (edema de los vasos linfáticos del hombre) y estiómeneo (en la mujer).

**M****Menstruación**

Fenómeno fisiológico de la vida sexual femenina, por la cual se elimina periódicamente parte de la mucosa uterina con flujo sanguíneo y moco. Flujo sanguíneo de la mujer que se presenta por la vagina cada 28 días, más o menos, después de la atrofia del cuerpo lúteo. Aparece por primera vez entre los 12 y los 14 años y desaparece entre los 45 y 55 años de edad. Dura de 3 a 5 días.

**mg**

Milésima parte de un gramo; símbolo del miligramo.

**Molusco contagiosos**

ITS caracterizada por tumoraciones perladas con umbilicación central que son producidas por el Virus del Molusco Contagioso, y casi siempre adquirido en la infancia, que cuando aparecen después de las relaciones sexuales son considerados como una ITS tumoral y son signo clínico de progresión del VIH/SIDA, localizados en otras regiones anatómicas (tronco, cara, extremidades).

**N****Neonato**

Recién nacido.

**Normas**

Reglas compartidas por un grupo de individuos o colectividad. Su inobservancia produce siempre un rechazo de la sociedad. Pueden ser políticas, sociales, religiosas, psicológicas. Ej. Las normas oficiales mexicanas del VIH (NOM-10-SSA2-1993) y de ITS (NOM-039-SSA2-2002)

**NPC**

Siglas para designar a la Neumonía por *Pneumocystis carinii*

**O****Olisbos**

Pene artificial de látex, plástico o cualquier otro material. El olisbo era ya conocido en la antigüedad y ha existido y existe en muchas sociedades de tecnología sencilla.

**OMS**

Anagrama de la **O**rganización **M**undial de la **S**alud.

**Ooforitis**

Inflamación de uno o ambos ovarios. Sin. Ovaritis.

**Orquitis**

Inflamación aguda o crónica del testículo. Complicación producida por la gonorrea y clamidiosis.

**Osteomielitis**

Infeción piógena del hueso y médula ósea.

**Oxidasa**

Enzima que cataliza la transferencia de electrones, o pare de átomos de hidrógeno del sustrato exclusivamente al oxígeno.

**P****Parafimosis**

Constricción de la corona del glande por un anillo por un prepucio fimótico o inflamado, que se ha retraído accidentalmente y no es posible reponer hacia delante. Es de peligro, pues puede dejar al glande fuera de la circulación sanguínea y producir una gangrena. Requiere de cirugía.

**Perinatal**

Referente al período anterior, durante e inmediatamente posterior al parto, es decir, desde la vigésima octava semana de gestación hasta el séptimo día después del nacimiento. Se conoce como transmisión perinatal a la que transfiere una mujer infectada a su feto o recién nacido.

**pH**

Símbolo que indica la concentración de iones hidronio,  $H^+$ , presentes en una dilución. Logaritmo inverso de la concentración de hidrogeniones (Sørensen). El pH de una solución expresa la cantidad de iones de H actualmente ionizados y constituye lo que se ha convenido en llamar acidez actual o real. La escala de pH puede representarse del 0 al 14 en la que pH 7 señala en punto neutro: por encima de 7 aumenta la alcalinidad, por debajo de 7 aumenta la acidez. La definición de pH actualmente es de tipo operativo.

**Peritonitis**

Inflamación aguda o crónica del peritoneo. Por ej. La peritonitis gonocócica debido al ascenso del gonococo a través del útero y trompas.

**Poliuretano**

Sustancias orgánicas obtenidas de la polimerización de los uretanos. Numerosas aplicaciones industriales en la fabricación de espumas flexibles, rígidas y el condón femenino.

**Portaobjeto**

Lámina de vidrio rectangular que lleva la preparación microscópica, la que es cubierta por otra lámina más fina, pequeña, circular o cuadrada, cubreobjeto.

**Prepucio**

Pliegue mucocutáneo de la piel del pene que cubre el glande o balano.

**Prevalencia**

Proporción de una población definida como portadora de una infección, enfermedad u hecho de interés relacionado con la salud, en un punto o periodo de tiempo dado.

**Prevención**

Conjuntos de medios que sirven para preservar de enfermedades al individuo o a la sociedad.

**Priapismo**

Erección anormal del pene sin deseo sexual, ordinariamente sintomática de una afección inflamatoria, comúnmente de la gonorrea en vejiga y uretra. La duración de la erección puede durar entre un par de horas a días; también puede ser producido por intoxicaciones, lesiones de la médula espinal dorsal, leucemia, cáncer de pene, hipertrofia o cáncer de próstata.

**Prodrómico**

Signo, síntomas o estadio precursor que indica el comienzo o aproximación de una enfermedad.

**Profilaxis**

Conjunto de medios que sirven para preservar de enfermedades al individuo o la sociedad. Tratamiento preventivo.

**Proteasa**

Enzima o fermento que digieren las proteínas. En general el término comprende a las proteinazas, peptidasas y protaminasas.

**Protozoarios**

Organismos unicelulares eucariota que se clasifican en el reino animal. Ej. Entamoeba, Toxoplasma y Giardia. Productoras de ITS entéricas en persona con práctica de sexo anal.

**Pruebas (laboratorio)**

Son pruebas de laboratorio para identificar marcadores de una infección (VIH o ITS), existiendo de tamizaje o presuntivas o confirmatorias.

**Prurito**

Sensación particular que incita a rascarse. Síntoma acompañantes de muchas dermatosis, por ejemplo, la sarna, los flujos vaginales y piojos del pubis.

**R****Recurrencia**

Reaparición de los síntomas después de una remisión.

**Remisión**

Disminución de la intensidad de los síntomas.

**Reinfección**

Segunda infección con igual germen u otro semejante.

**RPM**

Siglas para designar a la ruptura prematura de membranas que protegen al feto dentro de la cavidad uterina y que se produce, en ocasiones durante algunas ITS, ej. Gonorrea, clamidosis, tricomonosis, etc.

**RPR**

Siglas que caracterizan la prueba no treponémica para sífilis. **Reagina del Plasma Rápida.**

**S****Salpingitis**

Inflamación de la trompa de Falopio. Complicación producida por algunas ITS, como clamidosis y gonorrea

**Secreción**

Función o proceso en virtud del cual un tejido u órgano separa ciertas sustancias de la sangre y las modifica o elabora con ellas un producto nuevo, que vierte fuera de si o la devuelve a la sangre.

**Seropositivo**

Persona cuya prueba de detección de anticuerpos contra el VIH es positiva. Esta persona ha estado en contacto con dicho virus y debe considerarse infectante toda su vida. Cuando la prueba no detecta anticuerpos anti-VIH, la persona se dice "seronegativa".

**Signo**

Fenómeno, carácter, síntoma objetivo de una enfermedad o estado que el médico reconoce o provoca.

**Simposio**

Conferencia o reunión en que se examina un determinado tema.

**Síndrome**

Cuadro o conjunto sintomático; serie de síntomas y signos que existe a un tiempo y definen clínicamente un estado morboso determinado

**Síntoma**

Manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable sólo por el paciente. Ej. el prurito, el olor vaginal, el dolor.

**T****Tamizaje**

Examen sistemático de la sangre donada, productos sanguíneos, tejidos (incluyendo el semen) y órganos, hecho en el laboratorio con la intención de prevenir la transmisión del VIH, sífilis o hepatitis B al receptor.

**Tasa**

Es la medida de la frecuencia de un evento en una población dada, durante un período de tiempo determinado. Las tasas se pueden expresar en forma de fracción decimal, como porcentaje o por Ej. como un numerador sobre una población de 10000 o 1000 0000 habitantes.

**Trabajador sexual**

Persona que intercambia actividad sexual por dinero o bienes “especies”.

**Transmisión**

Transferencia, contagio o comunicación de las enfermedades.

**Transcriptasa**

ARN polimerasa o ADN dependiente. Enzima que cataliza la síntesis de ARN a partir de ribonucleótidos trifosfatos y que utiliza el ADN como molde o patrón.

**Tratamiento**

Conjunto de medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades.

**Travestismo**

Utilización de prendas e incluso de hábitos sociales del género opuesto, con lo que la persona puede experimentar una excitación o satisfacción sexual. Se observa especialmente en homosexuales masculinos y transexuales. Sinónimos eonismo transvestismo.

**Tumor**

Tumefacción, bulto o hinchazón de origen patológico. Neoformación o nuevo crecimiento de tejido en que la multiplicación de las células no está totalmente controlada por los



sistemas reguladores del organismo y tiene carácter generalmente progresivo; en este caso también se llama neoplasia. Ej. ITS tumorales como son los condilomas acuminados y moluscos contagiosos.

## U

### UI

Cantidad tomada como medida, como peso definido de una vitamina, extracto orgánico, antibiótico, etc., como tipo de referencia adoptado por la OMS.

### Úlcera

Solución de continuidad o pérdida de sustancia de cualquier superficie epitelial del organismo, con escasa o nula tendencia a la cicatrización espontánea. Ej. en las ITS ulcerativas de la sífilis, o chancro indoloro; en la del Chancroide, úlcera sumamente dolorosa y sin tendencia a la cicatrización.

### Uretra

Conducto por donde se elimina la orina procedente de la vejiga. En el hombre mide aproximadamente 18 cms y es además el lugar por donde sale el semen (ver eyacuación); en la mujer mide 3 cms, más o menos.

### Uretritis

Inflamación de la uretra. La uretra es importante en las ITS secretoras como la gonorrea o clamidiosis.

### Urofilia

Afición morbosa a los orines.

### Urogenital

Relativo al aparato urinario y a los genitales.

### Útero

Órgano hueco y musculoso de forma de una pera al revés, situado en medio de la pelvis, entre la vejiga y el recto. Es el lugar donde anida el huevo después de la fecundación, donde se desarrolla el embarazo y la placenta y además sitio predilecto de algunas ITS, como VPH, gonorrea, clamidiosis, etc.

## V

### Vagina

Conducto membranoso que comunica el útero con la vulva. Sus dimensiones varían según la persona, como promedio tiene una longitud de 7 a 10 cms y una anchura de 3 a 5 cms. Por la vagina tiene lugar el flujo sanguíneo de la menstruación, el coito y el parto. Es una zona erógena muy sensible de la mujer que contribuye el orgasmo y también de ITS secretoras como tricomonosis, vaginosis bacteriana, etc.

### Vaginitis

Inflamación o infección de la vagina.

### Varicocele

Dilatación varicosa del cordón espermático y del escroto, pudiendo producir esterilidad, requiere de cirugía.

**VIH**

Siglas internacionales para designar al **V**irus de la **I**munodeficiencia **H**umana, causante del SIDA.

**VB**

Siglas para designar a la Vaginosis bacteriana.

**VPH**

Siglas para designar al **V**irus del **P**apiloma **H**umano, causante de los condilomas acuminados.

**Vulva**

Órganos sexuales externos de la mujer: labios mayores y menores, clítoris, vestíbulo vaginal y el himen.

**Z****Zonas erógenas**

Áreas del cuerpo que al ser estimuladas producen excitación sexual. Según Freud, cualquier parte del cuerpo, incluyendo algunos órganos internos, la actividad muscular, la piel, las mucosas de la cavidad bucal, del canal uretral, etcétera, puede ser fuente de la sensación sexual.

## DIAPORAMA

Caso clínico No. 1  
Caso clínico No. 2  
Caso clínico No. 3  
Caso clínico No. 4  
Caso clínico No. 5  
Caso clínico No. 6  
Caso clínico No. 7  
Caso clínico No. 8

### TUMORALES (VERRUGAS)

<b>Diapositiva No. 1</b>	<b>Condilomas acuminados gigante de Buscke-Lovenstein en región vulvar</b>
<b>Diapositiva No. 2</b>	<b>ITS mixta: condilomas acuminados y molusco contagioso en nalgas</b>
<b>Diapositiva No. 3</b>	<b>Condilomas acuminados perianales</b>
<b>Diapositiva No. 4</b>	<b>Condilomas acuminados perianales</b>
<b>Diapositiva No. 5</b>	<b>Condiloma gigante de Buscke-Lovenstein en región vulvar</b>
<b>Diapositiva No. 6</b>	<b>Condiloma acuminado región perianal</b>

### ÚLCERAS

<b>Diapositiva No. 7</b>	<b>Linfogranuloma venéreo, presencia de ganglio inguinales inflamados</b>
<b>Diapositiva No. 8</b>	<b>Linfogranuloma venéreo, úlcera inguinal del lado izquierdo y bubón inguinal lado derecho (ganglios inguinales inflamados)</b>
<b>Diapositiva No. 9</b>	<b>Herpes simplex en región vulvar: presencia de lesiones ulcerativas</b>
<b>Diapositiva No. 10</b>	<b>Herpes simplex en región perianal: presencia de lesiones ulcerativas</b>
<b>Diapositiva No. 11</b>	<b>Úlceras por Herpes simplex en región perianal con vesículas en parte inferior</b>

<b>Diapositiva No. 12</b>	<b>Úlcera por sífilis en surco balano prepucial</b>
<b>Diapositiva No. 13</b>	<b>Úlcera por sífilis en surco balano prepucial</b>
<b>Diapositiva No. 14</b>	<b>Úlcera por sífilis en lengua**</b>
<b>Diapositiva No. 15</b>	<b>Secundarismo sífilítico, se observa alopecia “en comida de ratón</b>
<b>Diapositiva No. 16</b>	<b>Sífilis congénita, se observan lesiones exulcerativa que predominan alrededor de los orificios naturales</b>
<b>SECRETORAS</b>	
<b>Diapositiva No. 17</b>	<b>Vaginosis bacteriana, se observa secreción blanquecina a través de vagina</b>
<b>Diapositiva No. 18</b>	<b>Bartholinitis</b>
<b>Diapositiva No. 19</b>	<b>Fresco en solución salina, se aprecian levaduras y pseudohifas</b>
<b>Diapositiva No. 20</b>	<b>Tinción de Gram, se observan polimorfonucleares (PMN) con diplococos intra y extra celulares</b>
<b>Diapositiva No. 21</b>	<b>Células clave en vaginosis bacteriana</b>
<b>Diapositiva No. 22</b>	<b>Fresco en solución salina, con células de descamación rodeadas por múltiples bacterias, “células clave”</b>
<b>Diapositiva No. 23</b>	<b>Tira reactiva para medir pH vaginal</b>
<b>Diapositiva No. 24</b>	<b>Gonorrea en mujer, se observa secreción blanquecina a través de la vulva</b>
<b>Diapositiva No. 25</b>	<b>Gonorrea en hombre, se observa secreción amarillenta a través de la uretra</b>
<b>Diapositiva No. 26</b>	<b>Gonorrea, se observa secreción amarillenta a través de la uretra acompañada de edema prepucial</b>

---

\*\* Tomada del *Sexually Transmitted Diseases.*, Holmes K. Sparling P. F., Mardh P. et al., 3a. Edition. Mc. Graw Hill. 1999. Atlas

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Aggleton P. *Sexual Behaviour Research and VIH/AIDS. Paper Given at the VIIIth International Conference on AIDS in Africa, Marrakech. December 1993.*
- 2) AIDSCAP-Haití/USAID. *La prise en Charge des Maladies Sexuellement transmissibles a Haïti.* Protocoles pour les soins de Santé Primaire. Programme AbaSIDA, AIDSCAP. Haïti 1996.
- 3) AIDSCAP/ The policy project/USAID. *La prise en Charge des Maladies Sexuellement transmissibles á Madagascar.* Protocoles pour les soins de Santé Primaire. 1998.
- 4) Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. *Temas actuales en ginecología y obstetricia.* Capítulo 10. Enfermedades de Transmisión Sexual. Págs. 7-46. México; Octubre 1991.
- 5) Chávez Gómez G. *Ginecología y Obstetricia.* Volumen 2-1. Enciclopedia Médico-Quirúrgica. Fa. 379ª. México. 1993.
- 6) De Zalduondo B. y Jean Maxius B. *Meanings and Consequences of Sexual-Economic Exchange: Gender, Poverty and Sexual Risk Behavior in Urban Haïti.* En Richard Parker y John Gagnon, (eds). *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Reserch in Posmodern World.* New York and London: Routledge (en prensa).
- 7) Deborah L. Helitzer-Allen and Hubert A: Allen Jr. *The Manual of Targeted Intervention Research on Sexuality Transmitted Illnesses With Community Members.* USAID. AIDS Control and prevention Project. (936-5972). USA. 1994.
- 8) Egremy Mendivil G. *Estrategia de la Capacitación sobre Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente.* Recopilación. CONAPO 1995.
- 9) García García M; Valdespino Gómez J. L.; Cruz Palacios C. *Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA.* Clínica, Laboratorio, Psicología y Sociología. Secretaría de Salud. Publicaciones técnicas del INDRE. 1993.
- 10) Gagnon, J.; Greenblat C. y Kimmel M. *Doing Sex Research.* En Parker R. y Gagnon J. *Conceiving Sexuality: Aproaches to Sex Research in Postmodern World.* NW York and London.
- 11) Gagnon J. *The Explicit and Implicit Use of the Scripting Perspective in Sex Research.* Annual Review of Sex Research. Vol. 1. 1990.
- 12) Gagnon J. *Sex Research and Sexual Conduct in the Era of AIDS.* Journal of Acquired Immune Deficiency Síndrome. 1:593-601. 1998.
- 13) González Merlo J. *Ginecología.* Sexta Edición. Págs. 184-190. Salvat Mexicana. México 1993.

- 14) Harrison. *Principios de Medicina Interna*. (Copilación) 12a. Edición México. McGraw-Hill. 1996.
- 15) Holmes K. Sparling P. F., Mardh P. et al., *Sexually Transmitted Diseases*. 3a. Edition. Mc. Graw Hill. 1999. Atlas
- 16) López de Munuan, Cámara M., Baraia. *Cambios en la etiología de las Enfermedades de Transmisión Sexual: La experiencia de los Servicios de ETS de Bizkai*. Gac. Médica. Bilbao. 95:41-45. 1998.
- 17) Matondo P, Chinsembu. Kapembwa. *Sexually Transmitted Disease Syndromes: A Text and atlas*. Republic of Zambia. 1998.
- 18) Morbidity and Mortality Weekly Report. *Recommendations and reports. Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases*. US. Department of Health and Human Services. Georgia. V. 47/N.RR1. 1998.
- 19) Morbidity and Mortality Weekly Report. *Guidelines for the prevention and control of Congenital Syphilis*. CDC. Supplement. V.37.N.S-1. January 15, 1998.
- 20) Moreni de Giorgio M., *Aspectos Metodológicos en la Educación Sexual en Sexualidad Humana*. Stella Cerruti y colaboradores. OPS. Montevideo Uruguay. 1992.
- 21) National HIV/STD. *Control Programme, Practical case Management of Common STD Syndromes*. Ministry of Health. Jamaica. 1993.
- 22) Organización Mundial de la Salud. *Atención a los Pacientes con Enfermedades de Transmisión Sexual*. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Serie informes técnicos N. 810. Ginebra. 1991.
- 23) Organización Mundial de la Salud (OPS). *Atención de ETS. Manuales. 1,3,4,5,6,7. Introducción al Programa y la Transmisión y Control de las ITS y VIH*. OPS/HCA/007/97 versión en español. 1997.
- 24) Palacios M. *La sexualidad como una característica Humana. El Sexo en los Adolescentes*. Guía Educativa. Colombia. 1986.
- 25) Perea E. J. *Enfermedades de Transmisión Sexual*. España. 1993.
- 26) Perea E. J. *Enfermedades de Transmisión Sexual*. *Medicine*. 6 (72): 3235-48. 1994
- 27) Piot P. Islam MQ. *Sexually Transmitted Diseases in the 1990's. Global Epidemiology and Challenges of control in Sex Transm. Diseases*. 21 (2). Suppl: S7-S3. 1994.
- 28) Population Reports *Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual*. El Método Síndromico. Serie L No. 9. Junio 1993.
- 29) Programa de Fortalecimiento para la prevención y control de VIH/SIDA y otras ETS. 1999-2000. Secretaría de Salud. CONASIDA. México.

- 30) Proyecto ETS/VIH/SIDA. Médicos sin Fronteras. *Módulo de Capacitación Enfoque Sindrómico*. Guatemala 1998.
- 31) SIDA/ETS. SSA. Epidemiología. (1) Vol. 4 enero-marzo. CONASIDA. 1998.
- 32) Simon William y J. H Gagnong. *Sexual Scripts. Society*, November-December. P.53-60 1984.
- 33) STD Case Management. *The Syndromic Approach for Primary health care Settings. Participant's version*. World Health Organization. Regional office for the Western Pacific. Manila. 1997.
- 34) STD Case Management Workbook. *Programme Introduction and Control of STD/HIV*. 1-7. World Health Organization. 1995.
- 35) STD Diagnostic. Initiative, *Program for Appropriate Technology in Health Syndromic Diagnosis of STD's*. Global access to STD. Diagnostics. Vol. 2 (2) Sep. 1993.
- 36) STD *Treatment Guidelines* in Colaboration with the ministry of Health/ National AIDS Control Program. Tanzania. 1995.
- 37) STD. HIV/AIDS Prevention And Control Series. *Synopsis*. 1997. Syndromic Management.
- 38) USAID. *Entrenamiento en el manejo Sindrómico de las Enfermedades de Transmisión Sexual*. Dirigido a clínicos y tratantes. INTEC-IDD. Santo Domingo. 1995.
- 39) USAID. FHI/AIDSCAP. *Manual de Manejo Sindromático de Enfermedades de Transmisión Sexual en pacientes sintomáticos*. Ministerio de Salud Pública. Departamento de ETS/SIDA. Honduras 1997.
- 40) World Health Organization. *Sexually Transmitted Diseases: Politics and principles for prevention and care*. Programm on VIH/AIDS. UNAIDS. 1997.

