



MINISTERIO
DE SALUD

Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales

San Salvador, El Salvador, 2024



MINISTERIO
DE SALUD

Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales

San Salvador, El Salvador, 2024

2024 Ministerio de Salud



Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede Consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000
Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Salud *Ad honorem*

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud

Equipo técnico

Dra. Ana Isabel Nieto	Unidad de Programa de ITS/VIH
Dr. Arturo Carrillo Melgar	
Dra. Alma Yanira Quezada	
Lic. Jaime Ascencio	
Dra. Wendy Yasmara Chirino Molina	Dirección de Epidemiología
Dr. Carlos Roberto Torres Bonilla	Dirección de Regulación
Dra. Graciela Angélica Baires Escobar	
Dra. Mayra Sáenz de Hernández	
Dra. Ana Cecilia Díaz	Dirección de Tecnología Sanitarias
Dra. Beatriz Adriana Serpas de Silva	Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez
Dr. Roberto Águila Cerón	Unidad Materno Perinatal
Licda. Karen Beralicia Menjivar García	Unidad de Estadística e Información
Licda. Celina del Carmen Herrera Casco	Unidad de Servicio de Apoyo Diagnóstico
Dra. Claudia Mérida López García	Unidad de la Niñez - MINSAL
Dra. Rocío Yamileth Márquez de Reinosa	Unidad de Atención y Cuidados en Salud a la Persona Adulta
Dra. Altagracia Xóchitl Panameño Romero	Oficina de Atención a Personas Afectadas por Todas las Formas de Violencia
Licda. Rina Margarita Arana de Serrano	
Dr. Mauricio Alexander Juárez Alvarado	
Dr. Luis Adiel Delgado Torres	
Dr. Amaury Morales Landrove	Oficina de Enfermedades Infecciosas
Dra. Andrea Chacón Claros	Oficina de Enfermedades No Transmisibles - Cáncer
Dra. Karla Patricia Polío	
Dr. Ricardo Alfredo Santamaría Bonilla	Oficina de Banco de Sangre
Licda. Alba Raquel Peñate Urrutia de Cornejo	Laboratorio Nacional de Salud Pública
Licda. Irma Aracely López Alfaro	Hospital Nacional Rosales
Licda. Claudia Villatoro de Sorto	
Dr. Álvaro Sandoval Vilchez	
Licda. Cecilia Linares de García	
Dra. Ana Rodríguez de Viana	Hospital Nacional Especializado de La Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"
Dr. Farid Danilo Iraheta	
Dr. Carlos Rafael Genovéz Morán	Hospital Nacional Dr. Juan José Fernández, Zacamil
Dra. Susy Gámez de Colindres	
Dra. Tanya Inés Velásquez	
Licda. Marlene Arias Shente	Hospital Nacional San Rafael
Dr. Raúl Armando Aparicio Coto	
Dra. Cecilia Elizabeth Cerón de Molina	
Dr. Luis Guillermo Castaneda	Hospital Nacional de Niños Benjamin Bloom
Lic. Edwin Quintanilla Segovia	Hospital Nacional San Juan de Dios, San Miguel
Lic. José Ricardo Hernández	
Dr. Julio César Bonilla Bonilla	
Dra. Flor Marina Roque de Araya	
Lic. Iván Antonio Aparicio	Hospital Nacional San Juan de Dios Santa Ana
Licda. Marta Lilian González de Martínez	
Dr. Alexander Alberto Méndez	
Licda. Evelyn Cristina Cruz Jovel	Hospital Nacional Santa Teresa Zacatecoluca
Dra. Kenia Lissett Lainez Ramírez	
Dra. Patricia Liseth Melgar Ventura	

Dr. Ricardo Reyes Chipagua	
Dr. Marco Antonio Lemus	Hospital Nacional "Santa Gertrudis" San Vicente
Dr. Josué Esaú Flores	Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Suchitoto
Dr. José Vidal Quijano Hércules	Hospital Nacional "Dr. Jorge Mazzini Villacorta", Sonsonate
Dra. Iliá González	
Dra. Ana Guadalupe Monge Fernández	Hospital Nacional de Nueva Concepción, Chalatenango
Dr. Jaime Fernando Alvarado Peña	Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima, Cojutepeque
Licda. Jacqueline Jiménez	Dirección Regional de Salud Central
Licda. Herminia Vásquez de López	Dirección Regional de Salud Paracentral
Dr. Enrique Armando González	
Lic. Manuel Enrique García Sandoval	Dirección Regional de Salud Metropolitana
Dra. Aracely Alexandra Aguirre	Dirección Regional de Salud Oriental
Licda. Ana Gloria Martínez de Cerna	Unidad de Salud de Santiago Nonualco
Licda. Guadalupe Jacqueline Menjivar Ramírez	Unidad de Salud Dr. Carlos Díaz del Pinal
Lic. Rudy Bladimir	Unidad de Salud La Unión
Licda. Xiomara Marilyn Castro	Unidad de Salud de Concepción
Licda. María Iraida Guadalupe Cárcamo de García	Unidad de Salud Dr. Leonardo Alberto López Vigil de Sonzacate
Dra. Gladis Stephany Lizama Montoya	Unidad de Salud Puerto El Triunfo
Dra. Izalia Janeth Canales Sermeño	Unidad de Salud Altavista Tonacatepeque
Dr. José Mauricio Lobos Rodas	Unidad de Salud Intermedia Sitio del Niño
Dra. María Magdalena Martínez Carpio	Unidad de Salud Intermedia Coatepeque
Dra. Celina María Quiroz de Rivera	Unidad de Salud Especializada Izalco
Dra. Roxana Beatriz Magaña de Mata	Unidad de Salud Intermedia Turín, Ahuachapán
Dra. Stefanie Beatriz Menjivar Lizama	Unidad de Salud Intermedia Rosario de Mora
Dr. Miguel Ángel Cañas Urquilla	Unidad de Salud Especializada de Sensuntepeque
Dr. Manuel de Jesús Genovéz Reyes	Unidad de Salud Intermedia de Popotlán, Apopa
Dr. Atilio Jiménez	Unidad de Salud San Antonio Abad
Dr. Carlos Mena Sales	Unidad de Salud San Pedro Perulapán
Dra. Jacqueline Margarita Flores de Salamanca	Unidad de Salud Especializada, Ciudad Mujer San Miguel
Dra. Ana Patricia Cruz de Prieto	Unidad de Salud Especializada, Verapaz, San Vicente
Dr. Pedro Miguel Herrera Orellana	Unidad de Salud Intermedia, Apopa
Dra. Claudia Carolina Blanco	Unidad de Salud Especializada Tomás Pineda, Santa Ana
Dra. Carmen Abigail Girón Canales	Unidad de Salud Intermedia Ciudad Arce
Dr. Jorge Alberto Rico Girón	Unidad de Salud Especializada La Palma
Dra. Ixchel María Medrano Cantarely	Unidad de Salud Intermedia Mejicanos
Dra. Marymer Maldonado Girón	Unidad de Salud Especializada Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla
Dra. Marlín Constanza de López	Unidad de Salud Especializada San Miguelito, San Salvador
Dr. José Roberto Rodríguez Castellanos	Unidad de Salud Especializada de San Martín
Dra. Claudia Liessel Molina de Aragón	Unidad de Salud Especializada de Ciudad Mujer, Morazán
Dra. Evelin Yuliza Saggeth Guardado	Unidad de Salud de Sonsonate
Dr. Luis Abraham Prieto	Unidad de Salud de Especializada Verapaz, San Vicente
Dra. Ana Carmina Aquino	Unidad de Salud de Intermedia Guazapa
Dr. Juan Carlos Mejía	Unidad de Salud de El Palmar, Santa Ana
Dr. Luis Miguel Carranza Blanco	Unidad de Salud Intermedia Jocoro
Dra. Lidia Argueta Baires	Clínica VICITS Anexa San Miguel
Dra. Elma Lilian Hernández Rivas	Clínica VICITS Concepción, San Salvador
Dra. Nora Elvira Lara Calderón	Clínica VICTIS Dr. Tomás Pineda Martínez
Dr. Raúl Armando Andino García	Clínica VICITS San Miguelito
Dra. Roxana Guadalupe Montano Martínez	Clínica VICITS Cojutepeque
Dra. María Magdalena Castillo Guevara	VICITS Unidad de Salud Díaz del Pinal, Santa Tecla
Dra. Claudia Verónica Salinas	Ciudad Mujer Santa Ana
Dra. Ana Cecilia Bonilla Zúniga	Ciudad Mujer, Colón
Lic. Oscar Mauricio Valladares Martínez	Instituto Salvadoreño de Seguro Social
Dr. José Yudis Menjivar Sibrian	

Licda. Karen Priscila Saravia	
Dra. Karen Jassmine Quintanilla Barrios	
Dra. Silvia Guadalupe Mendoza	
Dr. Luis Roberto Cerón	
Dra. Milagro de los Ángeles Márquez Vásquez	
Dr. José Eduardo Chávez Joachin	
Dr. Carlos Alberto Sosa Velasco	
Dr. José Gregorio Alberto Yanme Reyes	
Dra. Patricia Escobar de Estrada	
Dr. Alexander Napoleón Ibáñez	
Dra. Emily Pineda de Mendoza	
Licda. Norma Gutiérrez Trigueros	
Dra. Ana Patricia Machuca de Coreas	
Dr. Luis Fernando Chávez	
Dra. María Julia Palma	
My. y Lcda. Karla María Ramírez (Hospital Militar Central)	Comando de Sanidad Militar
Dra. Alexia Alvarado	
Licda. Doris Montenegro	Fundación para la Alimentación y Nutrición de Centroamérica y Panamá (FANCAP), El Salvador
Licda. Senia Hernández	
Licda. Andrea López Quijano (consultora)	
Dra. Patricia Rodríguez Peralta	Universidad del Valle de Guatemala, El Salvador
Dr. Alejandro Morales	
Dr. Oscar Manuel Francisco Villalobos Fuentes	ICAP Global Health, El Salvador

Índice

	Acuerdo n.º79	1
I.	Introducción.....	2
II.	Objetivos.....	3
III.	Ámbito de aplicación.....	3
IV	Contenido técnico.....	3
	.1. Estrategia de indicación de pruebas basadas en el riesgo.....	3
	2. Autopueba de VIH.....	4
	3. Abordaje sindrómico.....	4
	4. Manifestaciones clínicas de las ITS.....	9
	5. Otras infecciones del tracto reproductivo (ITR).....	20
	6. Otras enfermedades relacionadas con ITS.....	23
	7. Hepatitis virales.....	25
VI.	Disposiciones finales.....	33
VII.	Vigencia.....	33
VIII.	Referencias bibliográficas.....	34
IX	Anexos.....	36

San Salvador a los 19 días del mes de junio de 2024.

Acuerdo n.º 79

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud

Considerandos

- I. Que los artículos 1 y 65 de la Constitución, determinan que El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, en consecuencia es su obligación asegurar a los habitantes de la República el goce a la salud. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.
- II. Que el numeral 2) del artículo 42 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, establece que compete al Ministerio de Salud: "Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población".
- III. Que los artículos 3, 6, 7, 10, 13 y el literal e) del artículo 14 de la Ley del Sistema Nacional Integrado en Salud, define que "El Sistema" está constituido por las instituciones públicas y privadas y sus colaboradores, que de manera directa e indirecta se relacionan con la salud, siendo el Ministerio de Salud, el ente rector del mismo, por lo que está facultado para coordinarlo, integrarlo y regularlo, además promoverá la adopción de los modelos de atención, gestión, provisión, financiamiento y rehabilitación en salud, coordinando su implementación progresiva.
- IV. Que el artículo 3 y el literal b) del artículo 4 de la Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, establece que el Ministerio de Salud es el ente rector para la aplicación de la ley y tiene como atribución elaborar de manera conjunta y coordinada los protocolos de prevención y atención integral, relacionados al VIH con los miembros del "sistema".
- V. Que en fecha 24 de enero del año 2019, se emitieron los Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales, el cual es necesario actualizar, con el fin de mejorar las disposiciones técnicas para el control de las infecciones de transmisión sexual, a través de la promoción, prevención y provisión de servicios que contribuyan a la reducción de la incidencia y prevalencia de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales.

Por tanto, en uso de las facultades legales, **acuerda** emitir los siguientes:

Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales

I. Introducción

La prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y hepatitis virales representan un desafío crucial en la agenda de la salud pública. Con el objetivo de reducir la incidencia y prevalencia de estas enfermedades, se establecen los siguientes lineamientos técnicos, delineando estrategias integrales de promoción, prevención y atención.

Estos lineamientos definen las disposiciones técnicas necesarias para el control de las ITS y hepatitis virales, orientando las acciones del personal de salud en la promoción de la salud sexual, la identificación temprana de casos, el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado y la atención integral de las personas afectadas a través de estrategias innovadoras y la provisión de servicios integrales de atención a la salud. Están diseñados para ser aplicados por el personal multidisciplinario en todos los establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Los presentes lineamientos presentan un amplio espectro de acciones, que van desde fomentar la realización de pruebas basadas en el riesgo hasta establecer criterios detallados para realizar intervenciones efectivas en el manejo de las ITS, Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y hepatitis virales mediante un abordaje sindrómico, el cual abarca la identificación precoz, el tratamiento efectivo y la prevención, así como la búsqueda activa de contactos y parejas de estas enfermedades infecciosas. Además, se destaca la importancia crucial de una atención integral y colaborativa, que involucre a profesionales de diversas disciplinas distribuidos en los diferentes establecimientos de salud en la atención de las y los usuarios afectados. Asimismo, se subraya la necesidad de fortalecer la consejería y la promoción de la salud, reconociéndolas como pilares fundamentales en la estrategia global de prevención combinada.

Este enfoque además es integral, ya que busca no solo tratar las infecciones de manera efectiva, sino también prevenir nuevas infecciones mediante la educación, el cambio de comportamiento y conducta, así como la adopción de prácticas seguras. La implementación de estos lineamientos es crucial para avanzar hacia la reducción de la carga de las ITS y las hepatitis virales en la población, mejorando así la calidad de vida y bienestar de las personas afectadas.

II. Objetivos

General

Establecer las disposiciones técnicas para el control de las infecciones de transmisión sexual, a través de la promoción, prevención y provisión de servicios que contribuyan a la reducción de la incidencia y prevalencia de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales.

Específicos

1. Promover acciones de prevención y promoción que contribuyan a la reducción y la transmisión de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y hepatitis virales en los diversos grupos poblacionales.
2. Promover la atención multidisciplinaria en la búsqueda, identificación y diagnóstico de casos de personas con ITS y hepatitis virales, así como de sus parejas/contactos a través de la estrategia de indicación de pruebas basadas en el riesgo (EIBR) en todas las atenciones de salud, dependiendo de los factores de riesgo ante la exposición a ITS/VIH.
3. Establecer elementos técnicos para la atención y control de las ITS y hepatitis virales con base en el manejo sindrómico, aplicando los criterios de referencia, retorno e interconsulta.

III. Ámbito de aplicación

Están sujetos a la aplicación y cumplimiento de los presentes lineamientos técnicos el personal multidisciplinario de los establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud.

IV. Contenido técnico

Para identificar y diagnosticar el VIH y otras ITS se pondrá en práctica la estrategia de indicación de pruebas basadas en el riesgo, la autoprueba de VIH y el abordaje sindrómico, todas se describen a continuación.

1. Estrategia de indicación de pruebas basadas en el riesgo

La estrategia de indicación de pruebas basadas en el riesgo se fundamenta en la *Provider Initiated Testing and Counseling for HIV* (PITC, por sus siglas en inglés), esta consiste en una evaluación de riesgos conductuales, clínicos o epidemiológicos, cuyo resultado justifica que un proveedor de salud oferte la prueba de VIH y de otras ITS.

Debe aplicarse a nivel nacional, la **estrategia de la indicación de pruebas basadas en el riesgo** de exposición a ITS/VIH y hepatitis virales en las diferentes atenciones en los establecimientos de salud para la identificación y el diagnóstico oportuno de las ITS/VIH. Se implementará en tres modalidades:

- a) Sospecha clínica: prueba en usuaria/o que presenta signos y síntomas sugestivos de ITS/VIH y hepatitis virales.
- b) Dirigida: Pruebas en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad, identificadas por factores de riesgo conductuales y características demográficas.
- c) Agresión sexual: toda persona con sospecha o confirmación de agresión sexual se le deberá indicar las pruebas de VIH, independientemente del tiempo desde la agresión.

Para implementar la indicación de pruebas basadas en el riesgo, debe considerarse los criterios de inclusión que se describen a continuación:

- a) Signos y síntomas sugestivos de infección por VIH y otras ITS que no ha sido confirmado de acuerdo con los algoritmos nacionales y que no consulta por ellos.
- b) Prácticas sexuales de riesgo, antecedentes de infecciones de transmisión sexual y/o sospecha o confirmación de agresión sexual.

Referirse al anexo 1 – Formulario de evaluación de riesgo.

En caso de atenciones preconcepcionales, pre y post natales cumplir lo establecido en los "*Lineamientos técnicos para la atención preconcepcional y alto riesgo reproductivo*"¹ vigentes, y los "*Protocolos de asistencia para los períodos preconcepcional, prenatal, parto, puerperio, a la persona recién nacido y lactancia materna en situación de bajo riesgo en Primer Nivel de Atención*"² vigentes.

Para la población femenina ofertar la prueba de tamizaje para el cáncer cérvico uterino (Virus del Papiloma Humano) según los "*Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cervicouterino y de mama*"³, vigentes.

2. Autoprueba de VIH

El ofrecimiento y la indicación de la autoprueba de VIH cuando aplique, inicia con la pre-consejería, siendo esta una prueba de tamizaje y no es complementaria al algoritmo nacional vigente para el diagnóstico de pruebas VIH. Se puede ofertar en dos modalidades: no asistida y asistida.

- a) **En la modalidad autoprueba individual no asistida**, el proceso inicia con la oferta de la autoprueba, se brinda pre-consejería y el usuario se la autorrealiza, ya sea fuera del consultorio o del establecimiento de salud, sin contar con la asistencia técnica del personal de salud, en su realización.
- b) **En la modalidad autoprueba asistida**, el proceso inicia con la oferta de la autoprueba, se brinda pre-consejería y el usuario se la autorrealiza, contando con la asistencia técnica del personal de salud, en su realización. si el usuario da un resultado reactivo, se debe de iniciar el algoritmo diagnóstico de VIH vigente.

Para realizar la autoprueba debe referirse y cumplir con lo establecido en los *Lineamientos técnicos para la ejecución de pruebas para ITS y VIH en laboratorios clínicos y bancos de sangre*.

3. Abordaje sindrómico

El personal multidisciplinario de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención podrá diagnosticar y tratar una ITS sin tener que esperar los resultados de exámenes de laboratorio. La tabla No. 1 presenta los síndromes de ITS de acuerdo sus signos, síntomas y agentes etiológicos más comunes.

¹https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaatencionpreconcepcionalyaltoriesgoreproductivo-Acuerdo-Ejecutivo-723-10012024_v1.pdf

²https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/protocolosdeasistenciaaparalosperiodospreconcepcionalprenatalpartopuerperioalapersonareciennacidaylactanciamaternaensituaciondebajoriesgoenPrimerNiveldelAtencion-Acuerdo-1175_v1.pdf

³https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaprevencionycontroldelcancer cervicouterino y demama-SE-Acuerdo-1849_v1.pdf

Cuadro 1. Signos y síntomas de ITS

Síndrome	Síntomas más comunes	Signos más comunes	Agentes más comunes
Secreción uretral (hombre)	Secreción uretral Prurito Disuria Polaquiuria Dispareunia Olor fétido	Secreción uretral (si es necesario pedir al usuario que se exprima el pene)	<i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Mycoplasma hominis</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Trichomona vaginalis</i> <i>Mycoplasma genitalum</i> <i>Ureaplasma parvum</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i>
Flujo vaginal	Flujo vaginal Prurito Disuria Dispareunia Olor fétido	Flujo vaginal Edema vulvar Hiperemia vulvar	<i>Cándida albicans</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Gardnerella vaginalis</i> <i>Mobiluncus mulieris</i> <i>Mobiluncus curtisii</i> <i>Mycoplasma genitalum</i> <i>Mycoplasma hominis</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Trichomona vaginalis</i> <i>Ureaplasma parvum</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i>
Úlcera genital	Úlcera dolorosa o no dolorosa en el área genital ardor Supuración	Úlcera ("llaga, chira") en el área genital, con o sin vesículas Ganglios inguinales inflamados	<i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Haemophilus ducreyi</i> <i>Herpes simple</i> <i>Treponema pallidum</i>
Dolor abdominal inferior o pélvico (mujer)	Dolor o malestar pélvico Dispareunia	Flujo vaginal Dolor abdominal a la palpación Dolor a la movilización del cuello del útero Temperatura corporal de 38 °C	<i>Anaerobios Mixtos</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Inflamación escrotal	Dolor Edema escrotal	Inflamación del escroto	<i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Tumefacción inguinal	Ganglios linfáticos inflamados y dolorosos Úlcera asociada Secreción	Ganglios inflamados y fluctuantes en grupo ganglionar Absceso superficial Fistula	<i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Haemophilus ducreyi</i> <i>Treponema pallidum</i>
Verruga genital	Verruga genital - anal Pápulas Prurito	Verruga genital, en ano o boca Pápulas	<i>Molusco contagioso</i> <i>Treponema pallidum</i> <i>Virus del papiloma humano</i>
Ectoparásitos	Prurito Visualización de Ectoparásitos vello púbico	Señales de rascado Pápulas Eritema	<i>Pthirus pubis</i> <i>Sarcoptes scabiei</i>

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024.

3.1 Componentes del abordaje sindrómico de las ITS

3.1 Identificación de casos

Es importante diagnosticar y tratar precozmente a las personas con ITS (con o sin síntomas). Es por ello por lo que la búsqueda e identificación de casos, se debe realizar sistemáticamente en todas las áreas de los diferentes servicios de salud del SNIS.

3.2 Historia clínica

Es importante obtener información específica y veraz de los usuarios que permita dirigir las acciones y decisiones que se toman al seguir los flujogramas establecidos. Es imprescindible entender que, al entrevistar a las personas con ITS, es necesario crear un ambiente de confianza para que hablen de su vida personal y sexual. Además, se debe asegurar que la entrevista sea comprensible, confidencial, personalizada, respetuosa y sin emitir juicios de valor.

Se debe realizar interrogatorio diferenciado ante una sospecha de ITS, definiendo el motivo de la consulta, identificando los síntomas y/o signos que motivan la consulta, la duración de estos y tomando en cuenta los siguientes antecedentes clínicos:

- a) ITS previas: investigar tipo, fechas de infección, tratamientos y manejos.
- b) Estado serológico de VIH: Resultados de pruebas anteriores, verificar si está en control en clínica TAR o Clínica VICITS/Amigables, uso de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y profilaxis post exposición (PEP).
- c) Otras enfermedades concomitantes y medicamentos usados actualmente.
- d) Alergias a medicamentos y cirugías previas, transfusiones previas, tatuajes, entre otros.
- e) Evaluar si realiza trabajo sexual o sexo transaccional.
- f) Sospecha o confirmación de agresión sexual, independiente del tiempo de ocurrencia.

3.2.1. Evaluación de riesgo con base en sospecha o confirmación de agresión sexual

Si existe sospecha o confirmación de agresión sexual, para el manejo de antirretrovirales se debe seguir lo establecido en los *Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH* vigentes. Con respecto al tratamiento de las ITS, en caso de sospecha o confirmación de agresión sexual, se debe realizar lo establecido en los *Lineamientos técnicos de atención integral en salud de las personas afectadas por violencia* y las reformas vigentes.

3.2.2. Evaluación de riesgo con base en antecedentes sexuales

Investigar las prácticas sexuales, permite orientar el manejo clínico al identificar los factores de riesgo relacionados con la infección, transmisión y reinfección de una ITS.

Este abordaje reduce las nuevas infecciones a través de una combinación de estrategias, que incluyen: el cambio de conducta, evaluación de la reducción del riesgo, el uso consistente y persistente de condones y lubricantes a base de agua, el diagnóstico y tratamiento temprano.

Cuadro 2. Evaluación del riesgo con base en antecedentes sexuales

Conducta sexual personal	Factores de riesgo personal
<ul style="list-style-type: none"> • Número de parejas sexuales durante los últimos doce meses • Relaciones sexuales con parejas casuales u ocasionales en los últimos tres meses • Otra ITS durante los últimos doce meses • Trabajo sexual o sexo transaccional 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso compartido de objetos punzantes para perforar o escarificar la piel (inyecciones, tatuajes, entre otros) • Exposición a sangre u otros fluidos contaminantes • Uso de alcohol u otras drogas antes y durante las relaciones sexuales • Sospecha o confirmación de agresión sexual
Factores de protección	Conducta sexual de las parejas/contactos
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de condones: masculinos y femeninos • Uso de lubricantes a base de agua • Uso de barreras o mantas de látex • Actividades sexuales de bajo riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Prácticas sexuales con más personas fuera de su pareja habitual • Parejas casuales / ocasionales • Pareja cliente: trabajo sexual o sexo transaccional

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024.

3.2.3 Examen Físico

Durante la evaluación se requiere una actitud profesional, para que el usuario acepte el examen físico de sus órganos genitales y área anal. Para ello es necesario considerar los siguientes aspectos:

- Disponer de un ambiente privado.
- Explicar los objetivos del examen físico (áreas anatómicas a examinar) y técnicas de evaluación que se utilizarán.
- Mantener interacción entre el personal médico, profesionales de enfermería y especialidad materno infantil con el usuario (aclarando dudas si es necesario).
- En el caso de atención de un usuario menor de edad o en situación de riesgo social, asegurarse de contar con la presencia del responsable y/o personal de salud para garantizar la integridad del niño, niña y adolescente.
- Si la usuaria o el usuario negase el permiso de realizar el examen físico, deberá documentarse en el expediente clínico.

Cuadro 3. Signos clínicos a identificar en el examen físico

Región a examinar	Signos clínicos
Boca y faringe	Placas blanquecinas, úlceras, vesículas o lesiones exofíticas
Cuello y cabeza	Adenopatías cervicales y presencia de masas
Piel del tórax anterior/posterior y del	Rash o erupción cutánea
Región axilar e inguinal	Nódulos linfáticos agrandados (bubones)
Miembros superiores e inferiores	Presencia de máculas y pápulas palmo-plantares
Pene (prepucio, glande y meato uretral)	Úlceras, verrugas, vesículas, alteraciones de color de la piel y secreción uretral, parásitos en el vello púbico, edema
Escroto, testículos, cordón espermático, epidídimo y próstata	Dolor a la palpación, irregularidades, edema, engrosamiento, posición del testículo dentro del saco escrotal, elevación o rotación testicular, tumefacción escrotal al aumentar la presión intraabdominal
Región perianal y ano	Úlceras, verrugas, vesículas, exudado, erosiones, laceraciones y masas/protuberancias anales
Vulva y vagina	Úlceras, verrugas, vesículas, flujo vaginal, alteraciones del color de la piel y flujo uretral, parásitos en el vello púbico
Órganos genitales internos (mujer)	Examen pélvico interno con tacto bimanual para verificar forma, tamaño y posición del útero y anexos en busca de masas uterinas y exploración con espejulo para verificar la naturaleza del flujo vaginal, cervicitis purulenta y/o erosiones, úlceras, verrugas, entre otras

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS 2024

Anexo 2. Flujograma del síndrome de secreción uretral en hombres.

Anexo 3. Flujograma del Síndrome de flujo vaginal.

Anexo 4. Flujograma del síndrome de úlcera genital.

3.2.3 Consejería y orientación

Todo usuario con diagnóstico o sospecha clínica de ITS, debe ser atendido por personal de salud capacitado, referido para seguimiento y otras actividades de prevención (búsqueda de parejas/contactos sexuales), lo cual debe registrarse en el expediente clínico de acuerdo con lo establecido en los *Lineamientos técnicos de consejería en ITS/VIH*, vigentes.

Además, debe ser referido a entrevista con personal de enfermería, para seguimiento y actividades de promoción, lo cual deberá quedar registrado en la nota de enfermería:

a) Promoción de la salud

Durante la consejería se sensibilizará al usuario sobre la importancia de conservar la salud, estilos de vida saludable, autocuidado, no automedicación, así como habilidades y capacidades para tomar decisiones informadas y responsables respecto a la salud, como parte de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos.

b) Cambio de la conducta sexual

Una conducta de alto riesgo expone a las personas a fluidos potencialmente infectantes (semen, líquido preeyaculatorio, fluidos vaginales, menstruación, entre otros). Por lo tanto, el cambio a una conducta de bajo riesgo es una forma de prevenir las infecciones futuras. Siendo estas: reducción del número de parejas sexuales, el ritmo de cambio de parejas sexuales, la abstinencia sexual, la fidelidad mutua, entre otras.

c) Uso de condones y lubricantes

El uso persistente y consistente de condones masculinos y/o femeninos utilizados con lubricantes a base de agua, puede reducir el riesgo de infección y transmisión de las ITS, si se utilizan correcta y consistentemente. Se debe seguir lo establecido en los *Lineamientos técnicos para la provisión de condones masculinos, femeninos y lubricantes a base de agua en el Sistema Nacional Integrado de Salud* vigentes.

d) Uso de otros métodos de barrera

e) Se debe informar a los usuarios de otros métodos de prevención existente, como el uso de la manta de látex para las prácticas oro-anales (anilingus), oro-vaginales (cunnilingus) y prácticas oro-penianas (felación).

f) Práctica sexual

Es importante explicar que algunas prácticas sexuales tienen un mayor riesgo de infección, como las prácticas coitales receptivas o penetrativas: orales, anales y vaginales (cuando no se usa condón y no es la pareja habitual). Otras representan menor riesgo, como la masturbación, frotamiento y otras prácticas no penetrativas, donde no existe exposición a fluidos potencialmente infectantes.

g) Higiene personal

Se promoverá activamente la práctica diaria de higiene de las áreas genital y anal como parte del autocuidado.

3.2.4 Plan de reducción de riesgos

Una vez que se ha identificado el nivel de riesgo, el usuario debe recibir asistencia para trabajar el plan de reducción de riesgo:

- a) Limitar las relaciones sexuales a una pareja exclusiva.
- b) Usar en forma correcta y consistente el condón masculino o femenino y lubricante a base de agua, en cada práctica sexo-coital, así como las mantas o barreras de látex.
- c) Promover la no auto medicación e incentivar la consulta de forma oportuna.
- d) Retrasar en la medida de lo posible, el inicio de las prácticas sexo-coitales en los preadolescentes y adolescentes.

Las personas deben recibir información sobre la importancia de que sus parejas/contactos sexuales reciban atención médica, asegurándoles que toda la información será confidencial y

reafirmando la importancia del abordaje, debe cumplirse con lo establecido en los *Lineamientos técnicos para la búsqueda de contactos VIH e ITS* vigentes.

4. Manifestaciones clínicas de las ITS

Dentro de las ITS las manifestaciones clínicas comprometen, mayormente las áreas genital y anal, en muchos casos tienen manifestaciones extra genitales y sistémicas.

4.1 Gonorrea

4.1.1 Definición de caso

- Caso sospechoso:** toda persona que presente secreción muco-purulenta a través de la uretra masculina o cérvico vaginal, anal u oral. En recién nacidos, se incluye abscesos en cuero cabelludo y conjuntivitis. También considerar afecciones oculares, osteomusculares o dermatológicas (extra genital) además de las definidas previamente.
- Caso confirmado:** todo caso sospechoso donde se detectan diplococos Gram negativos intracelulares y extracelulares con la coloración de Gram o se aislé en el cultivo *Neisseria gonorrhoeae* o mediante la técnica de PCR según disponibilidad institucional.
- Caso a notificar al sistema VIGEPES:** Caso confirmado en vigilancia individual.

4.1.2 Diagnóstico de laboratorio: para *Neisseria gonorrhoeae* (Anexo 5. Diagnóstico de laboratorio de *Neisseria gonorrhoeae* y Uretritis no gonocócica).

4.2 Tratamiento

Tabla 1. Manejo clínico terapéutico de Gonorrea

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Gonorrea no complicada de cérvix, uretra, recto y oro faríngeas	Adultos y Adolescentes	Ceftriaxona	1 g vía IM. Dosis única.	Monoterapia: Cefixima	400 mg VO. Dosis única
		Doxiciclina (Recomendado en manejo sintromico de coinfección con Clamidia)	100 mg VO c/ 12 horas por 7-10 días	Terapia combinada: Cefixima + Azitromicina	400 mg VO. Dosis única + 1 gr VO (dosis única)
	Neonato (Asintomático y expuesto, Oftalmia neonatorum) *	Cefotaxima	100 mg/kg IV. Dosis única.		
	Niños (después del periodo neonatal) Hasta 45kg	Ceftriaxona	125 mg IM dosis única.	Cefixima	8mg/kg VO. Dosis única.
	Niños de 45 kg o más.	Ceftriaxona	1 g IM. Dosis única.	Cefixima	400 mg VO. Dosis única.
	Embarazo y lactancia	Ceftriaxona	1g vía IM. Dosis única		

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024

4.2 Chancroide

4.2.1 Definición de caso

- a) **Caso sospechoso:** toda persona que presente pápulas, pústulas, o úlceras dolorosas en área genital o perianal, siendo esta úlcera de bordes socavados e irregulares, húmeda con fondo sucio y/o tumefacción dolorosa y supuración de los ganglios linfáticos en la zona afectada.
- b) **Caso a notificar al sistema VIGEPES:** caso sospechoso en vigilancia agrupada

4.2.2 Diagnóstico: clínico.

4.2.3 Tratamiento

Tabla 2. Manejo clínico terapéutico de chancroide (chancro blando)

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Chancroide (chancro blando)	Adultos y Adolescentes	Ciprofloxacina	500 mg VO. C/12 horas por 7 días	Claritromicina	500 mg VO c/ 12 horas por 7-14 días
				Ceftriaxona	1 gr IM. dosis única
	Pediatría	Ceftriaxona	50 mg/Kg/dosis IM. Dosis única	Claritromicina	15 mg/Kg/día VO. c/12 horas por 7-10 días
	Embarazadas	Azitromicina	1 g VO dosis única	Ceftriaxona	1 g IM. Dosis única

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024

4.3 Sífilis

4.3.1 Definiciones de caso

4.3.1.1 Sífilis materna:

- a) **Caso sospechoso:** Toda embarazada, puérpera o hasta un mes posterior al aborto, con evidencia clínica de sífilis (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria).
- b) **Caso confirmado:** Todo caso sospechoso con prueba treponémica reactiva (pruebas treponémicas rápidas) o prueba no-treponémica reactiva independientemente de la titulación.
- c) **Caso a notificar al sistema VIGEPES:** Caso confirmado en vigilancia individual.

4.3.1.2 Sífilis congénita:

- a) **Caso sospechoso:** Recién nacido, mortinato o muerte fetal⁴ de más de 20 semanas de gestación, de una madre con signos o síntomas sugestivos de Sífilis materna con prueba

treponémica reactiva o prueba no treponémica reactiva (desde reactivo débil). Sin haber recibido tratamiento médico.

- b) **Caso a notificar al sistema VIGEPES:** Caso sospechoso en vigilancia individual
- c) **Caso confirmado clínico de sífilis congénita:** Recién nacido o mortinato o muerte fetal de más de 20 semanas de gestación, de una madre con sífilis en el embarazo (desde reactivo débil), que no ha recibido tratamiento, o que fue inapropiado/incompleto, independientemente de los signos, síntomas y de las pruebas serológicas del lactante.
- d) **Caso a notificar al sistema VIGEPES:** Caso sospechoso en vigilancia individual.

4.3.1.3 Tratamiento

Tabla 3. Manejo clínico terapéutico de acuerdo con la condición de la madre

Etiología	Madre	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis
Sífilis congénita	Madre con serología para sífilis reactiva (P.R.S. o RPR) con tratamiento completo	Recién nacido expuesto con P.R.S. reactiva y RPR cuantitativa reactiva //	Penicilina sódica	50,000 UI/Kg /dosis I.V. cada 12 horas en menores de 7 días y luego a partir del octavo día cada 8 horas hasta completar 14 días Si el tratamiento se interrumpe en cualquier momento por más de 24 horas, se debe reiniciar la pauta completa
	// Madre con serología para sífilis reactiva (P.R.S. o RPR) con tratamiento completo	Recién nacido expuesto con P.R.S. reactiva y RPR cuantitativa no reactiva	Penicilina benzatinica	50,000 UI /Kg //IM una sola dosis.
	Madre con serología para sífilis reactiva (P.R.S. o RPR) con tratamiento incompleto o sin tratamiento que cumpla definición de caso	Recién nacido	Penicilina sódica	50,000 UI/Kg /dosis I.V. cada 12 horas por 7 días y luego a partir del octavo día cada 8 horas hasta completar 14 días Si el tratamiento se interrumpe en cualquier momento por más de 24 horas, se debe reiniciar la pauta completa

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, 2024

4.3.2 Sífilis adquirida y no especificada

Los estadios clínicos de la sífilis son: primaria, secundaria, latente y terciaria.

4.3.2.1 Sífilis primaria

- a) **Caso sospechoso:** toda persona que presente uno o más de los siguientes signos y/o síntomas: úlcera única o indolora en pene, cuello uterino, labios vulvares, área perianal, recto, faringe, lengua, labios, más presencia de ganglios linfáticos regionales indoloros.
- b) **Caso confirmado:** Caso sospechoso con prueba treponémica reactiva y prueba no treponémica reactiva.
- c) **Caso a notificar al sistema VIGEPES:** Caso confirmado en vigilancia individual (codificar como Sífilis adquirida y no especificada)

4.3.2.2 Sífilis secundaria

Ver Anexo 6. Manifestaciones clínicas de sífilis primaria y secundaria.

- a) **Caso sospechoso:** toda persona que presente en un periodo de 2 a 8 semanas después de la curación espontánea de la úlcera manifestaciones de lesiones en piel y mucosas: rash, pústulas, pápulas, Linfadenopatía, condilomas planos.
- b) **Caso confirmado:** Caso confirmado en vigilancia individual, con prueba treponémica reactiva y prueba no treponémica reactiva (codificar como Sífilis adquirida y no especificada)
- c) **Caso a notificar al sistema VIGEPES:** Caso confirmado en vigilancia individual.

4.3.2.3 Tratamiento

Tabla 4. Manejo clínico terapéutico de sífilis primaria y secundaria

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Sífilis primaria y secundaria	Adultos y Adolescentes	Penicilina benzatínica	2.4 millones de UI, IM. En dosis única (1.2 millones de UI en cada glúteo)	Doxiciclina	100 mg VO. c/12 horas por 14 días
				Ceftriaxona	1 g IM ó IV. c/día por 10 días
	Niños hasta 12 años (a partir de los 8 años se pueden buscar otras alternativas terapéuticas). -Investigar sífilis congénita.	Penicilina benzatínica*	50,000 UI/Kg IM. hasta un máximo de 2.4 millones de UI IM, en dosis única		
	Embarazadas	Dar tratamiento como sífilis latente tardía desde reactivo débil*** (igual tratamiento a las parejas)			

* Para niños alérgicos a la penicilina, referir a un nivel de atención superior para desensibilización y tratamiento.

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, 2024

4.3.3 Sífilis latente

Se caracteriza por seroreactividad sin evidencia de enfermedad. Se clasifica como: sífilis latente temprana, sífilis latente tardía y sífilis latente de evolución desconocida.

- a) **Caso confirmado:** Caso confirmado con prueba treponémica reactiva y prueba no treponémica reactiva
- b) **Caso a notificar al sistema VIGEPES:** Caso confirmado en vigilancia individual (codificar como Sífilis adquirida y no especificada).

4.3.3.1 Tratamiento

Tabla 5. Manejo clínico terapéutico de sífilis latente temprana

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Sífilis latente temprana*	Adultos y Adolescentes	Penicilina benzatínica	2.4 millones de UI, IM. En dosis única (1.2 millones de UI en cada glúteo)	Doxiciclina	100 mg VO. c/12 horas por 14 días
				Ceftriaxona	1 g IM o IV. cada día por 10 días
				Claritromicina	500 mg VO. c/12 horas por 7-14 días
	Niños hasta 12 años (a partir de los 8 años se pueden buscar otras alternativas terapéuticas). - Investigar sífilis congénita.	Penicilina benzatínica*	50,000 UI/Kg IM. hasta un máximo de 2.4 millones de UI IM, en dosis única.		
	Embarazadas	Dar tratamiento como sífilis latente tardía desde reactivo débil*** (igual tratamiento a las parejas)			

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, 2024

* Persona con alergia a la Penicilina en quien no se pueda usar ningún tratamiento alternativo, referir a tercer nivel para desensibilización y tratamiento

* Para niños con sospecha de alergia a la penicilina, referir a hospital para desensibilización y tratamiento.

Tabla 6. Manejo clínico terapéutico de sífilis latente tardía o de duración desconocida

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Sífilis latente tardía o de duración desconocida*	Adultos y adolescentes	Penicilina benzatínica*	2.4 millones de UI, IM. Cada semana por 3 semanas (1.2 millones de UI IM. en cada glúteo)	Doxiciclina y referir a medicina interna o Infectología e caso de coinfección con VIH.	100 mg VO c/12 horas por 28 días
					50,000 UI/Kg IM. hasta un máximo de 2.4 MUI IM, administradas cada semana por tres semanas (Dosis total: 150,000 UI/Kg hasta un máximo de 7.2 MUI).
				Embarazadas***	Penicilina benzatínica

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, 2024

* Corresponde a dos frascos de 1.2 MUI c/u para cada aplicación semanal, uno en cada glúteo. En total son 6 frascos de 1.2 MUI para el tratamiento completo

** En caso de sospecha de alergia a penicilina dar referencia a hospital del tercer nivel.

*** En embarazadas: dar tratamiento desde reactivo débil, así mismo dar tratamiento y consejería a la paciente y sus parejas. Ver algoritmo para prevención de la transmisión vertical Sífilis-VIH

4.3.4 Sífilis terciaria

Ver Anexo 7. Estadios y evolución de la sífilis

4.3.4.1 Diagnóstico de laboratorio: Para el diagnóstico de sífilis se utiliza un flujograma que combina pruebas treponémicas y no treponémicas.

Ver: Anexo 8. Serología para sífilis – pruebas treponémicas resultados, diluciones, interpretación y conducta a seguir con el usuario/a y Anexo 9. Pruebas no treponémicas resultados, diluciones, interpretación y conducta a seguir con el usuario/a.

4.3.4.2 Tratamiento

Tabla 7. Manejo clínico terapéutico de neuro-sífilis

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicament o alternativo	Dosis
Neuro Sífilis (Tratamiento hospitalario)	Adultos y adolescentes	Penicilina G cristalina o potásica	18-24 millones de UI IV. c/día (3-4 millones de UI c/4 horas) por 10-14 días, o según criterio clínico.	Ceftriaxona	2g IM o IV c/día por 10-14 días, o según criterio clínico.
	Neuro-sífilis congénita Recién nacido ¹	penicilina sódica	50,000 UI/Kg /dosis I.V. cada 12 horas durante la primera semana de vida y, a partir del octavo día cada 8 horas hasta completar 14 días.		
	hipoacusia neurosensorial Recién nacido ^{2*}	Corticoide (prednisona)	0.5 mg/kg/dosis por vía oral 1 vez al día durante 1 semana, seguida de 0.3 mg/kg/dosis 1 vez al día durante 4 semanas; después de lo cual, se reduce gradualmente la dosis en 2 a 3 meses.		
	Embarazadas*	Penicilina G cristalina o sódica	18-24 millones de UI IV. c/día (3-4MUI c/4 horas) por 10-14 días. o según criterio clínico.		

* Para estos casos se debe solicitar oportunamente interconsulta con neurología y otorrinolaringología, previo a iniciar tratamiento.

** En caso de sospecha de alergia a penicilina dar referencia a hospital del tercer nivel.

4.4 Clamidia

La clamidia es una infección de transmisión sexual frecuente, producida por *Chlamidia trachomatis*, siendo los signos o síntomas similares a la infección por Neisseria gonorrea, por lo que es su diagnóstico diferencial. De acuerdo con los signos y síntomas, la infección por Clamidia puede infectar ojos (recién nacido), la garganta, genitales y/o el recto. Las infecciones oculares, llamadas conjuntivitis, producen enrojecimiento e irritación en el interior de los párpados.

4.4.1 Tratamiento

Tabla 8. Manejo clínico terapéutico de Clamidia

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Clamidia	Adultos y adolescentes	Doxiciclina	100 mg VO. c/12 horas por 7-10 días	Claritromicina	500 mg VO c/12 horas por 7-14 días
				Azitromicina	1 g VO dosis única
	Recién nacido expuesto	Oxitetraciclina (Clorhidrato) + Polimixina B (Sulfato)	0.5% (5 mg/g) + 10,000 U/g Ungüento oftálmico. Dosis única. O de acuerdo con disponibilidad institucional.		
	Tratamiento profiláctico posterior al parto	Azitromicina	20 mg/Kg/día VO. por 3 días	Claritromicina	15 mg/Kg/día VO c/12 horas por 14 días
	Tratamiento neonatal	Azitromicina	20 mg/Kg/día VO. por 3 días	Claritromicina	15 mg/Kg/día VO c/12 horas por 14 días
	Tratamiento del niño	Azitromicina	20 mg/Kg/día VO. por 3 días	Claritromicina	15 mg/Kg/día VO c/12 horas por 14 días
	Embarazadas	Azitromicina	1 gramo VO. Dosis única	Amoxicilina	500 mg VO c/8 horas por 7 días

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024

4.5 Herpes Genital

4.5.1 Definición de caso

- Caso sospechoso:** Toda persona que presente lesiones mucocutáneas en el área genital, oral o perianal, consistente en pequeñas vesículas dolorosas, agrupadas que progresan a úlceras eritematosas.
- Recién nacido expuesto:** hijo de madre que tiene o ha tenido lesiones herpéticas genitales en el momento del parto y no presenta síntomas. Recién nacido sintomático o con lesiones herpéticas en ojos, cerebro o mucosas.
- Caso a notificar al sistema VIGEPES:** Caso sospechoso en vigilancia agrupada.

4.5.2 Diagnóstico: clínico con abordaje sindrómico no hay pruebas de laboratorio. Se realiza PCR para Herpes genital de acuerdo con la disponibilidad institucional.

4.5.3 Tratamiento

Tabla 9. Manejo clínico terapéutico de Herpes genital primer episodio

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Herpes genital primer episodio	Adultos y adolescentes	Aciclovir	400 mg VO c/8 horas por 7-10 días *		
	Pediatría: Ruta del parto	Cesárea electiva, en caso de lesiones activas al momento del parto (vesícula, ulcera y costra)			
	Tratamiento (RN asintomático nacido vía cesaria o vaginal con lesiones visibles características de herpes)	Aciclovir	60 mg/Kg/día c/8 horas por 14 días (con afección SNC, 21 días de tratamiento). Luego como profilaxis secundaria: 300 mg/mt2/dosis VO por 6 meses		
	Tratamiento del niño: 3 meses en adelante	Aciclovir	60 mg/Kg/día c/6 horas por 10 días (hasta dosis de adulto).		
	Embarazadas	Aciclovir	400 mg VO c/8 horas por 7 días Tratamiento permanente desde las 36 semanas hasta el parto		

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024

* El tratamiento debe iniciarse el primer día de apareamiento de las lesiones o durante el pródromo y debe extenderse si la cicatrización no es completa después de 10 días de terapia. Debe hacerse énfasis en que el tratamiento solo sirve para cortar el tiempo del episodio y si es indicado después del primer día de apareamiento de lesiones no es efectivo.

Tabla 10. Manejo clínico terapéutico de herpes recurrente

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Herpes recurrente	Adultos y adolescentes	Episodio: * Aciclovir	400 mg VO c/8 horas por 5 días		
		Supresor**: Aciclovir	400 mg VO c/12 horas como tratamiento permanente**		
	Embarazadas	Aciclovir	400 mg VO. c/8 horas por 5 días		
Herpes recurrente paciente VIH	Adultos y adolescentes	Episodio: Aciclovir	400 mg VO c/8 horas por 5 días	Episodio: Aciclovir	800 mg VO c/12 horas por 5 días
		Supresor: Aciclovir	400-800 mg VO c/12 horas o c/8 horas como tratamiento permanente*	Supresor: Aciclovir	800 mg VO c/8 horas por 2 días
	Embarazadas	Recurrente: Aciclovir	400 mg VO c/8 horas por 5 días		
		Supresor: Aciclovir	400-800 mg VO c/8 horas como tratamiento permanente*		

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, 2024

Tabla 11. Manejo clínico terapéutico de herpes sistémico severo (pediatría)

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Herpes sistémico severo (pediatría)***	Recién nacido expuesto: ruta de parto	Cesárea electiva			
	Tratamiento neonatal	Aciclovir	60 mg/Kg/día c/ 8 horas por 14 días. (Con afección del SNC por 21 días). Luego 300 mg/mt ² /dosis VO, por 6 meses		
	Tratamiento del niño con encefalitis o diseminada grave	Aciclovir	60 mg/Kg/día IV c/ 8 horas por 21 días		

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024

*** Referir a un hospital con atención pediátrica

4.6 Granuloma inguinal (Donovanosis)

4.6.1 Definición de caso

- a) **Caso sospechoso:** todo usuario con lesiones en piel o membranas mucosas de genitales o área perianal, produce úlceras poco profundas con base roja, friable de tejido de granulación, no son dolorosas ni produce adenopatías, estas lesiones pueden extenderse por continuidad hacia abdomen bajo y muslos.
- b) **Caso a notificar al sistema VIGEPES:** Caso sospechoso en vigilancia agrupada.

4.6.2 **Diagnóstico:** puede observarse los cuerpos de Donovan (quistes intracitoplasmáticos en machacado de tejidos o biopsia).

4.6.3 Tratamiento:

Tabla 12. Manejo clínico terapéutico de granuloma inguinal (Donovanosis)

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Granuloma inguinal (Donovanosis)	Adultos y Adolescentes	Doxiciclina	100 mg VO c/12 horas por 3 semanas	Trimetoprim/ Sulfametoxazole	160/800 mg VO c/12 horas por al menos 2 semanas
				Claritromicina	500 mg VO Por al menos 2 semanas
	Pediatría	Claritromicina	15 mg/Kg/día VO c/12 horas por 3 semanas o hasta que desaparezca la lesión*	Trimetoprim/ Sulfametoxazole	8-10 mg/Kg/día VO c/12 horas por tres semanas o hasta que desaparezca la lesión*
	Embarazadas	Azitromicina	1 g VO cada semana, al menos 3 semanas o hasta que desaparezcan las lesiones	Claritromicina	500 mg VO C/ 12 horas por al menos 3 semanas o hasta que desaparezcan las lesiones

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024

* Si persiste la lesión referir a hospital con atención pediátrica.

4.7 Linfogranuloma venéreo

4.7.1 Definición de caso

- Caso sospechoso:** toda persona que presente cualquiera de los siguientes signos o síntomas: presencia de pápula o úlcera dolorosa en la región genital y perineal, con adenopatía inguinal unilateral o bilateral dolorosa o con síndrome anogenital (proctocolitis, destrucción del tabique ano-rectal con fistulización, uretritis y linfadenitis regional).
- Recién nacido expuesto:** hijo de madre con historia de linfogranuloma venéreo, independientemente de la vía del parto. Recién nacido con conjuntivitis entre los 4 y 18 días después del parto.
- Caso a notificar al sistema VIGEPES:** caso sospechoso en vigilancia agrupada.

4.7.2 Diagnóstico: es clínico con abordaje sindrómico. Pruebas de PCR para *Chlamydia trachomatis* según disponibilidad institucional.

4.7.3 Tratamiento

Tabla 13. Manejo clínico terapéutico de Linfogranuloma venéreo

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Linfogranuloma Venéreo	Adultos y Adolescentes	Doxiciclina	100 mg VO. c/12 horas por 21 días	Claritromicina	500 mg VO. c/12 horas por 21 días
	Recién nacido expuesto	Oxitetraciclina (Clorhidrato) + Polimixina B (Sulfato)	0.5% (5 mg/g) + 10,000 U/g ungüento oftálmico. dosis única. O de acuerdo con disponibilidad institucional.		
	Tratamiento profiláctico posterior al parto	Azitromicina	20 mg/Kg/día VO por 3 días	Claritromicina	15 mg/Kg/día VO c/12 horas por 14 días
	Tratamiento neonatal	Azitromicina	20 mg/Kg/día VO por 3 días	Claritromicina	15 mg/Kg/día VO c/12 horas por 14 días
	Tratamiento del niño	Azitromicina	20 mg/Kg/día VO por 3 días	Claritromicina	15 mg/Kg/día VO. c/12 horas por 14 días
	Embarazadas	Azitromicina	1 g VO cada semana por 3 semanas		

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024

4.8 Condilomas o verrugas anogenitales

4.8.1 Definición de caso

- Caso sospechoso:** toda persona que presente lesiones indoloras, protuberancias o crecimientos carnosos exofíticos, múltiple que pueden variar en tamaño, en área genital, oral o perianal.

b) **Caso a notificar al sistema SIMMOW**

4.8.2 Diagnóstico: clínico (por signos y síntomas).

4.9 Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH)

Es la infección más común del tracto reproductivo responsable de una variedad de cánceres y otras afecciones en mujeres y hombres. El VPH puede prevenirse con la disminución de las conductas sexuales de riesgo y mediante la vacunación, antes del inicio de actividades sexuales, de acuerdo con lo establecido en el *Instructivo para la vacunación contra el Virus del papiloma humano* vigente.

A todas las mujeres entre 30 a 59 años, se les debe realizar tamizaje con la prueba de VPH para detectar la infección por el *Virus del Papiloma Humano*, lesiones precancerosas e incluso cáncer cervicouterino (aunque ya hayan sido vacunadas previamente). Para lo cual debe cumplirse lo estipulado en los "*Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cervicouterino y de mama*" vigentes.

En las Clínicas de Vigilancia Centinela de las ITS se realiza prueba de PCR para VPH a la población de alto riesgo, las cuales van específicamente dirigidas a tipificar el genotipo de este agente, ya que esta información caracterice epidemiológica y etiológicamente esta infección. Esto nos permiten tener un perfil de detección diferenciada de VPH, por lo que es imperativo conocer los diferentes genotipos que detecta la prueba:

- a) VPH 16, 18
- b) Virus de Papiloma Humano de alto riesgo 1: VPH 35, 58 y/o 66
- c) Virus de Papiloma Humano de alto riesgo 2: VPH 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 59 y/o 68

Referirse a los *Lineamientos Técnicos para la atención de poblaciones clave en las Clínicas Vigilancia centinela de las infecciones de transmisión sexual*, vigentes.

4.9.1 Diagnóstico

- a) Para las pruebas de captura híbrida, se confirmarán con prueba de DNA Virus para el *Virus del Papiloma Humano* según disponibilidad institucional.
- b) En el caso de la Vigilancia Centinela de las ITS en las Clínicas VICITS se realiza PCR para VPH. Toda prueba con resultado **positivo**, se debe llenar el formulario de tamizaje cérvico uterino por el médico de clínica VICITS y ser **referida** al centro de triaje o a la unidad de colposcopia, según corresponda.

En el caso del ISSS se realiza tamizaje con PCR para el *Virus del Papiloma Humano* en las edades de 30 a 65 años, según lineamiento institucional.

4.9.2 Tratamiento

Tabla 14. Manejo clínico terapéutico de Infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) / Verrugas genitales

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis	
Infección por del Virus Papiloma Humano (VPH) / Verrugas genitales	Adultos y adolescentes	Podofilina al 25% en tintura de Benjuí*	Dos veces por semana. Aplicar cuidadosamente sobre las verrugas preservando el tejido adyacente.			
		No utilizar en embarazadas				
		Ácido Tricloroacético al 80%**	Aplicación semanal hasta desaparecer la lesión	Cauterio bipolar o monopolar para lesiones duras, especial cuidado a nivel de mucosa. Se necesita anestésico local ***	En población general: ácido tricloroacético al 80%*	De aplicación dos veces por semana
	Pediatría: recién nacido expuesto: -Ruta de parto	Cesárea electiva en caso de que parto vaginal no sea viable por múltiples lesiones que aumenten el riesgo de sangrado o lesiones de gran tamaño que obstruyan canal de parto				
Tratamiento del niño	Podofilina al 25% en tintura de benjuí*	Dos veces por día por 3 días Aplicar cuidadosamente sobre las verrugas preservando el tejido normal.	Ácido tricloroacético al 80%	Una vez por semana hasta desaparecer la lesión.		
Embarazada	Ácido Tricloroacético al 80%**	Aplicación semanal hasta desaparecer la lesión	Cauterio bipolar o monopolar para lesiones duras, especial cuidado a nivel de mucosa.	Se necesita anestésico local ****		

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, 2024

*Es tóxica y absorbible por lo que está contraindicada en el embarazo.

**Debe utilizarse en lesiones no queratinizadas y se aplica semanalmente en áreas no mayores de 10 cm. de diámetro.

Es recomendable el lavado del área de aplicación con agua y jabón 3 horas después de la aplicación.

*** Es sumamente erosivo. Para protección contra quemaduras es necesario aplicar bicarbonato de sodio en áreas adyacentes a la lesión.

**** Cauterio bipolar necesita anestesia, no se aplica en lesiones de mucosa, solo si las lesiones fueran muy grandes o extensas se refiere a dermatología y/o ginecología. Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, 2017

5. Otras infecciones del tracto reproductivo (ITR)

5.1 Candidiasis vulvovaginal

5.1.1 Definición de caso:

- Caso sospechoso:** Toda mujer que presente dos o más de los siguientes signos o síntomas: prurito vulvar, irritación, dispareunia, disuria, descarga vaginal, flujo blanquecino de consistencia variable (usualmente tipo requesón), adherido a paredes vaginales y eritema de labios y vulva en la mujer. En el hombre generalmente asintomático.
- Caso confirmado:** todo sospechoso que al examen de laboratorio se le identifique la Cándida a través de un estudio microscópico de secreción al fresco o Punteo de Nugent o con examen directo con KOH al 10% para identificación de las hifas o levaduras o estudio histopatológico del Papanicolau.
- Caso a notificar al sistema SIMMOW**

5.1.2 Diagnóstico de laboratorio: clínico y se puede realizar por frotis de secreción.

5.1.3 Tratamiento

Tabla 15. Manejo clínico terapéutico de Candidiasis vulvovaginal

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Candidiasis vulvovaginal	Adultos y adolescentes (Tratamiento a la pareja)	Clotrimazol vaginal 1%	1 aplicador lleno (5gr) intravaginal cada noche por 7-14 noches	Fluconazol (contraindicado en embarazo)	150 mg VO Dosis única
				Fluconazol (contraindicado en embarazo)	150 mg VO Cada semana por 3 semanas (evaluar en pacientes diabéticas o con inmunosupresión)
	Niñas mayores de 10 años	Clotrimazol vaginal 1%	2 veces al día por 7 días. Uso externo.	Fluconazol	6-12 mg/Kg dosis única
	Niñas menores de 12 años	Clotrimazol vaginal 1% 2 veces al día por 7 días. Uso externo. (NO uso de aplicador).			
	Niñas mayores de 12 años	Clotrimazol vaginal 1%	2 veces al día por 7 días. Uso externo.	Fluconazol	6-12 mg/Kg dosis única
Embarazo y lactancia	Clotrimazol vaginal 1%	Un aplicador lleno (5g) intravaginal cada noche por 7-14 noches			

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024

5.2 Vaginosis bacteriana

5.2.1 Definición de caso

- a) **Caso sospechoso:** toda paciente que presente dos o más de los siguientes signos o síntomas: descargas vaginal color amarillento, secreción profusa, espesa y de olor fétido. En el hombre generalmente es asintomático.
- b) **Caso confirmado:** todo sospechoso que al examen de laboratorio se identifique *Gardnerella vaginalis* o *Mobiluncus* o bacteroides sp., por punteo de Nugent o frotis histopatológico de Papanicolau. En el caso del ISSS también test de liberación de aminas (Prueba de Whiff)
- d) **Caso a notificar al sistema SIMMOW**

5.2.2 Diagnóstico de laboratorio: clínico y con punteo de Nugent.

5.2.3 Tratamiento

Tabla 16. Manejo clínico terapéutico de vaginosis bacteriana

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Vaginosis bacteriana	Adultos y Adolescentes	Metronidazol	500 mg VO C/12 horas por 7 días. Dar tratamiento a la pareja.	Metronidazol gel vaginal 0.75%	1 aplicador lleno (5g) intravaginal una vez al día por 5 días
	Recién nacido expuesto	Oxitetraciclina (Clorhidrato) + Polimixina B (Sulfato) 0.5% (5 mg/g) + 10,000 U/g Ungüento oftálmico. dosis única. De acuerdo con disponibilidad institucional.			
	Niñas	Metronidazol	15-30 mg/Kg/día VO c/8 horas de 5 a 7 días, no exceder de 500 mg /dosis.		
	Embarazo y lactancia	Metronidazol*	500 mg VO c/12 horas por 7 días, igual tratamiento a las parejas	Clindamicina vaginal (de acuerdo con disponibilidad institucional)	al 2% por 7 noches
Metronidazol gel* vaginal 0.75%		Un aplicador lleno (5grs) intravaginal una vez al día por 5 días			

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024

5.3 Tricomoniasis

5.3.1 Definición de caso

- a) **Caso sospechoso:** toda mujer que presente dos o más de los siguientes signos o síntomas: prurito vulvar, ardor, enrojecimiento o dolor en genitales, disuria, con pequeñas petequias o lesiones hemorrágicas de color fresa y secreción profusa, acuosa y color verde-amarillenta de olor fétido. En el hombre generalmente asintomático.

- b) **Caso confirmado:** todo caso sospechoso al que se identifique *Trichomonas vaginalis*, por estudio microscópico de secreciones al fresco o por estudio histopatológico de Papanicolaou.
- c) **Caso a notificar al sistema VIGEPES:** caso sospechoso en vigilancia agrupada.

5.3.2 Diagnóstico: clínico y realizar una secreción al fresco con SSN al 0.9%, donde se reportan la presencia de *Trichomonas vaginalis* y/o punteo de Nugent.

5.3.3 Tratamiento

Tabla 17. Manejo clínico terapéutico de tricomoniasis vaginal

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Tricomoniasis vaginal	Adultos y Adolescentes	Metronidazol	2 gr VO Dosis única; igual tratamiento a las parejas	Metronidazol	500 mg VO c/12 horas por 7 días
	Recién nacido expuesto	Oxitetraciclina (Clorhidrato) + Polimixina B (Sulfato)	0.5% (5 mg/g) + 10,000 U/g ungüento oftálmico. dosis única. De acuerdo con disponibilidad institucional.		
	Niñas	Metronidazol	15-30 mg/Kg/día VO c/8 horas por 5-7 días		
	Embarazo y lactancia	Metronidazol*	500 mg VO c/12 horas por 7 días, igual tratamiento a las parejas	Metronidazol*	2 g VO dosis única, igual tratamiento a las parejas

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024

5.4 Uretritis no gonocócica

5.4.1 Etiología: *Mycoplasma genitalum*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, Herpes simplex virus, adenovirus, bacterias entéricas (en caso de práctica sexual anal).

Período de incubación: de 2 a 7 días.

5.4.2 Manifestaciones clínicas: secreción uretral (no necesariamente de aspecto purulento) y disuria.

5.4.4 Diagnóstico de laboratorio: por PCR de acuerdo con disponibilidad institucional, ver Anexo 5. Diagnóstico de laboratorio de *Neisseria gonorrhoeae* y Uretritis no gonocócica.

6. Otras enfermedades relacionadas con ITS

6.1 Zika

La enfermedad se transmite a través de la picadura de los mosquitos *Aedes Aegypti* (América) y *Aedes albopictus* (Asia y África). Se han reportado casos por transmisión vertical, sexual y transfusión sanguínea.

Se debe dar cumplimiento a lo establecido en los *“Lineamientos Técnicos para la atención integral de personas con Zika, vigentes.*

6.2 Viruela símica (MPOX)

La Viruela símica (CIE-10: B04) es una zoonosis viral, transmitida de animales a humanos, con síntomas parecidos a la viruela, aunque de menor gravedad. Está en riesgo cualquier persona que haya estado en contacto directo o indirecto con un caso sospechoso: persona con lesiones cutáneas, secreciones orales, orina, heces, vómitos, sangre, contacto sexual (contacto íntimo), compartir un espacio común (cualquier persona que haya estado cerca, menos de 2 metros de distancia, con o sin contacto físico con un caso confirmado).

Se debe dar cumplimiento a lo establecido en los *“Lineamientos técnicos para la detección y control de casos de viruela símica, MINSAL, vigentes.*

6.3 Pediculosis púbica

La pediculosis púbica es una infestación parasitaria, de transmisión sexual, producida por el piojo *Pthiruspubis*, llamado también ladilla⁵.

La infestación por piojos púbicos se diagnostica al encontrar una "ladilla" en el vello de la zona púbica o, lo que es menos común, en otras partes del cuerpo. Los piojos púbicos son muy pequeños y se asemejan a los "cangrejos".

6.3.1 Tratamiento

Tabla 17. Manejo clínico terapéutico de pediculosis púbica

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis
Pediculosis púbica	Adultos y Adolescentes	Permetrina 1%	Dejar por 10 minutos, luego lavar con champú durante 4 minutos. Cubrir región púbica, área de los muslos, tronco o axilas. Evitar contacto con el rostro y vagina. Una dosis cada semana por dos semanas. Aplicar medidas higiénicas y profilaxis familiar con Permetrina.
	Pediatría	Permetrina 1%	Dejar por 10 minutos, luego lavar con champú durante 4 minutos. Una dosis cada semana (aplicar medidas higiénicas y profilaxis familiar con permetrina)
	Embarazada	Permetrina 1%	Dejar por 10 minutos, luego lavar con champú durante 4 minutos. Cubrir región púbica, área de los muslos, tronco o axilas. Evitar contacto con el rostro y vagina. (aplicar medidas higiénicas y profilaxis familiar con permetrina)

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024

⁵ Puede consultarse en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/pubic-lice-crabs/symptoms-causes/syc20350300#:~:text=Los%20piojos%20p%C3%BAbicos%2C%20com%C3%BAnmente%20llamados,al%20de%20un%20cangrejo%20peque%C3%B1o.>

6.4 Escabiosis

Es un trastorno de la piel que provoca sarpullido con picazón y se debe a pequeños ácaros aradores llamados *Sarcoptes scabiei*. El signo es la presencia surcos delgados y ondulantes compuestos por pequeñas ampollas o bultos en la piel⁶.

6.4.1 Tratamiento

Tabla 18. Manejo clínico terapéutico de escabiosis

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis
Escabiosis*	Adultos y adolescentes	Permetrina loción 5%	Aplicar a toda la piel limpia desde el cuello hasta los pies. Dejar por 8 a 10 horas durante la noche y repetir en una semana. Evitar contacto con el rostro y vagina.
	Pediatría	Permetrina loción o crema 5% (a partir de 2 meses)	Aplicar a toda la piel limpia desde el cuello hasta los pies. Dejar por 8 a 10 horas durante la noche y repetir en una semana. Evitar contacto con el rostro y vagina.
	Embarazada	Permetrina loción 5%	Aplicar a toda la piel limpia desde el cuello hasta los pies. Dejar por 8 a 14 horas durante la noche. Evitar contacto con el rostro y vagina.

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024.

* En lo posible lavar la ropa personal y de cama de preferencia con agua caliente y secar al sol. Fumigar la vivienda si es necesario. Cortarse las uñas de las manos. Puede necesitarse un segundo ciclo de tratamiento para eliminar parásitos remanentes. Asolear el colchón o tija de lona. Evaluar al núcleo familiar y tratarlo.

6.5 Molusco contagioso

El molusco contagioso es una infección cutánea bastante común causada por un virus. Causa bultos redondos, firmes e indoloros que varían en tamaño, pueden ser tan pequeños como la cabeza de un alfiler y tan grandes como una goma de borrar de un lápiz. Si los bultos sufren rasguños o lesiones, la infección puede propagarse a la piel circundante. El molusco contagioso también se trasmite a través del contacto entre personas y del contacto con objetos infectados⁷.

6.5.1 Tratamiento

Por lo general, la infección por molusco contagioso mejora sin tratamiento en el plazo de 6 meses a 2 años. Deja de ser contagioso una vez que desaparecen las protuberancias, no obstante, es posible reinfectarse. En el caso de una enfermedad generalizada o grave, se debe dar referencia a dermatología a fin de analizar distintas opciones para extirpar las protuberancias⁸.

El tratamiento puede incluir uno de estos enfoques o una combinación de ellos:

1. Retirar de manera mecánica (lancetas, bisturí, entre otros).

⁶ <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/scabies/symptoms-causes/syc-20377378>

⁷ <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/molluscum-contagiosum/symptoms-causes/syc-20375226>

⁸ <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/molluscum-contagiosum/diagnosis-treatment/drc-20375230>

2. Retirar a través de electrofulguración.
3. Si son muy grandes deben de retirarse a través de procedimientos quirúrgicos.

Algunos procedimientos pueden ser dolorosos, por lo que el proveedor de atención médica primero brindar anestesia local. Los posibles efectos secundarios del tratamiento son sobreinfección y cicatrices.

7. Hepatitis virales

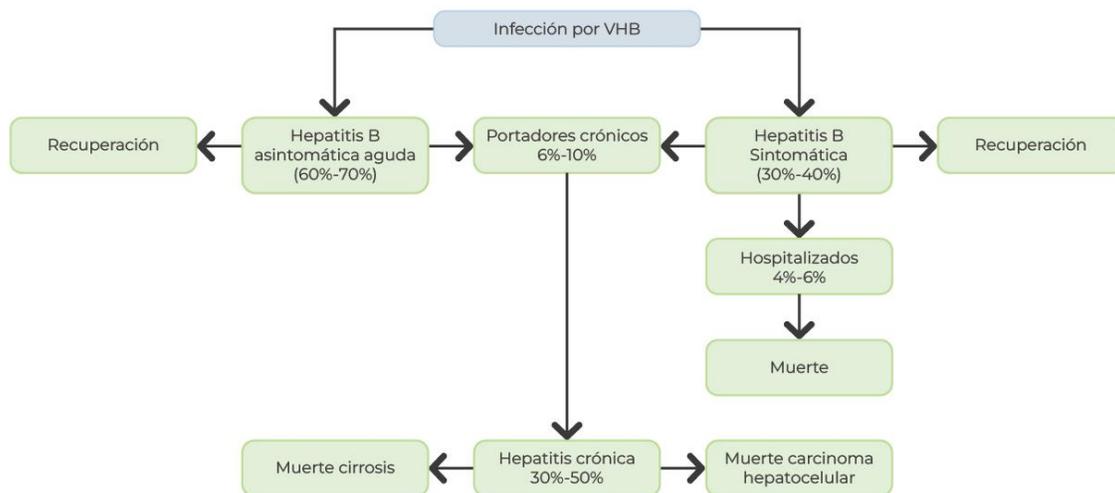
Estos lineamientos están orientados al diagnóstico, manejo y tratamiento de las hepatitis B y C, específicamente por su transmisión sexual.

7.1 Hepatitis B

La hepatitis B es una infección del hígado causada por el virus de la hepatitis B. Dicha infección puede ser aguda (corta y grave) o crónica (a largo plazo). La hepatitis B se puede cronificar y conlleva un alto riesgo de muerte por cirrosis o cáncer de hígado. La enfermedad se puede transmitir a través del contacto con líquidos orgánicos contaminados, como la sangre, la saliva, las secreciones vaginales y el semen. Asimismo, puede existir transmisión vertical en el embarazo.

Grupo de riesgo: Población adulta.

Flujograma 1. Infección por Virus de Hepatitis B



Fuente: Asociación Española de Pediatría (AEPed). (2020). Guía Clínica de la Hepatitis B: Diagnóstico, Tratamiento y Prevención. Asociación Española de Pediatría (AEPed). Puede consultarse en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/hepatitisB.pdf>

El virus de la hepatitis B puede sobrevivir fuera del cuerpo humano durante al menos 7 días. Durante este periodo puede seguir infectando si penetra en el organismo de una persona no vacunada. El periodo de incubación de este virus oscila entre 30 y 180 días. El virus, que se

puede detectar entre 30 y 60 días después de la infección, puede persistir y dar lugar a una hepatitis B crónica, sobre todo si el contagio se ha producido durante la lactancia o en la infancia.

7.1.1 Prevención:

- a) Uso consistente y persistente de condones.
- b) No compartir agujas.
- c) Realizar actividades de colocación de perforaciones, tatuajes, entre otros de manera segura.

Es una enfermedad inmunoprevenible que tiene disponible un esquema de vacunación que es de obligatorio cumplimiento para el personal que labora los establecimientos de salud del SNIS. La vacuna utilizada en el país es la hepatitis B, la pentavalente y la hexavalente. El Esquema Nacional de Vacunación a cumplir será determinado por el MINSAL.

Se debe dar cumplimiento a lo establecido en los “*Lineamientos técnicos para la prevención y control de las enfermedades inmunoprevenibles*”⁹, MINSAL, vigentes.

7.1.2 Definición de caso

Cuadro 4. Definición de caso hepatitis B

Definición de casos	Hepatitis B aguda	Hepatitis B crónica
Caso sospechoso	Aparición de una enfermedad aguda inespecífica con signos o síntomas de infección (fiebre, malestar general y cansancio), con manifestaciones de daño hepático, que puede ser clínico (anorexia, náuseas, ictericia, coluria, hepatomegalia dolorosa), o bioquímicas (aumento de la concentración de ALT persistentemente elevada).	Personas con alteraciones en ALT (aumento de la concentración de ALT persistentemente elevada o que presente cualquiera de los siguientes diagnósticos: Cirrosis o fibrosis, hepatopatía crónica, cáncer hepático.
Caso confirmado	<p style="text-align: center;">Criterio clínico y/o tamizaje + Detección de antígeno de superficie (Ags) a través de Prueba rápida para VHB + Carga viral detectable</p> <p>En donantes de Banco de Sangre la detección inicia con ELISA/CORE para VHB y se confirma con una carga viral</p>	<p style="text-align: center;">Criterio clínico + Detección de antígeno de superficie (Ags) a través de Prueba rápida para VHB + Carga viral detectable</p> <p>En donantes de Banco de Sangre la detección inicia con ELISA/CORE para VHB y se confirma con una carga viral</p>

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024

Caso a notificar al sistema VIGEPES: Caso confirmado en vigilancia individual

7.1.3 Diagnóstico: el diagnóstico de Hepatitis B se realiza en base al algoritmo diagnóstico vigente que combina pruebas de detección de antígeno de superficie (ELISA/CORE_o pruebas

⁹https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaprevencionycontroldelasenfermedadesinmuno-prevenibles-Acuervo-1583_v2.pdf

rápidas) y se confirma con una prueba de carga viral por PCR (reacción en cadena de la polimerasa).

Las pruebas diagnósticas establecidas en el país son las recomendadas por OMS y validadas por el Laboratorio Nacional de Referencia, para su armonización en la red de servicios de salud.

El índice APRI es el método más simple y fácil para hacer una valoración pronóstica sobre la progresión de la enfermedad durante la consulta médica. Se trata de un índice que considera el número de veces en que el valor normal máximo de la AST (también conocida por las siglas GOT, ASAT, TGO o SGOT) se encuentra duplicado y este número de veces es multiplicado por 100, después, el resultado es dividido por el número de plaquetas. Un índice APRI mayor de 2.0 significa cirrosis o cirrosis descompensada, independientemente del nivel de: ALT, HBeAg, DNA-VHB.

Para realizar el cálculo¹⁰:

$$\text{APRI} = \frac{\frac{\text{Nivel de AST (IU/L)}}{\text{Límite superior normal de AST (IU/L)}}}{\text{Conteo de plaquetas (10}^9\text{/L)}} * 100$$

Para el manejo de usuarios es importante realizar otros exámenes de laboratorio y de gabinete (USG, creatinina, hemograma y conteo de plaquetas) recomendados para esta patología, por lo cual el paciente se debe referir a la especialidad correspondiente (medicina interna, gastroenterología y/o infectología).

Se debe hacer tamizaje de hepatitis B a toda persona con las siguientes características:

- a) Personas con alto riesgo por sus prácticas sexuales sin métodos de barrera.
- b) Accidentes laborales.
- c) Confirmación de agresión sexual penetrativa.
- d) Personas con coinfección VIH, VHC.
- e) Personas con hepatopatías (cirrosis, cáncer hepático).
- f) Pacientes renales crónicos.
- g) Embarazadas.
- h) Personas receptoras de procedimientos invasivos médicos, odontológicos o cosméticos sin control de infecciones.

7.1.4 Prestación de servicios

- a) En los establecimientos que cuentan con bancos de sangre, los datos del donante confirmados a VHB, deben ser enviados al referente de Epidemiología del hospital (donde está ubicado el banco de sangre), para su notificación, así como la búsqueda a través de los referentes de epidemiología de las regiones y a los SIBASI, para su atención médica respectiva.
- b) Los donantes con prueba confirmada de VHB, se vuelven pacientes y deben ser referidos a la consulta de medicina interna o a la Clínica de Atención Integral en VIH, si fuera necesario realizar interconsultas con Gastroenterología, Infectología o con personal médico

10 Referirse a: <http://www.hepatitisc.uw.edu> o <https://www.mdcalc.com/calc/3094/ast-platelet-ratio-index-apri> // <https://www.hepatitisc.uw.edu/go/evaluation-staging-monitoring/evaluation-staging/calculating-apri>

capacitado en el manejo de Hepatitis B para atención y tratamiento.

- c) Todo usuario confirmado para VHB en el Primer Nivel de Atención, debe ser referido a la consulta externa del hospital de su área geográfica, para evaluación y tratamiento médico con la especialidad correspondiente (medicina interna, gastroenterología y/o infectología).

7.1.5 Tratamiento

Para el tratamiento de hepatitis B aguda es importante tomar en cuenta lo siguiente:

- Todo usuario con hepatopatía deberá ser referido con la especialidad correspondiente (medicina interna, gastroenterología y/o infectología), para su evaluación respectiva y pruebas de seguimiento. En el caso del ISSS serán referidos a medicina interna, o según criterio médico podrán referirse a Infectología.
- Manejo sintomático y vigilancia (95-99% de los adultos con infección aguda se recuperan completamente sin tratamiento).
- Paciente pediátrico (hasta los 10 años): la infección aguda es asintomática. Se brinda manejo sintomático y vigilancia (referir a hospital especializado de atención infantil para el seguimiento).
- Paciente embarazada: realizar interconsulta con especialista del establecimiento de salud y de ser necesario referir a otro establecimiento de mayor complejidad.
- En caso del ISSS el hijo de madre con hepatitis B al nacimiento debe recibir inmunoglobulina hiperinmune para hepatitis B.

7.1.6 Criterios de elegibilidad para el tratamiento de hepatitis B crónica (Cualquiera de los siguientes)

- Para todas las edades: APRI > 2.
- Para adultos mayores de 30 años con APRI menor de 2 con carga viral por arriba de 20,000 UI/ml (evidencia de replicación viral alta) y con niveles de ALT persistente anormales (ALT > 2 veces el límite superior normal).
- Personas menores de 30 años con ALT normal persistente y carga viral menor de 2,000 UI/ml diferir el tratamiento y monitorear.
- Mujer embarazada con VHB crónica o aguda con o sin síntomas el tratamiento está indicado para evitar la reactivación y prevenir TMI.
- Si el usuario no cumple ninguno de los criterios de tratamiento, se recomienda el control cada seis meses con antígeno de superficie (prueba rápida), carga viral, ALT y APRI.
- Para todos los usuarios monitoreo de función renal.
- Otras situaciones especiales: interconsulta o referir a especialista (Medicina Interna, Gastroenterología, Infectología, entre otros).

Tabla 19. Manejo clínico terapéutico de hepatitis B crónica

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis	Medicamento alternativo	Dosis
Hepatitis B Crónica	Adultos	Tenofovir Disoproxil Fumarato (TDF)	300 mg. una vez al día de por vida	Tenofovir Alafenamida	25 mg una vez al día*

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, 2024

*El tratamiento para la Hepatitis B es de tiempo indefinido y debe administrarse de por vida.

Seguimiento durante el tratamiento

- a) Control cada tres meses o de acuerdo con la condición clínica.

- b) Evaluar con Transaminasas de acuerdo con criterio médico.
- c) Brindar consejería en medidas de prevención y adherencia.

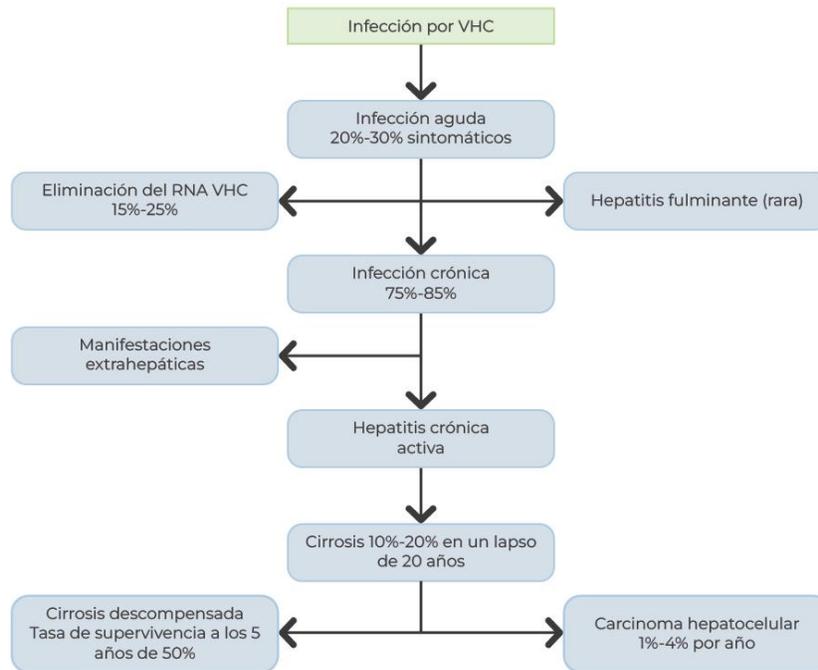
7.2 Hepatitis C

Se transmite principalmente por uso de jeringas contaminadas (compartir agujas) y transmisión sexual, sin protección, principalmente en las prácticas sexuales penetrativas anales.

Factores de riesgo para la infección por el virus de la hepatitis C:

1. Exposición por accidente con aguja en personal de los establecimientos de salud.
2. Historia de consumo de drogas inyectadas.
3. Contacto sexual con paciente infectado con el virus de la hepatitis C.
4. Transfusiones de sangre y trasplante de órganos antes de 1992.
5. Múltiples compañeros sexuales.
6. Tratamiento con factores de la coagulación por hemofilia antes de 1987.
7. Hemodiálisis.
8. Tatuajes, perforaciones.
9. Hijo de madre con anticuerpos contra el virus de la hepatitis C.
10. Cirugías (por sospecha alta de infección por VHC).

Flujograma 2. Infección por Virus de Hepatitis C



Fuente: Juan Carlos Restrepo Gutiérrez, Ana Isabel Toro Montoya. Medicina & Laboratorio 2011. Volumen 17, Números 9-10. Programa de Educación Médica Continua Certificada Universidad de Antioquia. Edimeco.

La hepatitis C es una enfermedad del hígado causada por el virus del mismo nombre, con un periodo de incubación: de 2 a 24 semanas (6 meses) y en promedio de 6 a 9 semanas, siendo la infección crónica que puede persistir hasta por 20 años antes de la aparición de cirrosis o hepatocarcinoma.

7.2.1 Prevención

- a) Uso consistente y persistente de condones.
- b) No compartir agujas.
- c) Realizar actividades de colocación de piercing, tatuajes, entre otros de manera segura.
- d) Vacunación contra hepatitis B a todo caso probable de hepatitis C.

7.2.2 Definición de caso

Cuadro 5. Definición de caso de Hepatitis C

Definición de casos	Hepatitis C aguda	Hepatitis C crónica
Caso sospechoso	Aparición de una enfermedad aguda inespecífica con signos o síntomas de (fiebre, malestar general y cansancio), con manifestaciones de daño hepático, que puede ser clínico (anorexia, náuseas, ictericia, coluria, hepatomegalia dolorosa), o bioquímicas (aumento de la concentración de ALT persistentemente elevada).	Personas con alteraciones persistentes en ALT o que presente cualquiera de los siguientes diagnósticos: que presente cualquiera de los siguientes diagnósticos: Cirrosis o fibrosis, hepatopatía crónica, cáncer hepático.
Caso confirmado	<p style="text-align: center;">Criterio Clínico + Detección de anticuerpos a través de: Prueba rápida para VHC + Carga viral detectable</p> <p>En donantes de Banco de Sangre la detección es a través de ELISA para VHC</p>	<p style="text-align: center;">Criterio Clínico + Detección de anticuerpos a través de: Prueba rápida para VHC + Carga viral detectable</p> <p>En donantes de Banco de Sangre la detección es a través de ELISA para VHC</p>

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024

Caso a notificar al sistema VIGEPES: Caso confirmado en vigilancia individual

6.6.2.3 Diagnóstico

El diagnóstico de hepatitis C se realiza en base al algoritmo diagnóstico vigente que combina pruebas de detección de anticuerpos (Elisa o pruebas rápidas) y se confirma con una prueba de carga viral por PCR (reacción en cadena de la polimerasa).

7.2.4 Prestación de servicios:

- a) En los establecimientos que cuentan con bancos de sangre, los datos del donante confirmados a VHC, deben ser compartidos al referente de epidemiología del hospital (donde está ubicado en banco de sangre), para su notificación, así como la búsqueda a través de los referentes de epidemiología de las regiones y a los SIBASI, para su atención medica respectiva.
- b) Los donantes con prueba confirmada de VHC, se vuelven pacientes y deben ser referidos a

la Medicina Interna o a la Clínica de Atención Integral en VIH, si fuera necesario realizar interconsultas con Gastroenterología, Infectología o con personal médico capacitado en el manejo de Hepatitis C para atención y tratamiento.

- c) Todo usuario confirmado para VHC en el primer nivel de atención, debe ser referido a la consulta externa del hospital de su área geográfica, para evaluación y tratamiento médico con la especialidad correspondiente (medicina interna, gastroenterología y/o infectología).

7.2.5 Evaluación pretratamiento

- a) Evaluar fibrosis y daño hepáticos, según índice APRI (ver cálculo de APRI en sección de Hepatitis B)
- b) Evaluar Comorbilidades y medicamentos de uso crónico: medicamentos contraindicados. (Anexo 10)
- c) Descartar embarazo.
- d) En caso de coinfección con VHB o VIH, deben ser referidos a la Clínica de Atención Integral o en su defecto a medicina interna, gastroenterología, infectología o médico capacitado en el manejo de hepatitis C para atención y tratamiento.

7.2.6 Indicaciones de tratamiento

- a) Personas con Anticuerpos positivos y carga viral detectable.
- b) Carga viral basal para inicio de tratamiento.
- c) Mayor de 18 años con diagnóstico de infección independientemente de su estadio.
- d) Paciente sin cirrosis y con cirrosis compensada.
- e) No hay contraindicación para el período de lactancia (excepto ante lesiones en pezones).

7.2.7 Diferir/considerar tratamiento

- a) Para embarazadas no hay esquemas con seguridad conocida durante el embarazo.
- b) Se sugiere brindar tratamiento previo a la concepción o posterior al parto.
- c) Paciente con hepatocarcinoma, fuera de protocolo.
- d) Persona con hepatopatía crónica descompensada (evaluación por gastroenterología).
- e) Paciente pediátrico (hasta los 10 años): Se brinda manejo sintomático y vigilancia (referir a hospital especializado de atención infantil para el seguimiento).

Tabla 20. Manejo clínico terapéutico de hepatitis C

Etiología	Paciente	Medicamento recomendado	Dosis
Hepatitis C	Adultos	Sofosbuvir / Velpatasvir 400/100 mg (comprimidos recubiertos)	Una tableta VO cada día por 12 semanas*

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, 2024

* En caso de coinfección con tuberculosis, diferir tratamiento de VHC. Revisar Anexo 10 Interacciones Farmacológicas.

7.2.8 Seguimiento durante el tratamiento

- a) Control cada mes con médico tratante.
- b) Evaluar con Transaminasas de acuerdo con criterio médico.
- c) Brindar consejería en medidas de prevención y adherencia.

7.2.9 Seguimiento posterior al tratamiento

- a) Citar 3 meses posterior a tratamiento, con resultado de carga viral.
- b) Manejar medidas de prevención para evitar reinfección.
- c) Dar alta con resultados de carga viral indetectable, en caso daño hepático, seguimiento por especialista.

Para todas las patologías referirse al Anexo 11. Codificación estadística para identificar la Clasificación CIE-10 correspondiente. Y, en anexo 12 encontrará el cuadro de manifestaciones clínicas de ITS y hepatitis virales.

V. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal técnico y administrativo que labora en los establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud, el cumplimiento a los presentes lineamientos técnicos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

b) Revisión y actualización

Los presentes lineamientos técnicos serán revisados y actualizados cuando existan cambios o avances en los tratamientos y abordajes, o en la estructura orgánica o funcionamiento del MINSAL, o cuando se determine necesario por parte del Titular.

c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto por los presentes lineamientos técnicos, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

d) Derogatoria

Dejase sin efecto los "Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual y Hepatitis virales", de fecha 24 días de enero de 2019.

VI. Vigencia

Los presentes lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.
Comuníquese,



Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *ad honorem*

VII Bibliografía

1. Asociación Española de Pediatría (AEPed). (2020). Guía Clínica de la Hepatitis B en Pediatría: Diagnóstico, Tratamiento y Prevención. Asociación Española de Pediatría (AEPed).
2. Coordinación Nacional de Hepatitis Virales Ministerio de Salud Argentina. (2021). Hepatitis Virales Guía para el diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de las hepatitis B y C. Ministerio de Salud.
3. Programa Regional Centroamericano de VIH Centro de Estudios en Salud Universidad del Valle de Guatemala. (2022). PROPUESTA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN PRUEBAS DE VIH INICIADAS POR EL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD (PITC por sus siglas en inglés). Plan Presidencial de Emergencia para el alivio de SIDA (PEPFAR por sus siglas en inglés) a través de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).
4. Terrault NA, Lok ASF, McMahon BJ, et al. (2018). UpToDate. Recommendations for Initial Treatment of Chronic Hepatitis B in Nonpregnant Adults. <https://www.uptodate.com/>
5. Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH e ITS 2022-2026.
6. Protocolo para el tratamiento de la infección gonocócica no complicada en atención primaria" del EOXI de A Coruña. Servicio Gallego de Salud. España.
7. Red Book 2015 report of the committee on Infectious Diseases, 30th edition.
8. Roberts S. Herpes simplex virus: incidence of neonatal herpes simplex virus, maternal screening, management during pregnancy, and HIV. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2009; 21:124.
9. Textbook of pediatric Infectious Diseases.
10. The Harriet Lane Handbook 20th edition.
11. Unemo M, on behalf of the European STI Guidelines Editorial Board. The '2012 European guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults' recommends dual antimicrobial therapy. *Euro Surveill.* 2012;17(47):pii=20323. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20323>
12. Juan Carlos Restrepo Gutiérrez, Ana Isabel Toro Montoya. *Medicina & Laboratorio* 2011. Volumen 17, Números 9-10. Programa de Educación Médica Continua Certificada Universidad de Antioquia. Edimeco.
13. Directrices para la Atención y el Tratamiento de las Personas Diagnosticadas de Infección Crónica por el Virus de la Hepatitis C. Julio 2018. OMS.
14. Olmo Montes, J. S. D. (2014). Protocolo diagnóstico y terapéutico de las úlceras genitales. Unidad Clínica Intercentros de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío. Sevilla. España.
15. The Sanford guide to Hepatitis Therapy. 2016-2017. 2th edition.
16. The Sanford Guide To Antimicrobial Therapy 2023. 53th edition.
17. Abr, 2. (n.d.). Módulos de capacitación para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual. Paho.org. Retrieved May 31, 2024, from <https://www.paho.org/es/documentos/modulos-capacitacion-para-manejo-sindromico-infecciones-transmision-sexual>

18. Abr, 9. (n.d.). Directrices unificadas sobre servicios de pruebas del VIH 2015: Las cinco C: consentimiento, confidencialidad, consejo (asesoramiento), resultados correctos y vinculación con el cuidado. Julio del 2015. Paho.org. Retrieved May 31, 2024, from <https://www.paho.org/es/documentos/directrices-unificadas-sobre-servicios-pruebas-vih-2015-cinco-c-consentimiento>
19. Nov, 30. (n.d.). Directrices unificadas sobre los servicios de detección del VIH para una epidemia cambiante. Paho.org. Retrieved May 31, 2024, from <https://www.paho.org/es/documentos/directrices-unificadas-sobre-servicios-deteccion-vih-para-epidemia-cambiante>

V. Anexos

Anexo 1.

Formulario de evaluación de riesgo

Nombre de usuario: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Población que se evalúa:

- Adolescentes
- Hombres de alta prevalencia
- Trabajador/a del sexo (TS)
- Embarazada
- Población móvil
- Persona privada de libertad
- Persona de alta prevalencia
- Población general

Factores de riesgo:

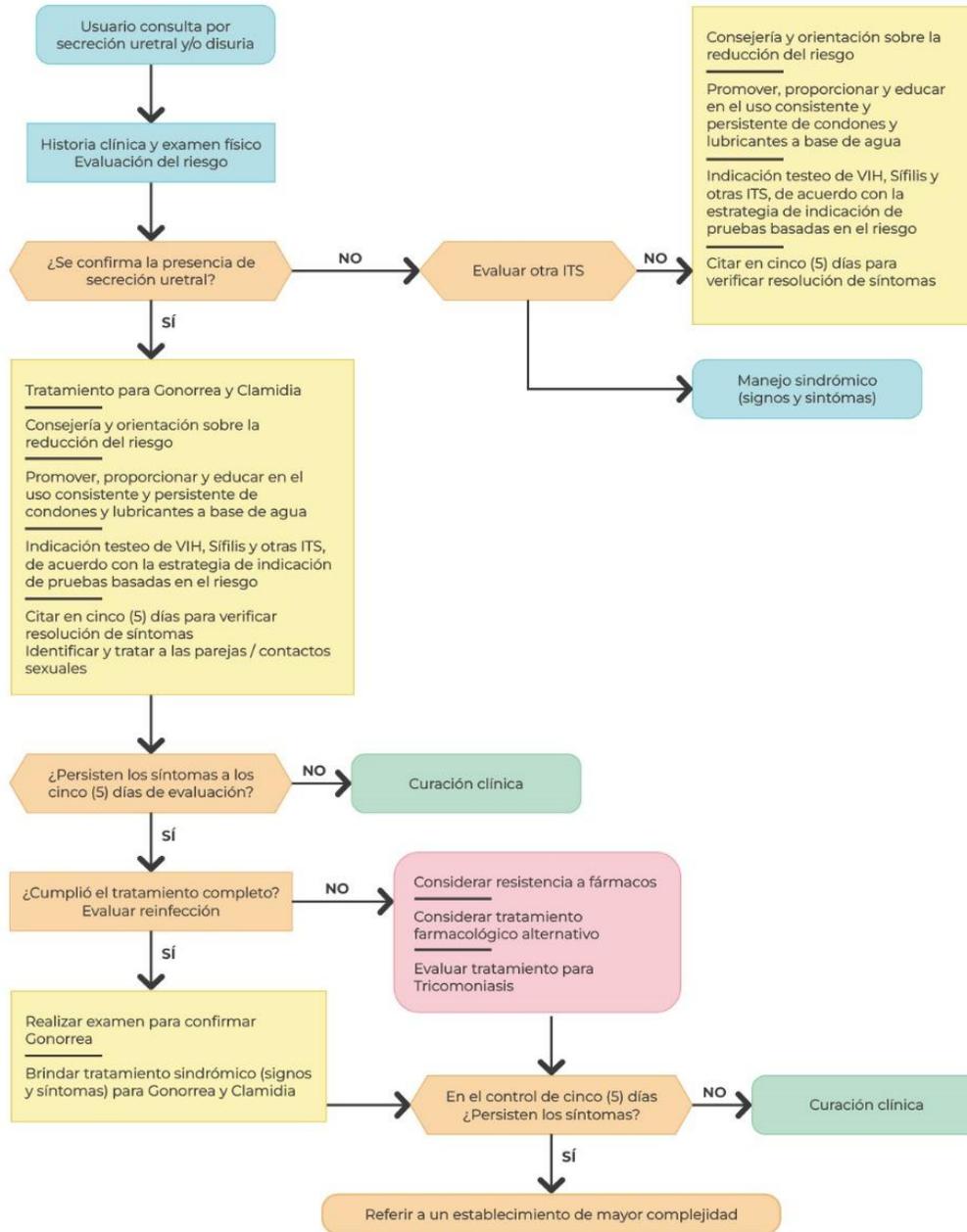
No.	Factor de riesgo*	Sí	No
1	Ha tenido prácticas sexuales de riesgo en los últimos doce meses (no uso de condón, múltiples parejas sexuales, ruptura de condón, uso de drogas y/o alcohol, entre otras)		
2	Sospecha o antecedentes de ITS en los últimos doce meses		
3	Manifiesta o ha manifestado recientemente alguno de los siguientes síntomas: fiebre, diarrea y tos persistente, pérdida de peso, sudoración nocturna		
4	Sospecha o confirmación de agresión sexual, independientemente del tiempo de ocurrencia		

*Con un factor de riesgo seleccionado, ofertar prueba de VIH y otras ITS

Observaciones:

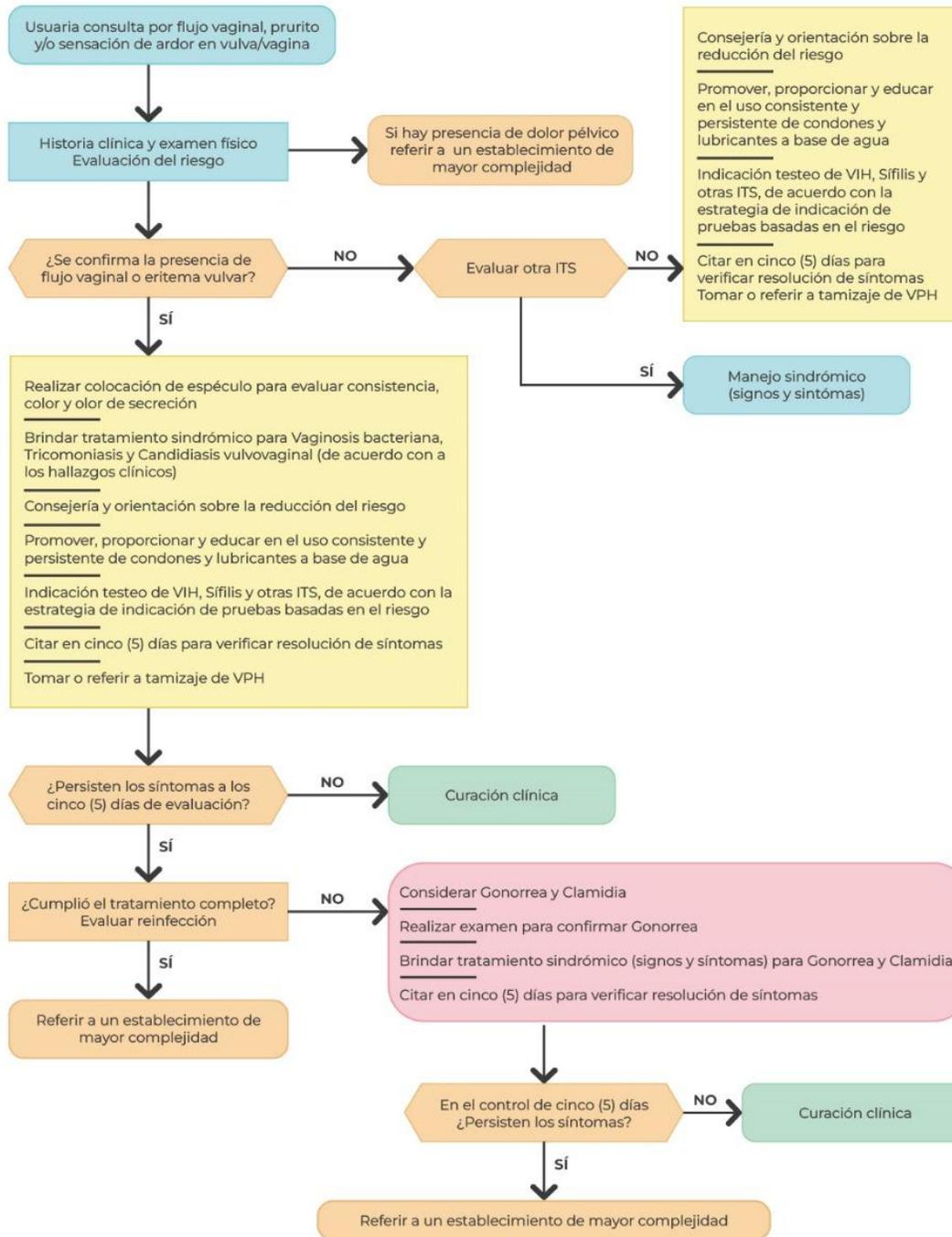
Anexo 2.

Flujograma del síndrome de secreción uretral en hombres



Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024

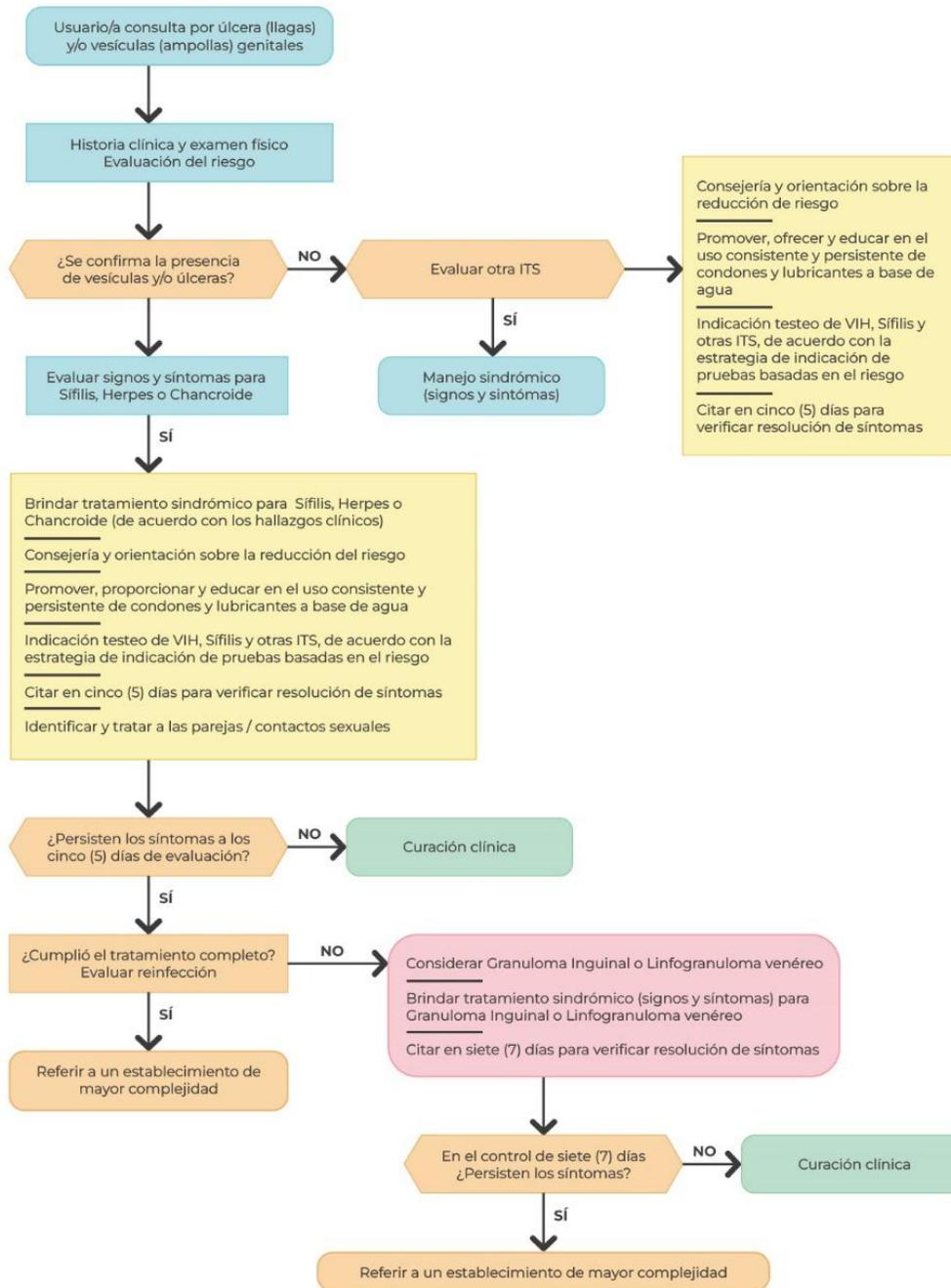
Anexo 3. Flujograma del Síndrome de flujo vaginal



Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024

Anexo 4.

Flujograma del síndrome de úlcera genital



Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024

Anexo 5.

Diagnóstico de laboratorio de *Neisseria gonorrhoeae* y Uretritis no gonocócica

Patología	Sexo	Prueba de laboratorio	Resultado	Interpretación
Gonorrea	Masculino	Coloración de Gram de secreción uretral	Se observan Diplococos gram negativos intra y extracelulares dispuestos en parejas	Diagnóstico de Gonorrea
			No se observan Diplococos gram negativos intra y extracelulares dispuestos en parejas	No es diagnóstico de gonorrea, hacer manejo Síndromico para otros agentes relacionados con secreción uretral, puede ser Uretritis no gonocócica.
	Femenino	Punteo de Nugent de secreción endocervical (vaginosis bacteriana)	Se observan Diplococos gram negativos intra y extracelulares dispuestos en parejas	Diagnóstico de Gonorrea
			No se observan Diplococos gram negativos intra y extracelulares dispuestos en parejas	No es diagnóstico de gonorrea, hacer manejo síndromico para otros agentes relacionados con secreción uretral, puede ser infección no gonocócica.
	Ambos sexos	Cultivo de secreción uretral y endocervical	Se aísla <i>Neisseria g.</i> más patrón de sensibilidad y resistencia antimicrobiana.	Si el cultivo es positivo es Gonorrea
			No se aísla <i>Neisseria g.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Cultivo negativo y Gram positivo es Gonorrea. Cultivo negativo y Gram negativo no es gonorrea Cultivo positivo y Gram negativo es Gonorrea.
		PCR para <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Positivo	Diagnóstico de Gonorrea
			Negativo	<ul style="list-style-type: none"> PCR negativa y Gram positivo es Gonorrea. PCR negativa y Gram negativo no es gonorrea evaluar infección por Uretritis no gonocócica

Fuente: Adaptado por equipo técnico para elaboración de lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual, SNIS, 2024

Anexo 6.

Manifestaciones clínicas de sífilis primaria y secundaria

Piel	Sistema nervioso	Genitales	Síntomas generales	Renal
<p>Rash (Comúnmente afecta palma de manos y planta de pies)</p> <p>Macular Maculo Papular Pustular</p> <p>Condilomas planos Linfadenopatía</p>	<p>Asintomática</p> <p>Sintomática</p> <p>Cefalea Meningitis Alteración de pares craneales</p>	<p>Chancro sifilítico (principalmente en Sífilis primaria)</p> <p>Condilomas planos (plantas de pies, palmas de manos, tórax y espalda)</p> <p>Parches mucosos</p>	<p>Fiebre de origen desconocido Malestar</p> <p>Faringitis, laringitis</p> <p>Anorexia</p> <p>Pérdida de peso</p> <p>Artralgias</p>	<p>Glomerulonefritis</p> <p>Síndrome nefrótico</p>
Boca y faringe	Ojos	Gastrointestinal	Oídos	Osteoarticular
<p>Parches Erosiones Úlceras</p>	<p>Diplopía Alteraciones visuales</p>	<p>Hepatitis Invasión de pared intestinal</p>	<p>Tinnitus</p> <p>Vértigo</p>	<p>Artritis Osteitis Periostitis</p>
<p>Diagnóstico: En la sífilis secundaria las pruebas serológicas son siempre positivas, debido que hay abundantes treponemas en las lesiones de la mucosa, piel y líquidos</p>				

Fuente: French P, Gomberg M, Janier M, Schmidt B, Van Voorst Vader P, Young H. IUSTI:2008. European Guidelines on the management of Syphilis. Int J STD AIDS. 2009 May; 20(5):300-9.

Anexo 7.

Estadios y evolución de la sífilis

Criterios	Estadios				
	Primaria	Secundaria	Latente precoz	Latente tardía	Terciaria
Tiempo	3 semanas a 3 meses. Media de 21 días	Seis semanas a seis meses	Uno o dos años	De dos a veinte años	Diez a veinte años
Serología	Positiva	Positiva	Positiva	Positiva	Positiva
Síntomas	Chancro único o Múltiple. Linfadenopatía regional. Alteraciones del LCR en el 40%	Roséola sífilítica Pápulas Lesiones musculares. Condilomas. Alopecia.	Asintomático. Recaídas en el 25%	Asintomático ¿Curación espontánea?	Gomas Neuro-Sífilis Cardiovascular
A partir del primer trimestre de gestación existe posibilidad de afectación fetal, por tanto se brindará tratamiento para sífilis a todas las embarazadas y sus parejas a partir de la prueba serológica Reactivo Débil.					

Fuente: French P, Gomberg M, Janier M, Schmidt B, Van Voorst Vader P, Young H. IUSTI:2008. European Guidelines on the management of Syphilis. Int J STD AIDS. 2009 May; 20(5):300-9

Anexo 8.

Serología para sífilis – pruebas treponémicas resultados, diluciones, interpretación y conducta a seguir con el usuario/a

n.º	Serología para Sífilis Treponémicas (PRS)	Aspectos clínicos a considerar	Interpretación	Manejo médico o conducta a seguir
1	No reactivo	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica, examen físico: chancro sífilítico, lesiones maculo – papulares. Contactos con pacientes con diagnóstico de sífilis 	Usuario/a probablemente se encuentra en etapa temprana, en la cual la presencia de anticuerpos treponémicos no es alta por lo que el examen no los logra identificar.	Dar seguimiento de acuerdo con la valoración del riesgo
2	Reactivo	<p>Embarazadas positivas a sífilis</p> <p>Parejas de embarazadas positivas a sífilis</p> <p>Población clave</p> <p>Evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Historia clínica, examen físico: chancro sífilítico, lesiones maculo – papulares. Contactos con pacientes con diagnóstico de sífilis 	<p>Diagnóstico de Sífilis</p> <p>o</p> <p>Evaluar falso reactivo biológico</p>	<p>Seguimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Laboratorio realizar RPR para confirmación y manejo médico Brindar tratamiento según condición de paciente y resultado cuantitativo de RPR: <ul style="list-style-type: none"> Reactivo débil Dilución 1:2 Dilución 1:4 Evaluar cicatriz serológica. Brindar tratamiento médico en diluciones mayores que las anteriores: <ul style="list-style-type: none"> Dilución 1: 8 Dilución 1:16 Dilución 1:32 Diluciones mayores a 1:32 Posterior al tratamiento médico, dar seguimiento con RPR de control cada cuatro (4) meses hasta completar un año. Para que tenga significancia clínica el RPR deben demostrar una diferencia y cambio en el título equivalente a dos diluciones en descenso.

Fuente: French P, Gomberg M, Janier M, Schmidt B, Van Voorst Vader P, Young H. IUSTI:2008. European Guidelines on the management of Syphilis. Int J STD AIDS. 2009 May; 20(5):300-9.

Anexo 9.

Pruebas no treponémicas resultados, diluciones, interpretación y conducta a seguir con el usuario/a

n.º	Serología para Sífilis No Treponémica (RPR)	Aspectos clínicos a considerar	Interpretación	Manejo médico o conducta a seguir
1	No reactivo	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica, examen físico: chancro sífilítico, lesiones maculo – papulares. Contactos con pacientes con diagnóstico de sífilis 	Usuario/a probablemente se encuentra en etapa temprana de la Sífilis, en la cual la presencia de Reaginas no es suficiente por lo que no brinda titulación	Seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> Realizar RPR de control en un (1) mes. Evaluar tratamiento según condición clínica, evaluación del riesgo del usuario.
2	Reactivo débil Dilución 1:2 Dilución 1:4	Tratamiento médico a embarazadas desde reactivo débil. Parejas de embarazadas positivas a sífilis Población clave Evaluar: <ul style="list-style-type: none"> Historia clínica, examen físico: chancro sífilítico, lesiones maculo – papulares. Contactos con pacientes con diagnóstico de sífilis	Falso reactivo biológico: Usuario se encuentra en etapa temprana de la Sífilis, en la cual la presencia de Reaginas no es suficiente por lo que no brinda titulación <u>Evaluar posible caso de Sífilis o cicatriz serológica</u>	Seguimiento: Realizar RPR de control cada tres (3) meses en Embarazadas. Realizar RPR de control cada cuatro (4) meses en todas las poblaciones. Evaluar tratamiento según condición clínica, evaluación del riesgo del usuario.
3	Dilución 1: 8 Dilución 1:16 Dilución 1:32 Diluciones mayores a 1:32	Historia clínica y hallazgos del examen físico	Caso de Sífilis	Dar tratamiento y realizar la notificación donde corresponda. Posterior al tratamiento médico, dar seguimiento con RPR de control cada cuatro (4) meses hasta completar un año. Para que tenga significancia clínica el RPR deben demostrar una diferencia y cambio en el título equivalente a dos diluciones en descenso.

Fuente: French P, Gomberg M, Janier M, Schmidt B, Van Voorst Vader P, Young H. IUSTI:2008. European Guidelines on the management of Syphilis. Int J STD AIDS. 2009 May; 20(5):300-9.

Anexo 10.

Interacciones Medicamentosas Hepatitis Viral C

Medicamento	Interacción	Recomendación
Amiodarona	Bradicardia	No Coadministración
Antiácidos	↓ Velpatasvir	4 horas de separación en administración
Atorvastatina	↑ Atorvastatina	Riesgo Rbdomiólisis Monitoreo CK Total
Bloqueadores H2	↓ Velpatasvir	4 horas de separación en administración
Carbamazepina	↓ Sofosbuvir ↓ Velpatasvir	No Coadministración Evaluación pretratamiento por Neurología
Digoxina	↑ Digoxina	Monitoreo Evaluación pretratamiento por Cardiología
Efavirenz	↓ Velpatasvir	No Coadministración
Fenobarbital	↓ Sofosbuvir ↓ Velpatasvir	No Coadministración Evaluación pretratamiento por Neurología
Fenitoína	↓ Sofosbuvir ↓ Velpatasvir	No Coadministración Evaluación pretratamiento por Neurología
Hierba San Juan	↓ Sofosbuvir ↓ Velpatasvir	No Coadministración
Inhibidor bomba de protones	↓ Velpatasvir	4 horas de separación en administración
Oxcarbazepina	↓ Sofosbuvir ↓ Velpatasvir	No Coadministración Evaluación pretratamiento por Neurología
Rifampicina	↓ Sofosbuvir ↓ Velpatasvir	No Coadministración
Tenofovir Fumarato Disoproxilo	↑ Tenofovir	Monitoreo función renal

Anexo 11.

Codificación estadística - Clasificación CIE-10

Mujeres		
Código CIE 10	Diagnóstico	Hallazgo
A54.0	Infección gonocócica del tracto genitourinario inferior sin absceso periuretral o de glándula accesoria.	Se utilizarán estos códigos en caso Gonorrea Vaginal .
A54.1	Infección gonocócica del tracto genitourinario inferior con absceso periuretral o de glándulas accesorias.	
A59.0	Tricomoniasis Urogenital	Leucorrea vaginal debida a <i>Trichomonas</i> (vaginalis)
B37.3	Candidiasis de vulva y vagina	
B97.7	Papilomavirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos*	Este código se utilizará como diagnóstico secundario.
L29.2	Prurito Vulvar (Prurito en piel de la zona púbica femenina)	Excluye: foliculitis, ácaros, escabiosis, eccemas, excoriación neurótica y prurito psicógeno.
N72	Enfermedad Inflamatoria del Cuello Uterino (Cervicitis, Endocervicitis, Exocervicitis con o sin erosión o ectropión)	Se debe utilizar código adicional B95-B97 para identificar el agente infeccioso.
N73.9	Enfermedad inflamatoria pélvica femenina, no especificada (Infección o Inflamación pélvica en la mujer)	Se debe utilizar código adicional B95-B97 para identificar el agente infeccioso.
N76.0	Vaginitis aguda (para vaginitis, vulvovaginitis y vaginosis bacteriana)	Incluye vaginitis aguda y vulvovaginitis.
N76.5	Ulceración de Vagina	
N76.6	Ulceración de Vulva	
O98.1	Sífilis que complica el embarazo, parto y puerperio	

*Este código se utilizará en casos que la usuaria obtenga resultado positivo de su prueba de VPH

Fuente: CIE-10

Hombres		
Código CIE 10	Diagnóstico	Hallazgos
A54.6	Infección gonocócica del ano y del recto	En caso de Proctitis se utilizarán estos códigos según el tipo de agente.
A56.3	Infección del ano y del recto debido a clamidias	
A60.1	Infección de la piel perianal y recto por virus del herpes simple	
A54.0	Infección gonocócica del tracto genitourinario inferior sin absceso periuretral o de glándula accesoria.	Se utilizarán estos códigos en caso de Infección genital/Uretral por Gonorrea.
A54.1	Infección gonocócica del tracto genitourinario inferior con absceso periuretral o de glándulas accesorias.	
A54.2	<i>Pelvipertonitis gonocócica</i> y otras infecciones gonocócicas genitourinarias	
A54.0	Infección gonocócica del tracto genitourinario inferior sin absceso periuretral o de glándula accesoria.	En caso de Uretritis se utilizarán estos códigos según el tipo de agente.
A54.1	Infección gonocócica del tracto genitourinario inferior con absceso periuretral o de glándulas accesorias.	
A56.0	Infección del tracto genitourinario inferior debida a clamidias.	
A59.0	Tricomoniasis urogenital (Prostatitis)	
N45.0	Orquitis, Epididimitis con absceso	Usar código adicional B95-B97 para identificar el agente infeccioso.
N45.9	Orquitis, Epididimitis sin absceso	Usar código adicional B95-B97 para identificar el agente infeccioso.
N48.5	Úlcera de Pene	Usar código adicional para identificar el agente infeccioso.
N49.2	Inflamación de Escroto	Usar código adicional B95-B97 para identificar el agente infeccioso.

Fuente: CIE-10

Ambos		
Código CIE 10	Diagnóstico	Hallazgos
A51.0	Sífilis Genital Primaria	
A51.1	Sífilis primaria Anal	
A51.3	Sífilis Secundaria	
A51.5	Sífilis Precoz Latente	
A52.8	Sífilis Tardía Latente	
A53.0	Sífilis Latente	
A53.9	Sífilis no especificada	
A54.5	Faringitis gonocócica	
A55	Linfogranuloma Venéreo	
A56.0	Infección genital por Clamidia	
A56.3	Infección ano/recto por Clamidia	Proctitis por Clamidia
A56.4	Infección de faringe por Clamidia	
A58	Granuloma inguinal (Donovanosis)	
A60.0	Herpes Genital	
A63.0	Verrugas Anogenitales	
A92.8	Otras fiebres virales especificadas transmitidas por mosquitos (ZIKA)	Además se debe identificar el agente, grupo de riesgo, sintomatología relacionado a ITS.
B04	Viruela símica (MPOX)	Identificar el agente, grupo de riesgo o sintomatología relacionado a ITS.
B08.1	Molusco Contagioso	
B16.9	Hepatitis B	
B17.1	Hepatitis C	
B24	SIDA (VIH avanzado)	
B85.3	Pediculosis Púbrica	
B86	Escabiosis	Además se debe identificar el agente, grupo de riesgo, sintomatología relacionada a ITS.
I88.8	Bubón Inguinal (Linfadenitis inespecífica)	Además se debe identificar el agente, grupo de riesgo, sintomatología relacionada a ITS.
K60.2	Fisura Anal	Además se debe identificar el agente, grupo de riesgo, sintomatología relacionada a ITS.
K61.2	Absceso Anorrectal	Además se debe identificar el agente, grupo de riesgo, sintomatología relacionada a ITS.
K62.0	Pólipo Anal	Además se debe identificar el agente, grupo de riesgo, sintomatología relacionada a ITS.
K62.5	Hemorragia Ano/Recto	Además se debe identificar el agente, grupo de riesgo, sintomatología relacionada a ITS.

Ambos		
Código CIE 10	Diagnóstico	Hallazgos
K62.6	Úlcera de Ano/Recto	Además se debe identificar el agente, grupo de riesgo, sintomatología relacionada a ITS.
L29.0	Prurito Anal	Además se debe identificar el agente, grupo de riesgo, sintomatología relacionada a ITS.
Z11.3	Examen de pesquisa especial para infecciones de transmisión predominantemente sexual.	Para la toma de exámenes con el propósito de detectar ITS/VIH
Z21	Estado de Infección Asintomático por VIH	Paciente VIH positivo, asintomático
Z20.2	Contacto con y exposición a enfermedades infecciosas con un modo de transmisión predominantemente sexual**	Para registrar al paciente de VCITS, que a pesar de estar expuesto a ITS no se encuentra enfermo. Y para Profilaxis Pre Exposición.

** Para paciente sano atendido en Clínica VICITS/Amigable y para PrEP.

Fuente: CIE-10

Anexo 12.

Cuadro de manifestaciones clínicas de ITS

ITS	Etiología	Período de incubación	Manifestaciones clínicas
Gonorrea	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> .	2 a 7 días	En el hombre se manifiesta con uretritis, secreción uretral purulenta y profusa, disuria, puede presentar crónicamente prostatitis y epididimitis. En la mujer se manifiesta con uretritis, secreción purulenta, disuria, poliuria y urgencia urinaria; en forma crónica con salpingitis y enfermedad pélvica inflamatoria; en enfermedad diseminada se presenta fiebre, artralgias, rash, artritis, Tenosinovitis, conjuntivitis.
Chancroide	<i>Haemophilus ducreyi</i>	3 a 5 días.	Úlcera genital dolorosa con base necrótica, bordes irregulares y eritematosos, puede haber lesiones múltiples debido a auto inoculación y presentarse con adenopatía inguinal blanda unilateral que puede fluctuar y romperse espontáneamente. Síntomas sistémicos generalmente ausentes. En la mujer puede no haber signos externos de infección o presentarse con secreción vaginal o sangrado.
Sífilis primaria	<i>Treponema pallidum</i>	10 -90 días (media de 3 a 4 semanas).	Presencia de chancro primario (lesión abundante en treponemas) como una pápula indolora que luego se erosiona y endurece formando una úlcera superficial, indolora, con márgenes indurados, base limpia y firme. La localización dependerá del sitio de inoculación en pene, cuello uterino, labios vulvares, área perianal, recto, faringe, lengua, labios. Los ganglios linfáticos regionales se presentan indoloros.
Sífilis secundaria		2 a 8 semanas después de la curación del chancro	Diseminación del treponema con presencia de lesiones maculo-papulares (palmo plantares, tórax y abdomen) y condilomas planos en área genital y anal.
Sífilis latente temprana		Menos de 1 año posterior a la infección primaria	Cuando se ha infectado hace menos de un año. Esta puede presentar recidivas (en piel, mucosas, neurológicas, oculares, hueso, vísceras) y existe elevación en el título de pruebas serológicas cuantitativas, el 90% de las recidivas ocurren en el primer año.
Sífilis latente tardía		Más de 1 año posterior a la infección primaria	Cuando se ha infectado hace más de un año. Los signos físicos están ausentes, puede haber antecedente de Sífilis previa con tratamiento inadecuado. Las pruebas serológicas son positivas.
Sífilis latente de evolución desconocida		Serología de Sífilis positiva sin manifestaciones clínicas	Cuando no se logra establecer el tiempo de infección. Las pruebas serológicas son positivas.

Sífilis terciaria		Mayor de 20 años posterior a la infección primaria	Inflamación difusa que afecta sistema nervioso central, corazón y arterias grandes (aneurisma aórtico, insuficiencia aórtica, aortitis). También puede afectarse ojos (iritis gomatoso, coriorretinitis, atrofia óptica, parálisis de nervio óptico), aparato respiratorio (infiltrados gomatosos en laringe, tráquea y parénquima pulmonar), aparato gastrointestinal (gomos en hígado, infiltración difusa de paredes del estómago).
Herpes genital	<i>Virus del Herpes simplex</i>	2-12 días.	Máculas y pápulas que progresan a vesículas (en forma de gajo de uvas), pústulas y úlceras, provoca lesiones dolorosas con prurito, adenopatías inguinales bilaterales blandas. Puede provocar uretritis, cervicitis, disuria, proctitis y faringitis.
Granuloma Inguinal (Donovanosis)	<i>Klebsiella granulomatis</i>	8 días a 12 semanas	Lesiones en piel o membranas mucosas de genitales o área perianal, produce úlceras poco profundas con base roja, friable de tejido de granulación, no son dolorosas ni produce adenopatías, estas lesiones pueden extenderse por continuidad hacia abdomen bajo y muslos.
Linfogranuloma venéreo	<i>Chlamydia trachomatis</i>	5 a 21 días	Úlcera genital o pápula en el sitio de inoculación. Después que la lesión genital desaparece, la infección se disemina por el sistema linfático a ganglios de área genital y rectal. Entre 1 y 4 semanas después presenta linfadenopatía inguinal/femoral blanda y bilateral con tendencia a fusionarse y a drenar
Condilomas o verrugas anogenitales	<i>Virus del Papiloma humano</i>	2-3 meses (pueden ser por años)	Verrugas o condilomas y lesiones intraepiteliales cervicales de diferentes grados. Lesiones indoloras, protuberancias o crecimientos carnosos exofíticos, múltiple que pueden variar en tamaño, en área genital, oral o perianal.
Candidiasis vulvovaginal	<i>Cándida albicans</i>	8 a 15 días	Prurito vulvar, dolor, dispareunia, disuria, secreción vaginal blanquecina, edema vulvar, fisuras y escoriaciones.
Vaginosis bacteriana	<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , bacterias anaerobias	8 a 15 días	Toda paciente que presente dos o más de los siguientes signos o síntomas: descargas vaginal color amarillento, secreción profusa, espesa y de olor fétido (olor a pescado). En el hombre generalmente es asintomático.
Tricomonirosis	<i>Trichomonas vaginalis</i>	8 a 15 días	Toda paciente que presente flujo en cantidad variable (escasa, regular o muy abundante), blanca o amarilla verdosa, de mal olor con presencia de burbujas de aire e inflamación y excoriación de la vulva. En hombres, la mayoría son asintomáticos, siendo las manifestaciones más frecuentes uretritis y balanitis.
Pediculosis (ladillas)	<i>Pthirus pubis</i>	8 a 15 días	Ocasiona prurito muy molesto que puede hacer que el infectado se rasque provocando irritación e infección de la piel.
Escabiosis	<i>Sarcoptes scabiei</i>	8 a 15 días	Prurito que usualmente aparece en áreas de pliegues cutáneos y a nivel de abdomen, muslos y glúteos, observándose pápulas, pústulas, pequeños surcos y señales de rascado.
Molusco contagioso	<i>Poxvirus</i>	14 a 180 días	Pápulas o nódulos elevados y umbilicados, diámetro de 2 a 5 milímetros con apariencia de perla en la piel. Por lo general no hay inflamación ni eritema a menos que la persona se haya rascado.

Hepatitis B	El virus de la hepatitis B, es un virus ADN perteneciente a la familia <i>Hepadnaviridae</i> .	45 a 180 días, con un promedio de 60 a 90 días	En la mayoría de los casos (70%) la infección ocurre de forma asintomática y de los que la presentan, menos del 1% tendrán una evolución fulminante. Las manifestaciones de la infección varían en función de la edad, situación inmunológica y momento en el que se reconoce la enfermedad.
-------------	--	--	--