



SALUD

**MÉXICO
2010**

GRUPO TÉCNICO DEL “OPERATIVO RETORNO SUDÁFRICA 2010”



Vivir Mejor



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRÁN"**



SALUD

**MÉXICO
2010**

**ASOCIACIÓN MEXICANA DE INFECTOLOGÍA Y
MICROBIOLOGÍA CLÍNICA**

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

**INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y
REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS**

SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

SECRETARIA DE SALUD



Vivir Mejor



SALUD

**MÉXICO
2010**

Integrantes del Grupo Técnico

DGE

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez
Biólogo José Cruz Rodríguez Martínez
Dra. Ethel Palacios Zavala
Dra. Norma Irene Luna Guzmán
Lic. Marco Antonio Villalón Chávez
Ing. Marcos González Marrón
Ing. Eric Lazcano Álvarez

InDRE

Dra. Celia Alpuche Aranda
Dra. Carmen Guzmán Bracho
QBP. Lucia Hernández
QBP. Irma Hernández Monroy
Mtra. Rita Flores León

CENAPRECE

Dr. Héctor Olguín Bernal

CENSIA

Dra. Patricia Vidal Vázquez
Dr. Miguel Angel Nakamura

Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Dr. Cesar Sandoval Cazares
Dra. Guadalupe Sánchez Suárez
Dr. Miguel A. Lutzow Steiner

Dirección General de Promoción de la Salud

Dra. Lucero Rodríguez Cabrera
Dra. Ljubica Latinovic

AMIMC-INCMNSZ

Dr. José Sifuentes Osornio
Dr. Alfredo Ponce de León
Dr. Alejandro Macías Hernández
Dra. Alethse de la Torre Rosas

Facultad de Medicina/UNAM

Dr. José Ignacio Santos Preciado
Dra. Noris Pavia

IMSS

Dr. Cesar González Bonilla
Dra. Margot González León

ISSSTE

Dra. Maribel Patricia Vidal Cruz

Hospital Español

Dr. José Donis

Secretaría de Comunicaciones y Transportes

Dra. Yessica A. Chaparro González
Dr. David Daniel López Reyna

Secretaría de Relaciones Exteriores

Lic. Hector A. Uribe Cerón

Dirección General de Relaciones Internacionales

Lic. Elizabeth Castro Sánchez
Lic. Cesar Castro Márquez



Vivir Mejor

CASO CLINICO

Hombre de 22 años, quien inició su vida sexual activa hace un año.

Durante el mundial de Sudáfrica tuvo relaciones sexuales casuales sin uso de condón.

Acude a revisión debido a que desde hace 4 días notó secreción blanquecina a través de la uretra y disuria.

Niega lesiones en piel y/o adenopatías inguinales.

Exploración Física



FC: 80/min, FR:12/min, TA 110/70 mmHg, T°C: 37.2°C,
Sat 98%

- Mucosas secas +, sin úlceras orales. Cuello sin adenopatías.
- Cardiopulmonar y abdomen normal.
- Exploración urogenital: secreción uretral purulenta, no se palpan linfadenopatías, ni se observan otras lesiones en pene. Región anorectal sin úlceras o lesiones.

¿Qué pruebas le solicitaría?

A) Búsqueda de *Chlamydia* y Gonococo

B) ELISA para VIH

C) Tinción de Gram de secreción

D) Hemocultivo

¿Qué pruebas le solicitaría?

✓ A) Búsqueda de Chlamydia y Gonococo

✓ B) ELISA para VIH

✓ C) Tinción de Gram de secreción

D) Antígenos bacterianos

En el gram del exudado uretral se observan 7 PMN
¿Cuál es el tratamiento que le indicaría al paciente?

- A) Truvada- Efavirenz
- B) Ceftriaxona 125 mg D.U. + Azitromicina (1g vo d.U.)
- C) Dicloxacilina 1g/ 8 hrs x 10 días
- D) Metronidazol 500mg vo /8h x 5 días

En el gram del exudado uretral se observan 7 PMN
¿Cuál es el tratamiento que le indicaría al paciente?

A) Truvada- Efavirenz

✓ B) Ceftriaxona 125 mg D.U. + Azitromicina (1g vo d.U.)

C) Dicloxacilina 1g/ 8 hrs x 10 días

D) Metronidazol 500mg vo /8h x 5 días

Evolución

A los 5 días le reportan que la detección de *Chlamydia* fue positiva

Se le realiza ELISA para VIH con resultado positivo. Se solicitan pruebas confirmatorias con el mismo resultado. CD4: 800, CV:5,000

El paciente refiere que también ha presentado últimamente tenesmo y descarga purulenta a través del ano

¿Qué otra evaluación requeriría usted en este paciente?

- A) VDRL, Perfil hepatitis viral
- B) Anoscopia y cultivo de secreción anal
- C) Revisión y tratamiento de la pareja
- D) Metronidazol y Supositorios de glicerina

¿Qué otra evaluación requeriría usted en este paciente?

✓ A) VDRL, Perfil hepatitis viral

✓ B) Anoscopia y cultivo de secreción anal

✓ C) Revisión y tratamiento de la pareja

D) Metronidazol y Supositorios de glicerina

Infecciones de Transmisión sexual

- 15 millones de personas se infectan con una o más enfermedades de transmisión sexual al año.
- Epidemia poco aceptada

ITS

- ITS pueden tener presentaciones atípicas
- Morbilidad significativa
- Incremento en el riesgo de transmisión de otras infecciones
- El diagnóstico y tratamiento de ITS es fundamental

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

Urethritis

- Urethritis no gonocócica (UNG)
- Es una de las principales ITS
 - *C. Trachomatis* (23-55%)
 - *Mycoplasma genitalium* (10-30%)
 - *Ureaplasma urealyticum*
 - *T. vaginalis* 15-20%
 - HSV / Adenovirus
 - No identificado (20-50%)

C. Trachomatis

- Principal causa de UNG (15-40%)
- En HSH causa uretritis y proctitis
- Es un factor de riesgo para la adquisición de VIH-1

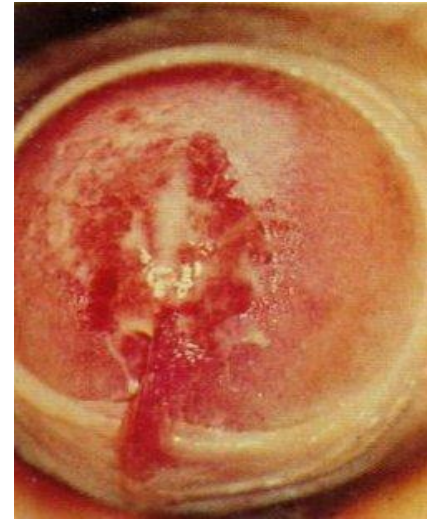
Uretritis No Gonocócica

- **Manifestaciones clínicas**
- El período de incubación ha sido difícil de establecer por que la infección asintomática es común.
- La descarga uretral es menos abundante y purulenta que la descarga por gonococo.
- No hay manifestaciones clínicas que permitan distinguir entre uretritis por *T. vaginalis*, *U. urealyticum*, *M. genitalium* o *C. trachomatis*.

Uretritis No Gonocócica

- **Diagnóstico**

- Evidencia microscópica de uretritis
 - 5 PMN por campo (1000 magnificación) en 5 campos en un gram del exudado uretral
- Descarga purulenta o mucopurulenta
- Esterasa leucocitaria positiva/EGO >10 leucos/campo
- PCR → No siempre disponible



Urethritis No Gonocócica

Feature	<i>Chlamydia trachomatis</i> (n = 63) ^a	<i>Mycoplasma genitalium</i> (n = 31)	Adenoviruses (n = 13) ^a	HSV-1 and -2 (n = 9)	Pathogen negative ^b (n = 212)	P
Age >31 years	26 (41)	20 (65)	7 (54)	3 (33)	131 (62)	.03
Self-reported dysuria						.006
None	15 (24)	12 (40)	2 (15)	1 (11)	57 (27)	
Mild	30 (48)	12 (40)	2 (16)	1 (11)	86 (41)	
Moderate to severe	18 (28)	6 (20)	9 (69)	7 (78)	65 (31)	
Self-reported urethral discharge	40 (64)	20 (67)	9 (69)	6 (67)	125 (60)	.89
Urethral discharge on examination	47 (75)	19 (61)	10 (77)	7 (78)	102 (48)	<.001
Nature of urethral discharge						.007
None/normal	17 (27)	12 (39)	3 (23)	2 (22)	110 (52)	
Mucoid	39 (62)	15 (48)	10 (77)	6 (67)	81 (38)	
Mucopurulent	7 (11)	4 (13)	0	1 (11)	21 (10)	
Meatitis	20 (33)	8 (26)	12 (92)	8 (89)	75 (35)	<.001
Urine threads/cloudy	38 (63)	10 (32)	6 (46)	2 (25)	53 (25)	<.001
≥5 PMNLs/HPF on urethral Gram stain	40 (68)	17 (63)	8 (62)	5 (56)	62 (29)	<.001

NOTE. Data are no. (%) of cases, unless otherwise indicated. HPF, high-power field; HSV, herpes simplex virus; PMNLs, polymorphonuclear leukocytes.

^a One case with adenovirus was coinfecting with *C. trachomatis* and is included only in the adenoviruses column.

^b "Pathogen-negative" means that cases with *C. trachomatis*, *M. genitalium*, adenoviruses, or HSVs were excluded from the analysis.

Tratamiento UNG

- Doxiciclina (100 mg vo/12 hr x 7 días)
 - Azitromicina (1g vo d.U.)
-
- Tasa de curación de 85%
 - La tasa de falla es mayor en Uretritis que no es causada por *Chlamydia*
 - 10% de *Ureaplasma* son resistentes a tetraciclinas y 10% resistentes a eritromicina (Resistencia simultánea es rara)



Tratamiento UNG

- Tratamiento alternativo
- Eritromicina 500 mg 4 veces al día por 7 días
- Levofloxacino 500 mgx 7 días
- **Recordar:**
 - La referencia de la pareja sexual para su evaluación y tratamiento resulta esencial en el manejo de cualquier paciente con uretritis.
 - Tratar a la pareja 60 días previos
 - Abstinencia por 7 días durante el Tx

Tratamiento UNG

- **Uretritis persistente o recurrente**
- Re-infección con *Chlamydia*
 - Los resultados de PCR y ligasa para *C.trachomatis* pueden permanecer positivos por **3 semanas**, después del tratamiento completo y efectivo
- Falla al tratamiento original
- Otro microorganismo
 - **Uretritis por tricomonas**
 - Tratamiento recomendado para uretritis persistente
 - Metronidazol 2 gr VO DU.

Tratamiento UNG

- **Uretritis persistente o recurrente**
- *Mycoplasma genitalium* es una causa común de uretritis no gonocócica tratada con doxiciclina
- Se asocian a cuentas mayores de PMN (>10 PMN/campo) con cultivos negativos
- Tx → Azitromicina

Uretritis No gonocócica

- **NO OLVIDAR:**
- Se puede asociar a proctitis y proctocolitis por *C. trachomatis*
- Casi siempre son asintomáticas especialmente cuando no son causadas por serovariedades LGV (Linfogranuloma venéreo).
- Úlceras anales, descarga mucopurulenta o sanguinolenta, tenesmo, dolor anorectal, fístulas, adenopatías inguinales
- → Estenosis complicación tardía.
- Los hallazgos en anoscopias no son específicos
 - Mucosa rectal friable, ulceraciones y descarga

Uretritis No gonocócica

Proctitis por *Chlamydia*

- Diagnóstico

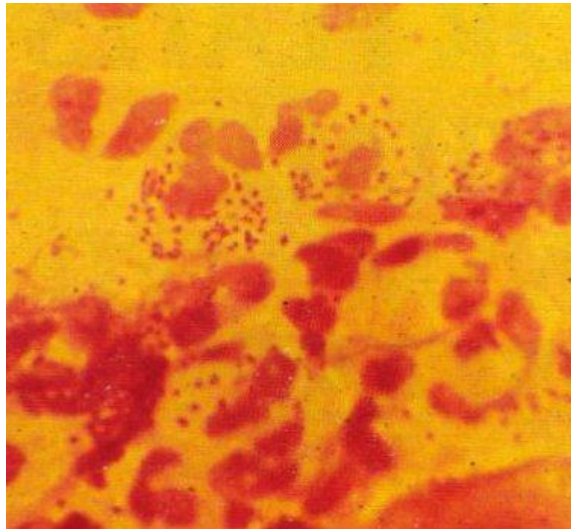
- Se realiza por cultivo o inmunofluorescencia de hisopados rectales o biopsia

- Tratamiento

- *Chlamydia* No LGV: Doxiciclina (100 mg /12 hr) x 7-14 días
- LGV: Tratamiento por 21 días.

Infección Gonocócica

- Incidencia 600,000/año
- *N. Gonorrhoeae*
- Resistente a quinolonas (Asia, California, Hawaii, HSH)



Infección Gonocócica

- **Manifestaciones clínicas**

- Descarga uretral → 82%

- + Disuria → 55%

- Periodo incubación 1 semana

Infección Gonocócica

- Anorectal
- Síntomas en 20% de los pacientes
 - Descarga, sangrado, prurito anal, dolor, tenesmo, constipación.
- Faríngea → Mayoría asintomática
 - Faringitis, linfadenitis cervical
- Infecciones diseminadas por gonococo (Raras)

Infección Gonocócica

- **Diagnóstico**
- Gram uretral → 95%
- Gram rectal → baja sensibilidad

- Cultivos

- PCR no siempre disponible ni estandarizada

Infección Gonocócica

- Tratamiento recomendado
 - Ceftriaxona 125 mg IM DU
 - Ciprofloxacina 500 mg VO DU
 - Ofloxacina 400 mg VO DU
 - No usar quinolonas pacientes Hawaii, sureste Asia u HSH
 - + SIEMPRE dar tratamiento concomitante para *CHLAMYDIA*

- Tx pareja 60 días previos

Infección Gonocócica

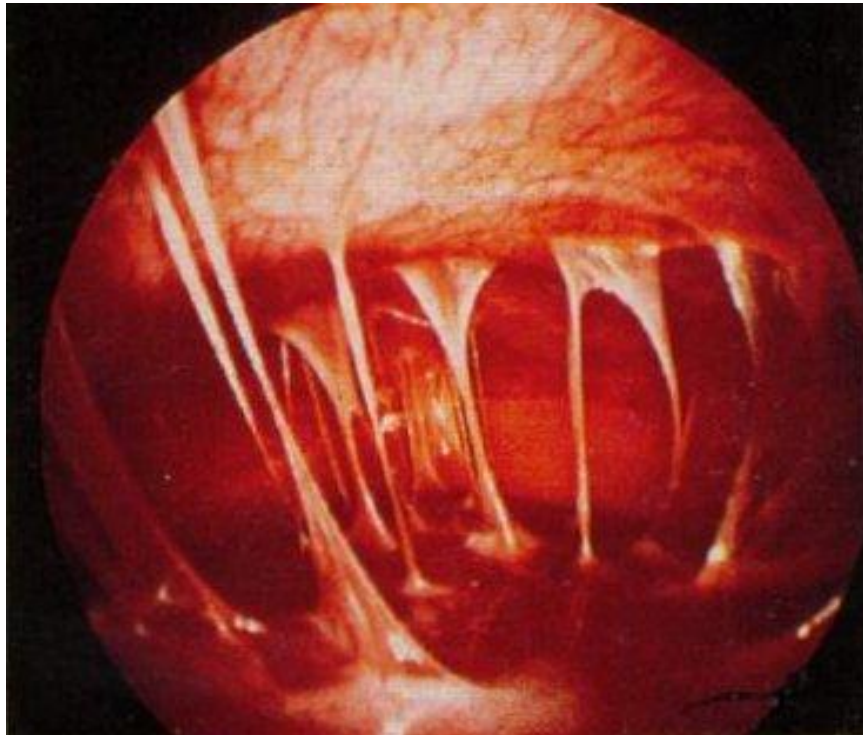


- Conjuntivitis gonocócica
- Ceftriaxona

Infección Gonocócica

- Infección gonocócica diseminada
 - Lesiones petequiales o pustulares, artralgias asimétrica, artritis séptica, perihepatitis, endocarditis, meningitis
- Tratamiento recomendado
 - Ceftriaxona 1-2 gr IV cada 24 hrs por 10-14 días
- Tratamiento alternativo
 - Cefotaxima 1 gr IV cada 8 hrs

Infección Gonocócica

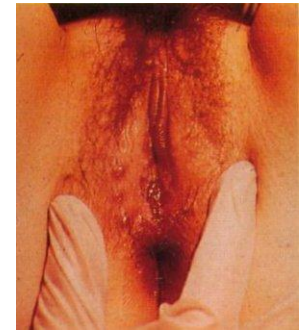


Caso Clínico

- Mujer de 18 años, 1 pareja sexual estable sin uso de condón.
- Acude a consulta por notar la presencia de unas úlceras en labios mayores, dolorosas desde hace 8 horas.
- Refiere que su pareja viajó a Sudáfrica.

Caso Clínico

- TA: 120/70, FC:80, FR:12, TC:37°C
- Cabeza, tórax y abdomen sin alteraciones
- Región perineal con vesículas y úlceras en labios mayores de 3-5mm, no se palpan adenopatías inguinales



¿Qué tratamiento le indicaría?

A) Suspensión de Antiretrovirales

B) Aciclovir

C) Podofilina

D) Eritromicina

¿Qué tratamiento le indicaría?

A) Truvada + Efavirenz

B) Aciclovir

C) Podofilina

D) Eritromicina

¿Qué evaluación adicional le solicitaría a la paciente?

- A) Interconsulta a psiquiatría por datos depresivos y conductas de riesgo
- B) VDRL
- C) Biopsia de las lesiones
- D) Serología EBV

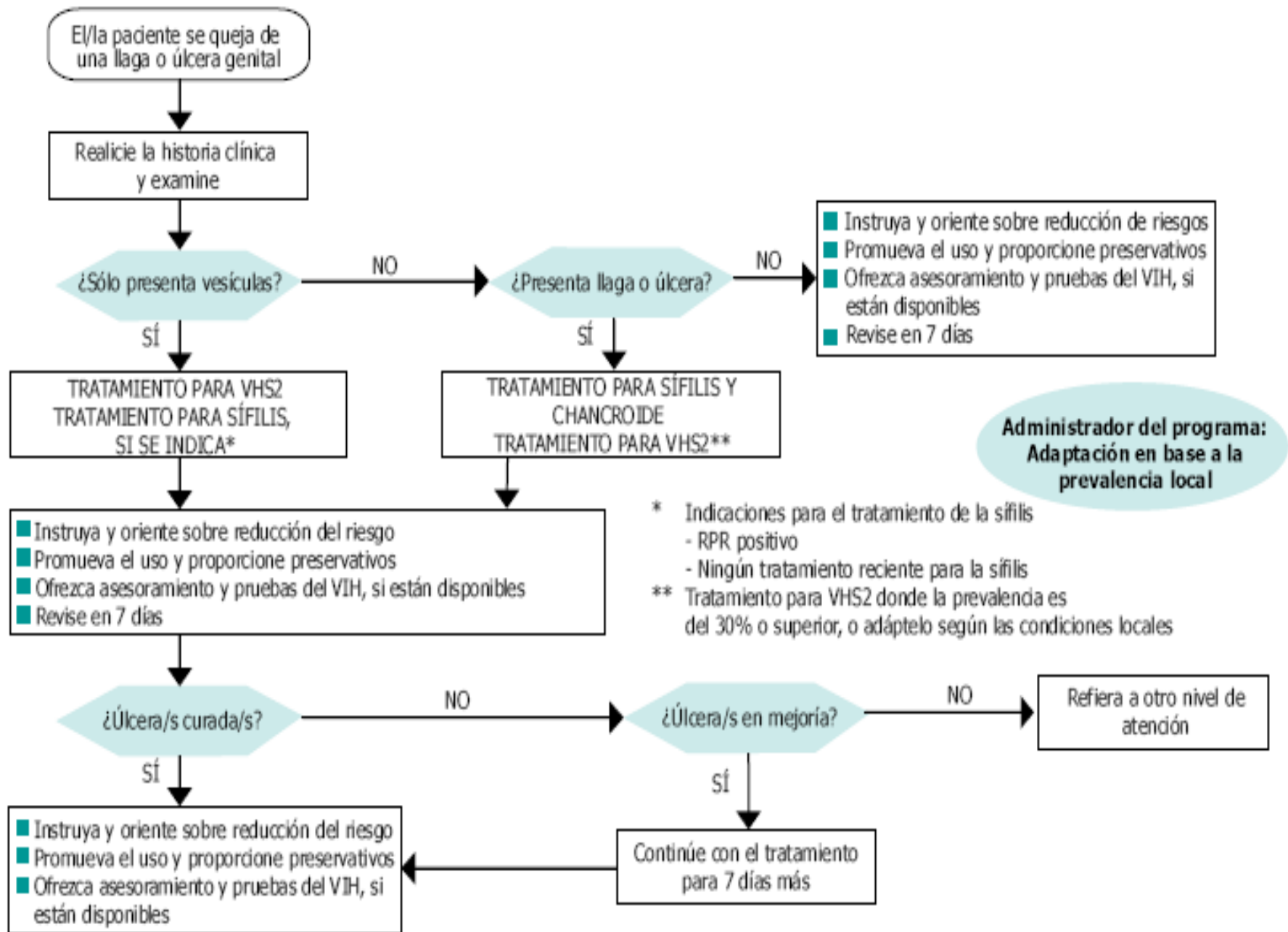
¿Qué evaluación adicional le solicitaría a la paciente?

A) Interconsulta a psiquiatría por datos depresivos y conductas de riesgo

✓ B) VDRL

C) Biopsia de las lesiones

D) Serología EBV



Úlceras Genitales

- Enf. caracterizadas por úlceras genitales
 - HERPES
 - Sífilis
 - Chancroide
 - Exámenes específicos → 25% Sin Dx
 - Campo oscuro/ Serología Sífilis
 - Cultivo y Ag HSV
 - Cultivo para *H. Ducreyi*
 - Prueba para VIH

Herpes Simple

- Infección Crónica
- EUA 50 millones de personas
- HSV-1 (50%) 1er episodio
- HSV-2 > Recurrencias
- Vesículas múltiples dolorosas
- Úlceras



Herpes Simple

- Cultivo
- Tzanck Baja Sensibilidad/Especificidad
- Serología:
 - Glucoproteínas G1/G2
 - FN Etapas tempranas Especificidad 90%



Herpes Simple

Primer episodio clínico

- Aciclovir 400 mg VO tid por 7 a 10 días
- Aciclovir 200 mg VO fid por 7 a 10 días
- Famciclovir 250 mg VO tid por 7 a 10 días
- Valaciclovir 1 gr VO bid por 7 a 10 días

Herpes Simple

- Episodios recurrentes en *VIH*
- Episódica: 1er día -pródromos
 - Aciclovir 400 mg tid por 5-10 días
 - Aciclovir 800 mg bid por 5-10 días
 - Famciclovir 125 mg bid por 5-10 días
 - Valaciclovir 500 mg bid por 5-10 días

Herpes Simple

- Terapia supresiva
- >6 episodios/año
 - Aciclovir
 - **Pacientes con VIH 800mg bid**



Caso Clínico

Hombre de 32 años, con antecedente de relaciones con hombres y trabajadoras del sexo comercial en la adolescencia. Actualmente casado desde hace 2 años.

Acude posterior a viaje a Sudáfrica y Alemania donde tuvo relaciones sexuales con hombres sin uso de condón.

Refiere una verruga en el pene y ligero tenesmo rectal ocasional

TA:120/80, FC:85, FR:13 TC:37

Exploración de cabeza, cuello, tórax y abdomen sin alteraciones



¿Dentro de la evaluación de los síntomas del paciente, que estudio adicional le solicitaría?

A) Anoscopia

B) Pap recto

C) VDRL

D) VIH

¿Dentro de la evaluación de los síntomas del paciente, que estudio adicional le solicitaría?

✓ A) Anoscopia

✓ B) Pap rectal

✓ C) VDRL

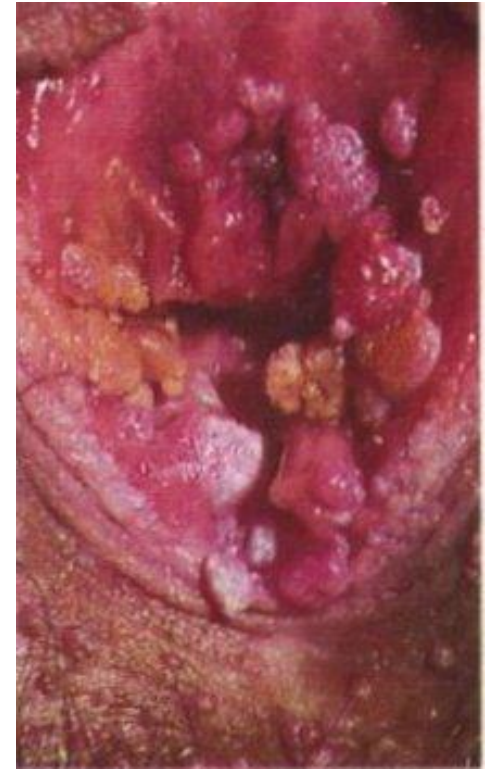
✓ D) VIH

VPH

- Virus papiloma humano
- Es la infección de transmisión sexual mas frecuente
 - VPH en HSH, VIH positivos >85%
 - VPH en mujeres VIH positivo 57-70%
- Existen mas de 70 genotipos
 - Bajo riesgo para transformación maligna (6, 11)
 - Alto riesgo (16, 18, 31, 35).

VPH

- **Manifestaciones clínicas**
 - > **asintomático**
 - Verrugas anogenitales
 - Verrugas verrucosas
 - Pápulas
-
- Meato uretral, canal anal, pliegues inguinales, boca, faringe



VPH

- **Se asocia a Displasia y Cáncer**
- Cáncer cervicouterino
- Neoplasia intraepitelial y cáncer anal

- Tamizaje
- Mujeres Papanicolau colposcopia/ 6 meses-1 año
- Hombres Papanicolau 1-2 años

El/la paciente se queja de una inflamación inguinal

Realice la historia clínica y exploración física

¿Presenta bubón inguinal/femoral?

NO

¿Alguna otra enfermedad genital?

NO

■ Instruya y oriente
■ Promueva el uso y proporcione preservativos
■ Ofrezca asesoramiento y pruebas del VIH si están disponibles

SI

Utilice el diagrama de flujo adecuado

¿Presenta úlcera/s?

NO

TRATAMIENTO PARA LINFOGRANULOMA VENÉREO Y CHANCROIDE

■ Si es fluctuante, realice punción aspirativa a través de la piel sana
■ Instruya sobre cumplimiento del tratamiento
■ Oriente sobre reducción de riesgos
■ Promueva el uso de preservativos y proporciónelos
■ Atienda y trate a la pareja
■ Ofrezca asesoramiento y pruebas del VIH si están disponibles
■ Pidale al/a la paciente que regrese en 7 días para una revisión y que continúe el tratamiento si está mejorándose o refiera a otro nivel de atención si está empeorándose

SI

Utilice el diagrama de flujo de úlceras genitales

SI

Granuloma Inguinal

- Donovanosis
 - *Klebsiella granulomatis*
(*Calymmatobacterium*)
 - Africa central, India
 - Ulceras No dolorosas con linfadenopatias
 - Altamente vascularizadas



Granuloma Inguinal



Granuloma Inguinal

- Tratamiento recomendado
 - Azitromicina 1g vo x semana x 3 semanas
 - Doxiciclina 100 mg bid por 3 semanas
- Tratamiento alternativo
 - Ciprofloxacina 750 mg bid por 3 semanas
 - Eritromicina 500 mg 4 veces al día por 3 semanas
 - TMP-SMX 160/800 bid x 3 semanas
 - Tx Pareja 60 días previos

Linfogranuloma Venéreo

- *C. trachomatis* L1, L2 o L3
- Linfadenopatía femoral y/o inguinal unilateral dolorosa
- Proctocolitis, abscesos perirectales y fístulas

Linfogranuloma Venéreo



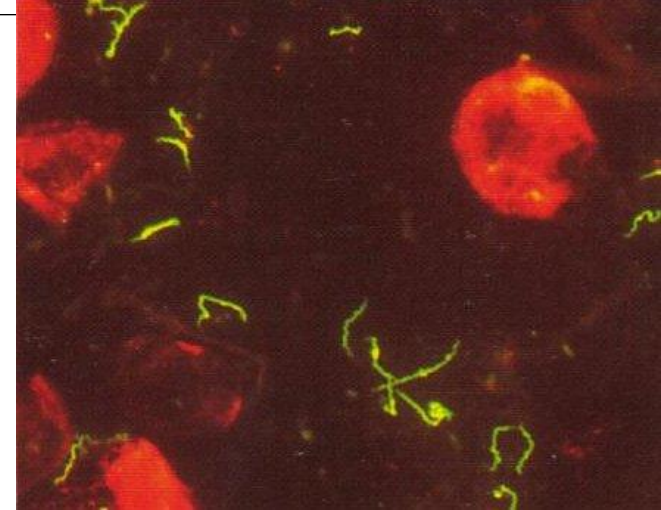
Linfogranuloma Venéreo

- Dx
 - Cultivo/ Inmunofluorescencia/ ? →Tx
- Tratamiento recomendado
 - Doxiciclina 100 mg bid por 21 días
- Tratamiento alternativo
 - Eritromicina 500 mg 4 veces al día por 21 días
- Drenaje de abscesos

Tx Parejas Últimos 60 días

Sífilis

- *T. Pallidum*
 - Infección primaria (úlceras o chancros)
 - Infección secundaria (rash y adenopatías)
 - Infección terciaria (lesiones cardíacas, neurológicas, oftálmicas o auditivas)
 - Infección latente
 - a) Temprana <1 año
 - b) Tardía o de duración desconocida



Sífilis

- Consideraciones diagnósticas
- Búsqueda de *T. pallidum* en campo obscuro
- Reacciones no treponémicas (VDRL, RPR)
- Reacciones treponémicas (FTA-ABS, TP-PA)

Sífilis

- Manejo de parejas sexuales
 - ❑ Personas que fueron expuestas durante los primeros 90 días
 - ❑ Personas sin seguimiento
 - ❑ Personas con sífilis de duración desconocida
 - ❑ Personas con compañeros sexuales de mucho tiempo

Sífilis



Sífilis



Sífilis

- Tratamiento recomendado Primaria/Secundaria
 - Penicilina G Benzatínica 2.4 millones IM
 - Penicilina G Benzatínica 50,000 U/kg IM
- Seguimiento
 - 3, 6 y 12 meses

Sífilis

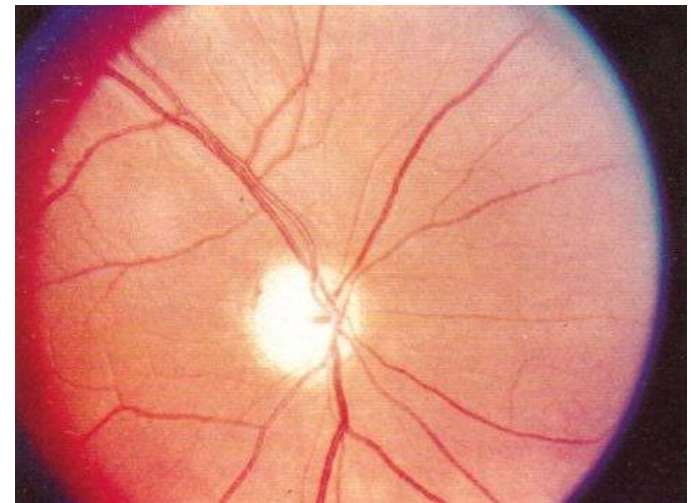
- Sífilis latente
 - Definición: Aquellos períodos después de la infección, el paciente es reactivo pero sin evidencia de enfermedad
 - Temprana: 1a Conversión serológica demostrada, síntomas de sífilis primaria secundaria o una pareja sexual infectada
 - Tardía >1a o desconocido

Sífilis

- Tratamiento recomendado
 - Sífilis latente temprana
 - Penicilina G benzatínica 2.4 millones IM
 - Sífilis latente tardía o sífilis de duración desconocida
 - Penicilina G Benzatínica 7.2 millones de unidades IM (2.4 mill x semana x 3 semanas)
- Tratamiento alternativo
 - Doxiciclina 100 mg bid por 28días

Sífilis

- Sífilis terciaria
- Tratamiento recomendado
 - 7.2 millones de unidades de penicilina G benzatínica



Sífilis

- Neurosífilis
 - La enf. del SNC puede ocurrir en cualquier etapa
 - Tratamiento recomendado
 - Penicilina G Cristalina 18-24 millones de unidades → 3-4 millones IV cada 4 hrs por 10-14 días
 - Continuar con Tx Latente Benzatínica 2.4 millones x semana x 3 semanas

Infección Vaginal

- Enfermedades caracterizadas por descarga vaginal
 - Tricomoniasis (*T. Vaginalis*)
 - Vaginosis bacteriana (Anaerobios y *G. Vaginalis*)
 - Candidiosis (*C. Albicans*)
 - Criterios diagnósticos
 - pH
 - Examinación microscópica de muestras

La paciente se queja de secreción vaginal, prurito o sensación urente vulvar

Realice la historia clínica y examine. Evalúe el riesgo

¿Secreción anormal o eritema vulvar?

NO

¿Alguna otra enfermedad genital?

NO

Instruya y oriente sobre reducción de riesgos
Promueva el uso y proporcione preservativos
Ofrezca asesoramiento y pruebas del VIH, si están disponibles

SÍ

Utilice el diagrama de flujo adecuado para tratamiento adicional

* Cuando agregar tratamiento para infección del cuello uterino

1. Si la paciente le informa que:
 - su pareja tiene síntomas;
 - ella es una profesional del sexo;
 - piensa que se expuso a una ITS
2. Si la paciente es de una zona de alta prevalencia de gonorrea y clamidia
3. Si el examen con espéculo revela:
 - secreción mucopurulenta
 - facilidad de sangrado del cuello uterino al tacto

SÍ

¿Dolor abdominal bajo?

NO

TRATAMIENTO PARA VAGINOSIS BACTERIANA Y TRICOMONIASIS

SÍ

Utilice el diagrama de flujo de dolor abdominal bajo

¿Eritema vulvar, edema/ secreción similar a la cuajada, excoriaciones, presencia de marcas de rascado?

NO

Instruya y oriente sobre reducción de riesgos
Promueva el uso y proporcione preservativos
Ofrezca asesoramiento y pruebas del VIH, si están disponibles

SÍ

TRATAMIENTO PARA CANDIDA ALBICANS

Administrador del programa:
Adaptación en base a la prevalencia local

Vaginosis bacteriana

- Vaginosis bacteriana
 - Reemplazo de los lactobacilos por anaerobios (*prevotella* y *mobiluncus*) *G. Vaginalis* y *M. Hominis*
 - Criterios diagnósticos
 - Una descarga no inflamatoria homogénea
 - Células clave
 - PH > 4.5
 - Prueba KOH +
 - Descarga vaginal fétida

Vaginosis Bacteriana

- Tratamiento recomendado
 - Metronidazol 500 mg bid por 7 días
 - Clindamicina crema 2% por 7 días
 - Metronidazol gel 0.75% bid por 5 días
 - Metronidazol 250 mg tid por 7 días



Tricomonirosis

- Características diagnósticas
 - Descarga fétida difusa, amarillo-verdosa con irritación vulvar
 - Asintomática
- DIAGNÓSTICO:
 - Microscopio 60-70%
 - Rápidas / Ac. Nucleicos



Tricomoniasis

Tratamiento recomendado

- Metronidazol 2 gr VO DU
 - Metronidazol 500 mg bid por 7 días
 - Tx pareja
-
- Embarazo
 - Metronidazol Categoría B
 - Tx 37 semanas
 - Lactancia: Evitar 12-24 horas

Infecciones Ectoparasitarias

Pediculosis pubis

- Tratamiento recomendado
 - Permetrin al 1% crema
 - Lindano al 1% shampoo

Escabiasis

- Prurito
- Tratamiento recomendado
 - Permetrin crema al 5%
 - Lindano al 1% loción
 - Ivermectin 250 mg/kg DU

Infecciones Ectoparasitarias

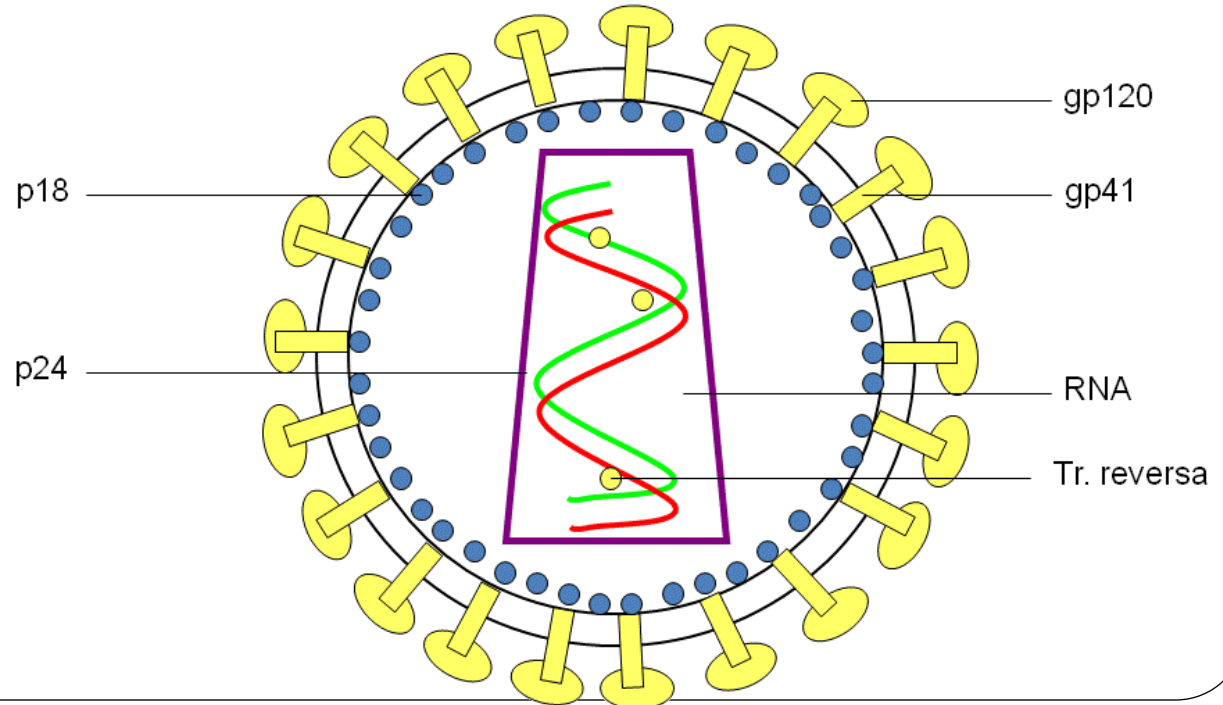


Caso Clínico

- Hombre de 40 años previamente sano que acude por fiebre, malestar general, y dolor faríngeo de 1 semana de evolución. Se le realizó prueba de influenza que fue negativa.
- Exploración física
- TA: 120/80, FC:80, FR:12, TC:38°C
- Faringe con hiperemia y linfadenopatías cervicales
- Resto sin alteraciones

Síndrome Retroviral Agudo

- **VIH**
- **FAMILIA:** Retrovirus
- **SUBFAMILIA:** Lentivirus
- HIV 1 y HIV 2



Síndrome Retroviral Agudo

- El 50-70% refieren algún síntoma del Síndrome retroviral agudo.
- 3-6 semanas después de la infección primaria
- Se asocia síntomas o signos variados como:
 - Fiebre, faringitis, linfadenopatías, cefalea/dolor retroocular, artralgias/ mialgias, anorexia, náusea, diarrea, vómito
 - Síntomas neurológicos: meningitis, encefalitis, mielopatía
 - Dermatológicos: Exantema maculopapular, úlceras
 - Es posible encontrar infecciones oportunistas
- Para el diagnóstico oportuno se recomienda realizar carga viral

Infecciones de Transmisión Sexual

Prevención y Control

- ✓ Educación
- ✓ Identificación de personas infectadas
- ✓ Diagnóstico y Tratamiento efectivo
- ✓ Evaluación de la pareja
- ✓ Vacunación pre-exposición
 - ✓ VPH/ VHB

Prácticas Seguras

Mensajes de prevención

- Abstinencia
- Pareja Estable Monógama
- Estudios previos

Vacunación contra hepatitis y Virus de Papiloma Humano

Prácticas Seguras

Métodos de prevención

Condomes masculinos

Condomes femenino

Educación de VIH y otras ITS

