

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Guía de Práctica Clínica

Enfermedades de Transmisión Sexual en el Adolescente y Adulto que producen Úlceras Genitales: Herpes, Sífilis, Chancroide, Linfogramuloma venéreo y Granuloma inguinal

## Evidencias y Recomendaciones

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-094-08

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

Página Web: [www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General  
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **Enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.** México: Secretaría de Salud. **2008**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:  
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

**ISBN en trámite**

A51 Sífilis precoz  
 A55 Linfogranuloma (venéreo) por clamidias  
 A57 Chancro blando (chancroide)  
 A58 Granuloma inguinal  
 A60 Infección debida a virus del herpes

Guía de Práctica Clínica  
 Enfermedades de Transmisión Sexual en el Adolescente y Adulto que producen Úlceras Genitales: Herpes, Sífilis, Chancroide, Linfogranuloma venéreo y Granuloma inguinal

Autores:		Adscripción/ Cargo
Roberto Arias Raya	Medicina Familiar	Médico adscrito a Medicina Familiar HGZ/MF2 Irapuato, Delegación: Guanajuato
Norma Patricia Constantino Casas	Medicina Familiar	Coordinadora Médica de Programas División de Excelencia Clínica, Coordinación de UMAE, IMSS
María Magdalena Cruz Aragón	Medicina Familiar	Directora UMF 38 Oaxaca Delegación Oaxaca
Ángel Gerardo Lara López	Medicina Familiar	IMSS Coordinador Médico de Consulta Externa UMF 82 Saltillo, Delegación: Coahuila
María de Jesús Lozano Ortega	Psicología	Psicóloga Clínica Hospital de Psiquiatría Siglo XXI "Héctor Tovar Acosta", Delegación: sur D. F.
José Antonio Mata Marín	Infectología	Médico Adscrito a Infectología Hospital de Infectología CMN La Raza Delegación Norte D.F.
Validación Interna:		
Miguel Chávez Gómez	Urología	Médico Adscrito al Servicio de Urología HGZ 1, Aguascalientes Delegación: Aguascalientes
Antonio Francisco Martínez Hernández	Medicina Familiar	IMSS Médico adscrito a Medicina Familiar UMF 20 Huamantla, Delegación: Tlaxcala
María de la Luz Rivero Díaz	Medicina Familiar	Directora UMF 20 Huamantla, Delegación: Tlaxcala
Validación Externa:		Academia Mexicana de Cirugía A.C.
Jesús Carlos Briones Garduño		

<b>Índice</b>	<b>Pág.</b>
1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder por esta Guía.....	7
3. Aspectos Generales.....	8
3.1 Justificación.....	8
3.2. Objetivo de esta Guía .....	8
3.3. Definición .....	9
4. Evidencias y Recomendaciones .....	10
4.1 Prevención Primaria.....	11
4.1.1 Promoción de la salud (Educación para la salud).....	11
4.1.1.1 Estilos de Vida.....	11
4.2 Prevención Secundaria .....	12
4.2.1 Detección .....	12
4.2.1.1 Pruebas de riesgo (Identificación de grupos de riesgo) .....	12
4.2.1.2 Pruebas de detección específica (Prueba de Tamizaje) .....	13
4.3 Diagnóstico.....	13
4.3.1 Diagnóstico Clínico.....	13
4.3.2 Pruebas Diagnósticas (Laboratorio y gabinete).....	15
4.4 Tratamiento .....	17
4.4.1 Tratamiento Farmacológico de las enfermedades de transmisión sexual.....	17
4.4.1.1 Tratamiento farmacológico de la sífilis primaria .....	17
4.4.1.2 Tratamiento farmacológico del herpes simple genital.....	20
4.4.1.3 Tratamiento farmacológico de chancroide .....	21
4.4.1.4 Tratamiento farmacológico de linfogranuloma venéreo .....	22
4.4.1.5 Tratamiento farmacológico de granuloma inguinal .....	23
4.5 Criterios de referencia y contrareferencia .....	24
4.5.1 Criterios técnicos médicos de referencia.....	24
4.5.1.1 Referencia al segundo nivel de atención.....	24
4.6 Vigilancia y seguimiento .....	27
4.6.1 Vigilancia y seguimiento en el paciente con enfermedades de transmisión sexual .....	27
4.6.1.2 Vigilancia y seguimiento en el paciente con sífilis primaria .....	28
4.6.1.3 Vigilancia y seguimiento en el paciente con chancroide .....	29
4.6.1.4 Vigilancia y seguimiento en el paciente con linfogranuloma venéreo .....	30
4.6.1.5 Vigilancia y seguimiento en el paciente con herpes simple .....	30
4.7 Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad en donde proceda .....	31
Algoritmos.....	33
5. Definiciones Operativas.....	36
6. Anexos.....	38
6.1 Protocolo de búsqueda.....	38
6.2 Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la recomendación .....	39
6.3 Clasificación o Escalas de la Enfermedad .....	42
6.4 Medicamentos.....	44
7. Bibliografía.....	47
8. Agradecimientos .....	49
9. Comité Académico.....	50
10. Directorio .....	51
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	52



<p><b>MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN</b></p>	<p>Validación del protocolo de búsqueda                  Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos                  Validación Interna: <b>Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica</b>                  Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica                  Revisión externa : <b>Academia Mexicana de Cirugía A.C.</b></p>
<p><b>CONFLICTO DE INTERÉS</b></p>	<p>Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica</p>
<p><b>REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN</b></p>	<p>REGISTRO <b>IMSS-094-08</b> FECHA DE ACTUALIZACIÓN <b>a partir del registro 2 a 3 años</b></p>

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo para sospecha de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en adolescentes y adultos en el primer nivel de atención?
2. ¿Cuáles son las medidas más efectivas para la prevención de las ETS en adolescentes y adultos en el primer nivel de atención?
3. ¿Cuáles son los elementos para el diagnóstico clínico de las enfermedades de transmisión sexual que producen úlceras (herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal)?
4. ¿Cuáles son los esquemas de tratamiento más efectivos de las ETS que producen úlceras?
5. ¿Cuáles son los criterios de referencia para segundo nivel de las ETS que producen úlceras?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

Las ETS son un problema de salud pública principalmente en países en vías de desarrollo debido a que 85% de su población es sexualmente activa, por lo que el riesgo de contraer esas infecciones se incrementa. Los mecanismos de transmisión son complejos y ligados a grupos con prácticas de riesgo; el problema es aun mayor debido a que las personas infectadas lo transmiten a sus parejas a través de contacto sexual sin protección.

En México, las ETS se sitúan entre los cinco primeros motivos de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se encuentran entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad (NOM, 1999).

Las fallas en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ETS en estadios tempranos pueden ocasionar enfermedad aguda y crónica, graves complicaciones y secuelas, infertilidad, pérdida fetal, embarazo ectópico, cáncer anogenital y muerte prematura. Como consecuencia de los tratamientos, las complicaciones y secuelas resultantes, los costos de atención son elevados.

Los médicos y otros profesionales de la salud tienen un papel crítico en la prevención y tratamiento de las ETS. Dentro de este gran grupo existen aquellas que se caracterizan por flujo vaginal, úlceras genitales, inflamación pélvica, uretritis y cervicitis, entre otras. Esta guía de práctica clínica (GPC) se enfoca únicamente a las que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. En el IMSS en 2006 ese grupo de 5 enfermedades fueron causa de 5,428 consultas en medicina familiar (0.010% del total de ese servicio), 361 (0.003%) en urgencias y 1,193 (0.009%) en la consulta de especialidad.

Las ETS son frecuentes en los adolescentes ya que carecen de adecuada educación sexual y de acceso a métodos de protección tanto para embarazo como para contagiarse. Por otro lado, en los países en vías de desarrollo, como México, los adolescentes conforman una gran proporción de sus pirámides poblacionales.

La elaboración de una GPC de ETS se justifica por su alta prevalencia asociada a gran demanda de atención médica. Ya que las ETS que se abordan en esta GPC pueden acompañar a otros padecimientos de gran impacto socioeconómico (infección por VIH y hepatitis B), se requiere realizar un adecuado diagnóstico diferencial, manejo y prevención. Las recomendaciones de la GPC ayudarán a disminuir el impacto socio-económico asociado a consultas y medicamentos, complicaciones, disminución de la productividad y afectación de la calidad de vida de los pacientes.

El propósito de esta GPC es ser una herramienta para facilitar la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las ETS que producen úlceras en los adolescentes y adultos que atiende el primer nivel de atención y que esto, a su vez, conduzca a la homogenización de criterios de manejo, mejora en la calidad de atención y uso eficiente de los recursos.

#### 3.2. OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica **Enfermedades de Transmisión Sexual en el Adolescente y Adulto que Producen Úlceras Genitales: Herpes, Sífilis, Chancroide, Linfogranuloma Venéreo y Granuloma Inguinal** Forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías de

### **Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.**

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del Primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Unificar criterios para el abordaje de las ETS en el adolescente y adulto que producen úlceras (herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal) en el primer nivel de atención.
2. Formular recomendaciones utilizando la evidencia y el consenso de expertos en los aspectos de la prevención, diagnóstico y tratamiento de ETS en el adolescente y adulto que producen úlceras (herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal) en el primer nivel de atención.
- 3 Establecer los criterios de referencia al segundo nivel de atención de ETS en el adolescente y adulto que producen úlceras (herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal) en el primer nivel de atención

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### **3.3. DEFINICIÓN**

**Enfermedades de transmisión sexual:** grupo de padecimientos que se adquiere y trasmite por actividad sexual. Se han denominado también “infecciones de transmisión sexual” bajo el argumento de que abarcan ambos, la presentación sintomática y asintomática y que facilita legitimizar la necesidad para la evaluación integral del paciente y el tamizaje de aquellos con riesgo identificado, a pesar de la sintomatología (Canadian Guidelines, 2007).

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
<b>E.</b> La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
<b>E.</b> El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	la [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



BUENA PRÁCTICA

#### 4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

##### 4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD (EDUCACIÓN PARA LA SALUD)

##### 4.1.1.1 ESTILOS DE VIDA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



El inicio de relaciones sexuales sin protección y las múltiples parejas sexuales favorecen la aparición de ETS que producen úlceras

IV  
[E. Shekelle]  
CGSTI, 2007

IV  
[E. Shekelle]  
Ethiopia-NAGMSTI, 2006



Proporcionar educación sexual y consejería en personas con actividad sexual promoviendo:

- monogamia
- uso de condón
- prácticas sexuales protegidas

✓  
Buena Practica

## 4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

### 4.2.1 DETECCIÓN

#### 4.2.1.1 PRUEBAS DE RIESGO (IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS DE RIESGO)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Se han identificado como factores de riesgo para ETS que producen úlceras el pertenecer a los siguientes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adolescentes</li> <li>- sexo servidores</li> <li>- drogadictos</li> <li>-con múltiples parejas sexuales</li> <li>-parejas de pacientes portadores de ETS.</li> </ul>	<p>IV [E. Shekelle] CGSTI, 2007</p>
	<p>Promoción de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- uso de condón</li> <li>- control médico de sexo servidores</li> <li>-consejería a personas adolescentes y/o con adicciones</li> <li>- relaciones monogámicas</li> <li>- notificación y manejo a la(s) pareja(s).</li> </ul>	<p>IV [E. Shekelle] Ethiopia-NAGMSTI, 2006</p>
	<p>La falta de educación sexual es factor predisponente para la aparición de ETS que producen úlceras.</p>	<p>IV [E. Shekelle] CGSTI, 2007</p>
	<p>De acuerdo a los recursos: El médico familiar otorgará información y educación sexual, a través de material didáctico, al igual que la derivación oportuna a grupos de apoyo (Medicina preventiva, Trabajo social, Psicología).</p>	<p>✓ Buena Practica</p>
	<p>El condón minimiza el riesgo de trasmisión de ETS que producen úlceras</p>	<p>IV [E. Shekelle] CGSTI, 2007</p>
		<p>IV [E. Shekelle] Egypt GMSTI, 2006</p>



Educar al paciente en el uso adecuado del condón:

- demostrar a cada paciente como usar el condón correctamente
- la clínica debe proveer condones (12-15 mensual).



Buena Practica

#### 4.2.1.2 PRUEBAS DE DETECCIÓN ESPECÍFICA (PRUEBA DE TAMIZAJE)

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
 <p>Ante la presencia de factores de riesgo para ETS y en embarazo la prueba de serología VDRL con una titulación mayor 1:8 se considera positiva para sífilis. Ante un paciente de VIH positivo puede asociarse otra ETS, como sífilis.</p>	<p>IV [E. Shekelle] CEG/BASHH 2007</p>
 <p>Realización del tamizaje a personas con factores de riesgo y en embarazadas</p>	<p>IV [E. Shekelle] CDC, 2006 D [E. Shekelle] CEG SYPHILIS 2007</p>

### 4.3 DIAGNÓSTICO

#### 4.3.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Presencia de úlcera a nivel bucal y/o genital y/o anal y/o acompañada de adenopatía y/o vesículas, según la región.</p>	<p>IV [E. Shekelle] CGSTI, 2007</p>



Realizar historia clínica completa, existen datos en el examen físico en la primera consulta que ayudan a integrar el diagnóstico.

✓  
Buena Practica



La sífilis primaria se manifiesta por la presencia de una úlcera genital que suele ser única, de fondo limpio y bordes elevados

IV  
[E. Shekelle]  
CGSTI, 2007

IV  
[E. Shekelle]  
MMWR, CDC, 2006



Explorar en búsqueda de adenomegalias inguinales; en algunos casos tiene presentaciones atípicas con úlceras dolorosas, múltiples, purulentas y destructivas, puede causar balanitis sifilítica de Follman; su periodo de incubación promedio es de 3 semanas (3-90 días)

✓  
Buena Practica



El herpes genital se asocia a múltiples úlceras acompañadas de vesículas, ardor y prurito; se acompaña de disuria, exudado vaginal y/o uretral

IV  
[E. Shekelle]  
CEG HERPES SIMPLEX/BASHH, 2007

IV  
[E. Shekelle]  
MMWR, CDC, 2006



Explorar adecuadamente al paciente buscando la presencia de vesículas, valorar si los cuadros son recurrentes lo que sustentará mejor el diagnóstico; el periodo de incubación es en promedio 6 días; se asocia a síntomas sistémicos como fiebre y artromialgias.

✓  
Buena Practica



En chancroide la úlcera suele ser única (poco frecuente que sea múltiple) de fondo sucio, necrótico y purulento, bordes mal delimitados, sangra al contacto, dolorosa que aumenta a la presión, suele progresar de una pápula a pústula y posteriormente se ulcera

IV  
[E. Shekelle]  
CEG CHANROID/BASHH, 2006  
MMWR, CDC, 2006



Es más frecuente en hombres, la presencia de la úlcera en el prepucio, frenillo y surco balano-prepucial; en las mujeres es más frecuente en el horquilla vaginal; se debe buscar linfadenopatía que se presenta hasta en 50%, suele ser

✓  
Buena Practica

dolorosa, unilateral y supurativa, lo cual sugiere fuertemente el diagnóstico; el periodo de incubación del H. ducreyi es de 48 a 72 h.

E

En el linfogranuloma venéreo la úlcera genital o pápula desaparece rápidamente, en algunas ocasiones no se presenta; en esta enfermedad el signo predominante es la linfadenopatía inguinal y/o femoral bilateral dolorosa.

Explorar regiones inguinales y/o femorales en hombres que tienen sexo con hombres, puede verse manifestado por proctocolitis o úlceras rectales; el periodo de incubación de la clamidia es de 5 a 7 días.

IV  
[E. Shekelle]  
CEG LGV/BASHH, 2007  
MMWR, CDC, 2006

✓

Buena Practica

✓/R

E

En el granuloma inguinal se desarrollan pápulas o nódulos en el sitio de inoculación las cuales con el paso de los días se ulceran, no son dolorosos y tienen fondo eritematoso con sangrado al contacto

IV  
[E. Shekelle]  
CEG GRANULOMA 2001  
BASHH, 2006  
MMWR, CDC, 2006

✓

Buena Practica

✓/R

Los pacientes con granuloma inguinal se presentan con adenopatías inguinales y formaciones de pseudobubones que se ulceran y puede llevar a lesiones extensas. El periodo de incubación de K. granulomatis es de semanas a meses

#### 4.3.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (LABORATORIO Y GABINETE)

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

E

Demostración del T. pallidum en las lesiones o ganglios linfáticos infectados. Mediante microscopia del tejido oscuro del fondo de la lesión.

III  
UK NGMS 2008

E

Prueba de reacción en cadena de la polimerasa de tejidos como vítreo o líquido cefalorraquídeo

I**lb**  
UK NGMS 2008

E

Las pruebas serológicas de detección de la sífilis deben ser realizadas de forma rutinaria en los pacientes con enfermedades genitourinarias.

**II**  
UK NGMS 2008

Pruebas específicas para *T. pallidum*:

1. Prueba de inmuno ensayo para detección de IgG e IgM
2. Prueba de ensayo iluminiscente
3. Prueba de hemaglutinación
4. Prueba de anticuerpos fluorescentes absorbidos
5. Prueba de inmuno ensayo recombinante de antígenos.

R

Cuando sea posible se deben realizar pruebas confirmatorias como son:

1. Demostración del treponema pallidum
2. RCP
3. Prueba de inmuno ensayo para detección de IgG e IgM
4. Prueba de ensayo iluminiscente
5. Prueba de hemaglutinación
6. Prueba de anticuerpos fluorescentes absorbidos
7. Prueba de inmuno ensayo recombinante de antígenos.

**B**  
UK NGMS 2008

E

La realización de pruebas no treponémicas del tipo VDRL es mandatoria ante sospecha de sífilis en títulos >1:8

**IV**  
[E. Shekelle]  
CEG SYPHILIS

R

La prueba de VDRL es altamente sensible pero poco específica, se recomienda se realice antes del tratamiento. Ya que otras trepanomatososis como Yaws o mal de pinto pueden dar resultados positivos, a VDRL/ Prueba de medición rápida de reagina en plasma (1:8). Y no es posible excluir la sífilis latente en esta situación.

**IV**  
[E. Shekelle]  
MMWR, CDC, 2006

**D**  
[E. Shekelle]  
CEG SYPHILIS  
**D**  
[E. Shekelle]  
CDC, 2006

**R**

Un VDRL cuantitativo /Prueba de medición rápida de reagina en plasma se debe realizar el día que se inicia el tratamiento, ya que esta proporciona una base precisa para el seguimiento de respuesta a tratamiento.

C  
UK NGMS 2008

**E**

La FTA-ABS, no se recomienda como un estándar de ensayo de confirmación (European Sífilis IUSTI Orientación / OMS, 2007).

IV  
UK NGMS 2008

**R**

Se recomienda repetir siempre las pruebas positivas en una segunda muestra para confirmar el resultado con una prueba diferente

C  
UK NGMS 2008

Se recomienda para el tamizaje:

1. Prueba de inmuno ensayo
2. Prueba de hemaglutinación
3. VDRL / Prueba de medición rápida de reagina en plasma.

**R**

La prueba de inmunoblot se recomienda cuando la prueba no confirma el resultado positivo del tamizaje.

C  
UK NGMS 2008

**E**

Se recomiendan controles a las 6 semanas y 3 meses (incluida una prueba de IgM específica) después de resultados negativos de campo oscuro de las lesiones ulcerativas que podría deberse a la sífilis, o los contactos demostrado o se sospecha de sífilis.

C  
UK NGMS 2008

#### 4.4 TRATAMIENTO

##### 4.4.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

##### 4.4.1.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA SÍFILIS PRIMARIA

#### Evidencia/Recomendación

#### Nivel/Grado

**E**

Esquema recomendados en sífilis en incubación y/o tratamiento epidemiológico:

1. Penicilina benzatínica G 2.4 MUI IM dosis única
2. Dicloxacilina 100 mg VO por 14 días
3. Azitromicina 1g VO.

III  
UK NGMS 2008

E

Penicilina G Benzatínica es el fármaco de elección ante un caso de sífilis

II  
III (en pacientes con VIH)  
CGSTD, 2007

E

Sífilis temprana (primaria, secundaria y latente)

1. Penicilina benzatínica G 2.4 MUI IM dosis única
2. Penicilina procaínica G 600 000 UI IM por 10 días.

1b  
UK NGMS 2008

III  
UK NGMS 2008

E

Esquemas alternativos para sífilis temprana: (como en pacientes alérgicos a la penicilina o que no acepten tratamiento parenteral)

1. Doxiciclina 100 mg VO por 14 días III, B
2. Azitromicina 2 g VO (1b, B) o Azitromicina 500 mg al día 10 días (II, B)
3. Eritromicina 500 mg. VO por 14 días III, B
4. Ceftriaxona 500 mg IM diario por 10 días (si no tiene alergia a las penicilinas)
5. Amoxicilina 500 mg VO + Probenecid 500 mg por 14 días III, B

II-III  
UK NGMS 2008

E

Sífilis latente tardía, gomosa y sífilis cardiovascular

1. Penicilina benzatínica 2,4 MUI IM semanal por dos semanas (tres dosis)
2. Penicilina procaína 600.000 unidades IM dosis única por 17 días

III  
UK NGMS 2008

E

Esquema alternativo de sífilis latente tardía, sífilis cardiovascular y gomosa

1. Doxiciclina 100 mg VO por 28 días
2. Amoxicilina 2 g VO + Probenecid 500 mg por 28 días

III- IV  
UK NGMS 2008

E

Sífilis temprana en el embarazo

1. Penicilina G benzatína 2,4 MUI IM dosis única en el primer y segundo trimestre (II, B). Cuando el tratamiento es la maternidad iniciado
2. En el tercer trimestre, una segunda

II-III  
UK NGMS 2008

dosis de benzatina penicilina G 2,4 MUI IM debe darse después de una semana (día 8).

3. Penicilina G procaínica 600.000 unidades IM. diario 10 días (III, B)

#### Esquemas alternativos

1. Amoxicilina 500 mg VO + Probenecid 500 mg VO 14 días (III, B)
2. Ceftriaxona 500 mg IM a diario 10 días (III, B)
3. Eritromicina 500 mg VO 14 días o Azitromicina 500 mg PO diario 10 días más la evaluación y el tratamiento de recién nacidos en el parto con penicilina (III, B)

E

#### La sífilis congénita

1. Bencilpenicilina sódica 100,000-150.000 unidades / kg al día IV (divididas en dosis de 50.000 unidades / kg 12 horas en los primeros 7 días de vida y 8 horas después) 10 días
2. Penicilina procaína 50.000 unidades / kg al día IM 10 días

III  
UK NGMS 2008

E

#### Neurosífilis incluyendo afectación neurológica y oftálmica de la sífilis temprana

1. Penicilina procaínica 1.8-2.4 MUI IM + Probenecid 500 mg por 17 días
2. Bencilpenicilina 18-24 MUI diario

#### Esquemas alternativos

1. Doxiciclina 200 mg VO 28 días
2. Amoxicilina 2g VO. + Probenecid 500 mg VO 28 días
3. Ceftriaxona 2g IM (con lidocaína como diluyente) o IV (con agua como diluyente,) 14 días

III  
UK NGMS 2008

R

Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de UI IM en dosis única

IV  
UK NGMS 2008  
A  
CGSTD, 2007  
UK NGMS 2008

B

		UK NGMS 2008
		C UK NGMS 2008
<b>E</b>	Doxiciclina es el antibiótico recomendado en pacientes alérgicos a la penicilina	II CGSTD, 2007
		III UK NGMS 2008
<b>R</b>	Prescribir doxiciclina 100 mg VO cada 12 h por 14 días	B CGSTD, 2007
		B UK NGMS 2008
<b>E</b>	Una opción para pacientes alérgicos a la penicilina que no toleren vía oral o la doxiciclina es la ceftriaxona.	II CGSTD, 2007
<b>R</b>	Prescribir ceftriaxona 1 g IV o IM diario por 10 días	B CGSTD, 2007
<b>E</b>	Cuando existen alteraciones cardiovasculares o neurológicas se pueden utilizar esteroides. Durante el embarazo se requiere de monitoreo fetal adicional.	IV UK NGMS 2008
<b>R</b>	Se recomienda prednisolona 40-60 mg diarios durante tres días, a las 24 horas de iniciar el tratamiento antitreponema	C UK NGMS 2008

#### 4.4.1.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL HERPES SIMPLE GENITAL

### Evidencia/Recomendación

### Nivel/Grado

<b>E</b>	El aciclovir es una droga antiviral, oral, indicada en los primeros 5 días del comienzo del primer episodio y mientras las nuevas lesiones empiezan a aparecer.	I CEG HERPES SIMPLEX 2006
----------	---	------------------------------

<b>R</b>	<p>El aciclovir se debe administrar a dosis de 200 mg en 5 dosis por día por un periodo de 5 días, vía oral. O prescribir 400 mg, vía oral, tres veces por día por 5 días.</p>	<p>A CEG HERPES SIMPLEX 2006</p>
<b>E</b>	<p>El valaciclovir es una droga antiviral, oral, útil para el herpes simple genital, en un periodo de administración de 1-3 días.</p>	<p>I CEG HERPES SIMPLEX 2006</p>
<b>R</b>	<p>El valaciclovir se debe administrar en períodos de tratamiento cortos, a dosis de 500 mg en una dosis por día por 3 días (Nota: en caso de no contar con ella, valorar la subrogación en pacientes específicos).</p>	<p>A CEG HERPES SIMPLEX 2006</p>
<b>E</b>	<p>El famciclovir es una droga antiviral, oral, útil para herpes simple genital, en un primer episodio y en una recurrencia.</p>	<p>I CEG HERPES SIMPLEX 2006</p>
<b>R</b>	<p>El famciclovir se administra en un episodio inicial a una dosis de 250 mg tres veces al día, por 5 días. Se prescribe 1 gr al día, dosis única, como terapia de manejo corto. (Nota: en caso de no contar con ella, valorar la subrogación en pacientes específicos).</p>	<p>A CEG HERPES SIMPLEX 2006</p>

#### 4.4.1.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE CHANCROIDE

### Evidencia/Recomendación

### Nivel/Grado

<b>E</b>	<p>La azitromicina es un medicamento útil en terapias de dosis únicas para combatir con éxito el <i>Haemophilus ducreyi</i> sin mostrar datos de resistencia.</p>	<p>Ib BASHH, 2007</p>
<b>R</b>	<p>La azitromicina se administra en dosis de 1 gr, vía oral en dosis única.</p>	<p>A BASHH, 2007</p>

<b>E</b>	La ceftriaxona es una cefalosporina de tercera generación útil para el chancroide.	Ib BASHH, 2007
<b>R</b>	La dosis de ceftriaxona es de 250 mg intramuscular en dosis única	B BASHH, 2007
<b>E</b>	El ciprofloxacino es una quinolona que ha mostrado eficacia terapéutica importante para el chancroide (estudios aleatorizados doble ciego y con grupos control).	Ib BASHH, 2006
<b>R</b>	Prescribir ciprofloxacino 500 mg, vía oral, dos veces al día por 3 días	B BASHH, 2007
<b>E</b>	La eritromicina a altas dosis por 7 días es recomendada por la OMS en el manejo del chancroide, con un alto índice de eficacia.	Ib BASHH, 2007
<b>R</b>	Prescribir eritromicina 500 mg cuatro veces al día VO por 7 días	B BASHH, 2007

#### 4.4.1.4 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LINFOGRANULOMA VENÉREO

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado	
<b>E</b>	Doxiciclina es el fármaco de primera línea para linfogranuloma venéreo	III/IV CEG/BASHH, 2006  IV [E. Shekelle] MMWR, CDC, 2006

<b>R</b>	Prescribir 100 mg VO cada 12 h por 21 días	B CEG/BASHH, 2006
<b>E</b>	Eritromicina es el fármaco alternativo para el tratamiento	D [E. Shekelle] CDC, 2006 IV CEG/BASHH, 2006
<b>R</b>	Prescribir 500 mg VO cada 6 h por 21 días	IV [E. Shekelle] MMWR, CDC, 2006  B CEG/BASHH, 2006
<b>E</b>	La alternativa al tratamiento de eritromicina por la pobre tolerancia gástrica es la azitromicina	D [E. Shekelle] CDC, 2006  IV CEG/BASHH, 2006
<b>R</b>	Se recomienda azitromicina 1 g VO en dosis única (Nota: en caso de no contar con ella, valorar la subrogación en pacientes específicos)	IV [E. Shekelle] MMWR, CDC, 2006  C CEG/BASHH, 2006  D [E. Shekelle] MMWR, CDC, 2006

#### 4.4.1.5 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE GRANULOMA INGUINAL

### Evidencia/Recomendación

### Nivel/Grado

<b>E</b>	Azitromicina es el fármaco de elección para el tratamiento del granuloma inguinal	Ib CEG/BASHH, 2001  IV MMWR, CDC, 2006
----------	---	--

<b>R</b>	Prescribir azitromicina 1 g VO cada semana por 3 semanas	B CEG/BASHH, 2001
<b>E</b>	Doxiciclina es el fármaco alternativo para el tratamiento del granuloma inguinal	D MMWR, CDC, 2006 IV CEG/BASHH, 2001
<b>R</b>	Prescribir doxiciclina 100 mg VO cada 12 h por 3 semanas	IV MMWR, CDC, 2006  C CEG/BASHH, 2001
<b>E</b>	Ciprofloxacino o norfloxacino es otro fármaco alternativo para este problema	D MMWR, CDC, 2006  IIb CEG/BASHH, 2001
<b>R</b>	Prescribir ciprofloxacino 500 mg VO cada 12 h por 3 semanas o norfloxacino	IV MMWR, CDC, 2006  B CEG/BASHH, 2001  IV MMWR, CDC, 2006

#### 4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

##### 4.5.1 CRITERIOS TÉCNICOS MÉDICOS DE REFERENCIA

##### 4.5.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
<b>E</b>	La promoción de la salud mental y sexual a través del apoyo del servicio de Psicología y Psiquiatría mejora la calidad de vida de pacientes con ETS, interrumpe su transmisión y reduce los factores de riesgo
	IV [E. Shekelle] CDC, 2006CGSTI, 2007
	IV [E. Shekelle] Ethiopia-NAGMSTI, 2006
<b>✓/R</b>	El médico familiar valorará el envío al servicio de Psicología y Psiquiatría
	✓ Buena Practica

E

Las ETS pueden acompañarse de comorbilidad de tipo ansiedad-depresión, alteraciones mentales y del comportamiento, adicciones, entre otras.

IV  
[E. Shekelle]  
CDC, 2006CGSTI, 2007

✓/R

El médico familiar valorará el envío al servicio de Psicología y Psiquiatría

IV  
[E. Shekelle]  
Ethiopia-NAGMSTI, 2006

✓/R

El riesgo obstétrico se eleva cuando se diagnostica ETS en cualquier trimestre del embarazo

✓  
Buena Practica

✓/R

Envío a 2do nivel (servicio Gineco-obstetricia) para tratamiento oportuno, evitar secuelas y complicaciones en el binomio materno-infantil.

✓  
Buena Practica

✓  
Buena Practica

E

Son criterios de derivación a la consulta de medicina interna:

- Síntomas anormales en la exploración neurológica o síntomas deficitarios neurológicos asociados a ETS
- Antecedente de relaciones sexuales bajo la influencia de sustancias como el alcohol o drogas

IV  
[E. Shekelle]  
CGSTI, 2007

✓/R

Envío al servicio de Medicina Interna

✓  
Buena Practica

✓/R

En caso de cuadro severo por herpes o complicación (infección diseminada, encefalitis o neumonitis) o complicaciones en SNC (meningitis o encefalitis) ameritará incapacidad y valoración por segundo nivel.

✓  
Buena Practica

✓/R

Ante un caso de herpes severo expedir incapacidad por al menos 10 días y canalizar a segundo nivel (tratamiento con aciclovir IV).

✓  
Buena Practica

E

En aquellos pacientes que se cataloga como neurosífilis por encontrar anomalías clínicas sugestivas (como cefalea, convulsiones, meningismo, datos de

IV  
[E. Shekelle]  
UK National Guideline for the Management of Late Syphilis 2002.

hemiparesia) y/o en el líquido cefalorraquídeo) se deberá realizar un seguimiento semestral con cuantificación celular hasta normalizar. La posibilidad de falla del tratamiento se puede deber a cualquiera de los siguientes factores como lo son: la progresión clínica, el incremento de títulos de treponema en dos o más diluciones o falla en la resolución de pleocitosis en el líquido cefalorraquídeo.



Valorar el envío urgente al servicio de Neurología o Medicina Interna  
Persistencia de úlceras genitales tras la administración de tratamientos preventivos, sintomáticos y sistémicos acorde a la guía de manejo y tratamiento de ETS en hombres.

✓  
Buena Practica  
IV  
[E. Shekelle]  
CGSTI, 2007



Envío al servicio de Urología

✓  
Buena Practica



Persistencia de úlceras genitales tras la administración de tratamientos preventivos, sintomáticos y sistémicos acorde a la guía de manejo y transmisión sexual en mujeres.

IV  
[E. Shekelle]  
CGSTI, 2007



Envío al servicio de Ginecología

✓  
Buena Practica



Puede existir persistencia de úlceras en región genital, perianal y anal, después de tratamientos preventivos, sintomáticos y sistémicos acordes a la guía de manejo y transmisión sexual.

IV  
[E. Shekelle]  
CGSTI, 2007



Envío al servicio de Dermatología

✓  
Buena Practica



La estrategia seleccionada para la referencia dependerá de varios factores como el riesgo de infección, seriedad de la enfermedad, resistencia del paciente para llevar un seguimiento y la disponibilidad de las medidas de tratamiento.

IV  
[E. Shekelle]  
Ethiopia-NAGMSTI, 2006



El médico familiar valorará el envío ordinario o urgente a 2º. nivel, Epidemiología, Trabajo Social y Psicología (adecuada consejería para apego al seguimiento).

✓  
Buena Practica



El apoyo psicológico en estados de ansiedad y depresión ayuda al manejo integral de cualquier enfermedad de trasmisión sexual.

IV  
[E. Shekelle]  
CGSTI, 2007



Envío a Psicología y/o Psiquiatría

✓  
Buena Practica

## 4.6 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

### 4.6.1 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO EN EL PACIENTE CON ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

#### Evidencia/Recomendación

#### Nivel/Grado



El paciente debe evitar el contacto sexual durante el tratamiento hasta la curación de las lesiones. La pareja debe ser tratada también.

IV  
[E. Shekelle]  
CGSTI, 2007

IV  
[E. Shekelle]  
Ethiopia-NAGMSTI, 2006



Se debe orientar al paciente en el control de ETS que producen úlceras para que exista apego al tratamiento de tal forma que puedan evitarse las complicaciones y secuelas

✓  
Buena Practica



El manejo de la pareja es de suma importancia para evitar:  
-la re-infección del paciente y/o pareja(s)  
-transmisión a otras pareja(s)  
-aparición de complicaciones  
-adquisición de otras ETS (que no producen úlceras).

IV  
[E. Shekelle]  
CGSTI, 2007

IV  
[E. Shekelle]  
Ethiopia-NAGMSTI, 2006

El paciente debe entender la importancia del tratamiento de su pareja(s) aun si él o ella está asintomático(a)



- el equipo multidisciplinario debe explicar el riesgo de re-infección de una pareja asintomática
- riesgo de complicación de su pareja
- motivar a la pareja (s) a acudir a la UMF al término del tratamiento
- dar un esquema de tratamiento adicional a la pareja.

✓  
Buena Practica

La consejería para la prevención es importante para que el paciente que padece ETS que producen úlceras tenga un tratamiento completo logrando la curación y se evite su diseminación.



IV  
[E. Shekelle]  
CGSTI, 2007

Se propone que el equipo multidisciplinario transmita los siguientes mensajes:

- el contacto sexual es la causa de la ETS que producen úlceras
- sin tratamiento la ETS puede causar complicaciones severas
- la forma de contagio de ETS incluye el VIH
- la ETS aumenta el riesgo de transmisión de VIH
- dar información de prácticas de sexo seguro y uso de condón
- ofrecer pases a servicios tales como Psicología, Trabajo Social, grupos de autoayuda, detección de VIH



IV  
[E. Shekelle]  
Ethiopia-NAGMSTI, 2006

✓  
Buena Practica

#### 4.6.1.2 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO EN EL PACIENTE CON SÍFILIS PRIMARIA

### Evidencia/Recomendación

### Nivel/Grado



Existe mejoría de las lesiones ulcerosas en la primera semana del tratamiento  
En ausencia de una prueba de cura el uso de VDRL es de utilidad esperando sea negativo o se mantenga estable a títulos bajos (1:4).

II  
CEG/BASHH, 2006

IV  
[E. Shekelle]  
MMWR, CDC, 2006

**R**

En el retratamiento de esta enfermedad se recomienda penicilina G benzatínica 2.4 millones de UI IM cada semana por 3 semanas. La falla a tratamiento se considera cuando no hay disminución de la titulación en 4 veces la basal después de 6 meses de iniciado el tratamiento, en este caso se recomienda referir al 2º. nivel para dar nuevo esquema con un antibiótico de diferente familia.

B  
CEG/BASHH, 2006

D  
[E. Shekelle]  
MMWR, CDC, 2006

#### 4.6.1.3 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO EN EL PACIENTE CON CHANCOIDE

### Evidencia/Recomendación

### Nivel/Grado

**E**

El paciente debe ser examinado a los 3 a 7 días de iniciada la terapia y debe haber mejoría en la lesión.

II  
CEG/BASHH, 2006

IV  
[E. Shekelle]  
MMWR, CDC, 2006

**R**

En caso de que no haya respuesta se deberá considerar:

1. Si el diagnóstico realizado es correcto
2. Coinfección con otra ETS
3. Infección por VIH
4. Uso inadecuado del tratamiento suministrado
5. Resistencia antimicrobiana del *H. ducreyi*

El tiempo de curación también depende del tamaño de la úlcera; úlceras muy grandes pueden tardar hasta 2 semanas en la curación. La curación de la linfadenopatía es más lenta que el de las úlceras; puede requerir aspiración cuando son fluctuantes.

B  
CEG/BASHH, 2006

D  
[E. Shekelle]  
MMWR, CDC, 2006

#### 4.6.1.4 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO EN EL PACIENTE CON LINFOGRANULOMA VENÉREO

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado	
<b>E</b>	El paciente debe seguirse hasta que los signos y síntomas se hayan resuelto	II CEG/BASHH, 2006
		IV [E. Shekelle] MMWR, CDC, 2006
<b>R</b>	Citar a valoración cada 7 días. En pacientes portadores de VIH el mismo régimen de tratamiento es recomendado; el tiempo de resolución en este grupo de pacientes es mayor	B CEG/BASHH, 2006
		D [E. Shekelle] MMWR, CDC, 2006

#### 4.6.1.5 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO EN EL PACIENTE CON HERPES SIMPLE

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado	
<b>E</b>	El paciente debe seguirse hasta que los signos y síntomas se hayan resuelto	II CEG/BASHH, 2006
		IV [E. Shekelle] MMWR, CDC, 2006
<b>R</b>	En pacientes portadores de VIH el mismo régimen de tratamiento es recomendado aunque debe considerarse agregar tratamiento con aminoglucósido (gentamicina)	B CEG/BASHH, 2006
		D [E. Shekelle] MMWR, CDC, 2006

#### 4.7 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD EN DONDE PROCEDA

Evidencia/Recomendación		Nivel/Grado
<b>E</b>	Una úlcera genital por sífilis primaria no es considerada como incapacitante	III/II CEG/BASHH, 2006
<b>R</b>	Una reacción de Jarish-Herxheimer que se presenta con escalofríos, cefalea, fiebre, artromialgias puede aparecer a las 8 a 12 h posterior a iniciado al tratamiento y ameritará 24 h de incapacidad que es el tiempo en que tarda en resolver el cuadro.	IV [E. Shekelle] MMWR, CDC, 2006
<b>✓/R</b>	En caso de cuadro severo por herpes o complicación (infección diseminada, encefalitis o neumonitis) o complicaciones en SNC (meningitis o encefalitis) ameritará incapacidad y valoración por segundo nivel.	C CEG/BASHH, 2006
<b>✓/R</b>	Ante un caso de herpes severo expedir incapacidad por al menos 10 días y canalizar a segundo nivel (tratamiento con aciclovir IV).	D [E. Shekelle] MMWR, CDC, 2006
<b>✓/R</b>	En el caso de pacientes con chancroide con linfadenopatía fluctante y dolorosa ameritará hasta 7 días de incapacidad y considerar canalizar a cirugía para drenaje en caso de que este sea muy grande.	✓ Buena Practica
<b>✓/R</b>	Es recomendado su abordaje por cirugía para evitar fístulas que ameritarán mayor tiempo de curación del problema.	✓ Buena Practica
<b>✓/R</b>	Es recomendado su abordaje por cirugía para evitar fístulas que ameritarán mayor tiempo de curación del problema.	✓ Buena Practica



Úlceras genitales por linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal no se consideran incapacitantes.

✓  
Buena Practica

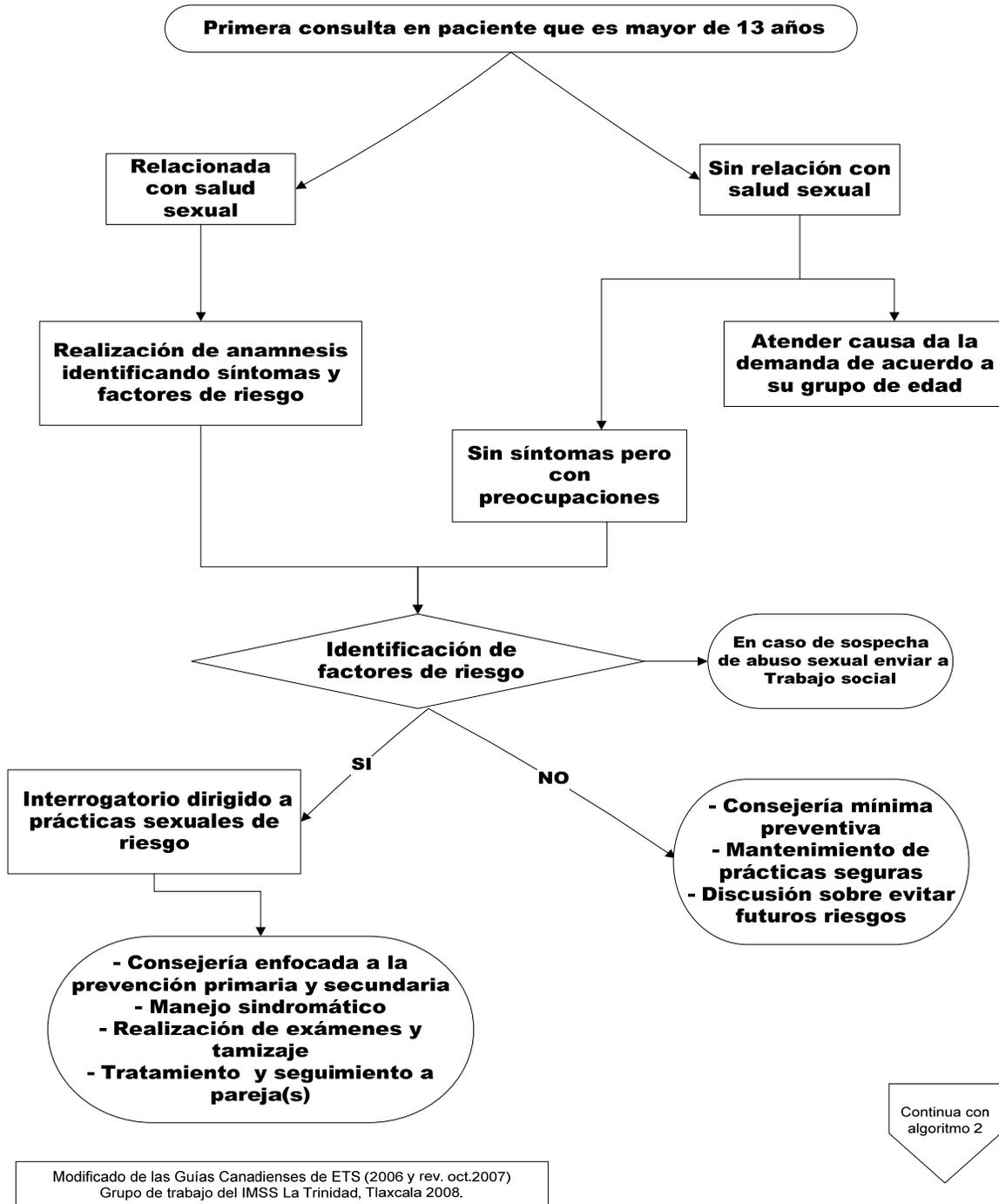


Solo en pacientes con lesiones cutáneas extensas en ingles como las ocasionadas en granuloma inguinal debe considerarse incapacidad y traslado a segundo nivel

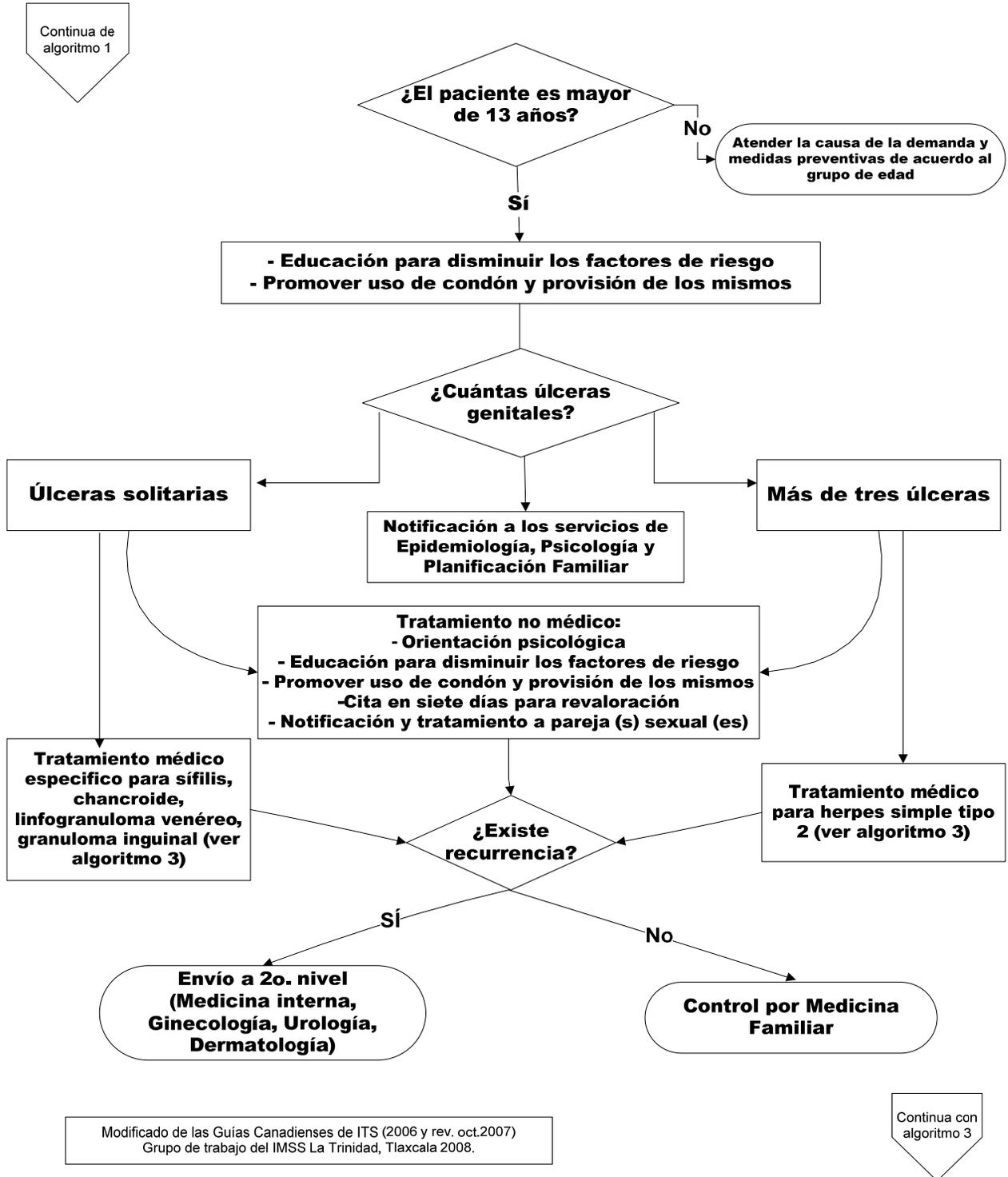
✓  
Buena Practica

## ALGORITMOS

Algoritmo 1  
Tratamiento y recurrencia de enfermedades de transmisión sexual que producen úlceras genitales

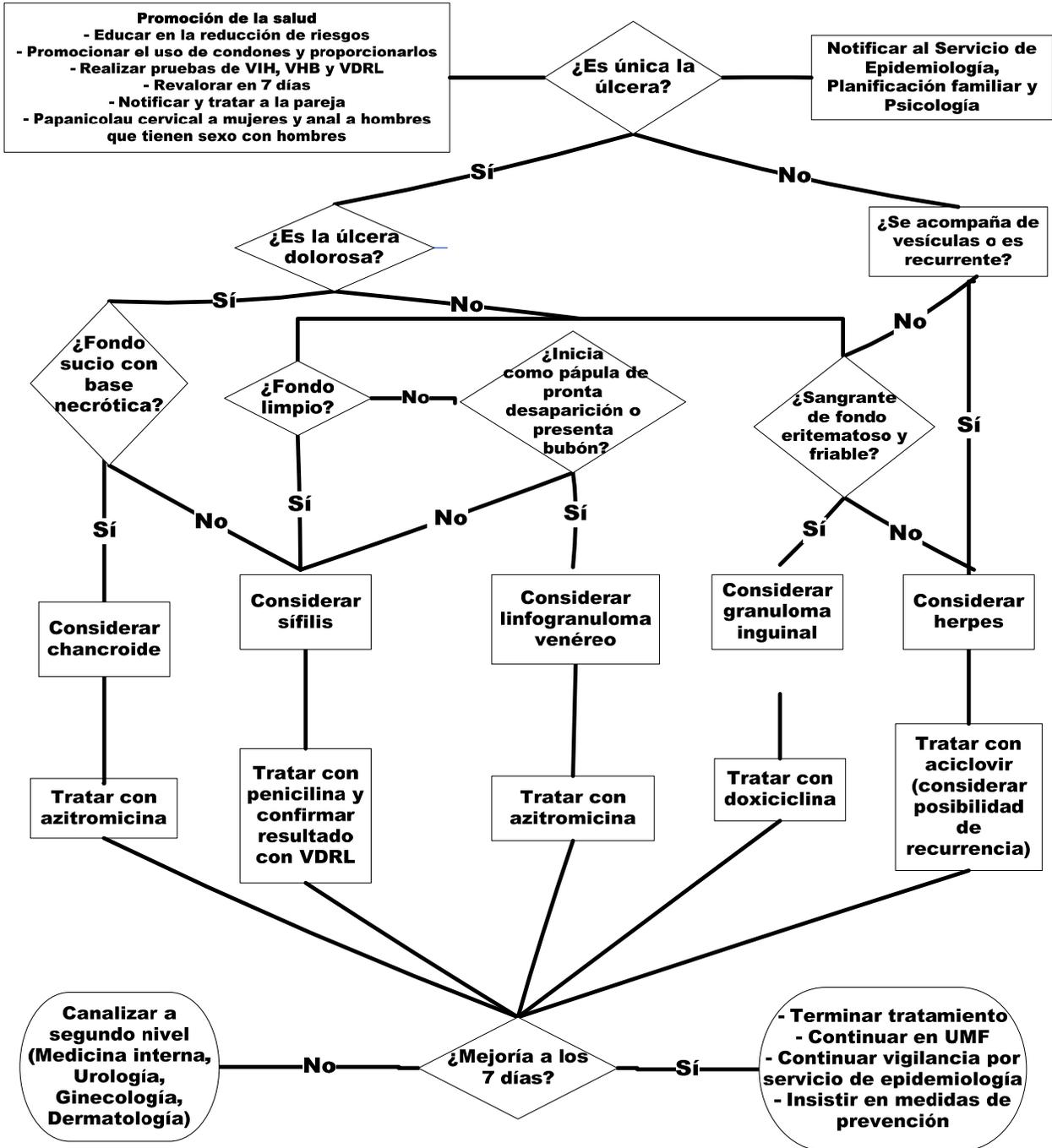


Algoritmo 2  
Tratamiento y recurrencia de enfermedades de transmisión sexual que producen úlceras genitales



Tratamiento y recurrencia de enfermedades de transmisión sexual que producen úlceras genitales

Continúa con algoritmo 2



Grupo de trabajo del IMSS La Trinidad, Tlaxcala 2008.

## 5. DEFINICIONES OPERATIVAS

**Adolescentes:** la Organización Mundial de la Salud define a la pre-adolescencia de los 10 a los 14 años y adolescencia de 15 a 19 años. Sin embargo, para fines de esta GPC se definió este grupo de edad como aquel comprendido entre los 13 y 19 años, siguiendo la clasificación de guías de enfermedades infecciosas del gobierno de los Estados Unidos de América (Antiretroviral guidelines, 2008).

**Adultos:** para fines de esta GPC se definió esta grupo de edad como aquella mayor de 20 años, siguiendo la clasificación del IMSS y de las guías de agentes antiretrovirales del gobierno de Estados Unidos.

**Caso confirmado:** cuando en un paciente con síntomas y signos genitales se aísle un microorganismo asociado por ETS por cultivo, serología, inmunofluorescencia, biopsia o técnica de biología molecular.

**Caso sospechoso:** el o la paciente que tenga signos y síntomas en genitales o sistémicos probables de una ETS.

**Condiciones de riesgo:** cualquier actividad en la que exista contacto con mucosas, tejidos, secreciones o líquidos potencialmente infectantes.

**Contagio:** transmisión de una ETS por contacto directo e indirecto.

**Control:** aplicación de medidas para la disminución de la incidencia en casos de enfermedad.

**Chancroide:** es una ETS cuyo agente causal es *Haemophilus ducreyi* y se caracteriza por ulceración ano-genital y linfadenitis con progresión a la formación de bubón. El periodo de incubación es de 3 a 10 días y la lesión inicial progresa rápidamente a formar una inflamación abierta. No hay síntomas prodrómicos

**Enfermedad de transmisión sexual (ETS):** grupo de padecimientos que se adquiere y trasmite por actividad sexual. Se han denominado también “infecciones de transmisión sexual” bajo el argumento de que abarcan ambos, la presentación sintomática y asintomática y que facilita legitimizar la necesidad para la evaluación integral del paciente y el tamizaje de aquellos con riesgo identificado, a pesar de la sintomatología (Canadian Guidelines, 2007).

**Granuloma inguinal:** también conocida como donovanosis, es una ETS que usualmente se manifiesta como una úlcera genital y es endémica de países tropicales. El agente causal es *Klebsiella granulomatis*. En el sitio de inoculación aparecen pápulas/nódulos con úlceras friables y lesiones hipertróficas que aumentan gradualmente en tamaño, generalmente no dolorosas. Se acompaña de inflamación de ganglios linfáticos. Las complicaciones son hemorragias, linfedema genital, mutilación genital, desarrollo de carcinoma escamoso y raramente diseminación hematógena a hueso y vísceras (particularmente durante el embarazo).

**Herpes:** ETS cuya etiología es el herpes virus simple tipo 2 (y en algunos casos el 1) que se divide en primaria y secundaria. Se caracteriza por episodios iniciales o recurrentes y sintomáticos o asintomáticos. Sus manifestaciones clínicas son presencia de vesículas, ulceraciones dolorosas, disuria, flujo vaginal o uretral, fiebre, mialgias, linfadenitis inguinal usualmente bilateral. En el primer episodio las lesiones y la linfadenitis son usualmente bilaterales y en la recurrencia son unilaterales. Sus complicaciones pueden ser: diseminación, neumonitis, hepatitis y afectación del sistema nervioso central (meningitis y encefalitis).

**Linfogranuloma venéreo:** es una ETS causada por *Chlamydia trachomatis* (variedades L1, L2 o L3) y cuya manifestación clínica más común es una linfadenopatía inguinal o femoral unilateral. Las manifestaciones pueden desaparecer aunque se pueden desarrollar sobre-infecciones bacterianas.

**Poblaciones vulnerables:** grupos de personas frente a los potenciales daños de salud o amenazas de contraer una ETS, en razón de menores recursos económicos, sociales y legales (migrantes, personas

pobres, algunos grupos de mujeres y hombres, las minorías sexuales, personas con bajo nivel de educación sexual y otros grupos que viven al margen del sistema nacional de seguridad social).

**Portador:** persona que alberga al agente infeccioso de una ETS en ausencia de enfermedad clínica aparente y en quien se demuestre por cultivo, serología, inmunofluorescencia, biopsia o técnica de biología molecular un microorganismo asociado a ETS.

**Prácticas sexuales de riesgo:** actividades en las que existe penetración y/o contacto pene-ano, pene-vagina, pene-boca, pene-mano-boca, pene-boca-vagina, mano-ano-boca, mano-ano-vagina, o con objetos contaminados con secreciones sexuales o sangre utilizados durante la relación sexual, sin el uso correcto y sistemático de una barrera mecánica, para evitar el intercambio de secreciones o líquidos potencialmente infectados.

**Práctica sexual protegida:** aquella en la cual se utiliza correctamente una barrera mecánica, como el condón de látex (masculino) o de poliuretano (femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.

**Práctica sexual segura:** aquella en la cual no existen ni penetración ni traspaso de secreciones sexuales (líquido pre-eyaculatorio, semen y secreción vaginal) o de sangre.

**Riesgo obstétrico alto:** entidad o enfermedad que modifica el curso normal del embarazo.

**Sífilis:** ETS causada por *Treponema pallidum* y se divide en primaria, secundaria y terciaria. La sífilis primaria se caracteriza por una úlcera (chancro) y linfadenopatía regional. Generalmente la úlcera se localiza en la región anogenital, es única, no dolorosa, dura, de base limpia. Se dice que cualquier úlcera genital debe ser considerada sifilítica o herpética hasta demostrar lo contrario.

**VDRL:** prueba de laboratorio (siglas en inglés Veneral Disease Research Laboratory) para el tamizaje de sífilis. Una titulación de > 1:8 en un adulto sugiere sífilis.

## 6 ANEXOS

### 6.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre Enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre Enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.

En las siguientes bases de datos: Fistera, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés y español
2. Metodología de medicina basada en la evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente
5. Libre acceso

Se encontraron guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

1. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections (CGSTI), 2007.
2. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Center for Disease Control and Prevention (CDC), 2006.
3. British Association for Sexual Health and HIV (BASSH). National Guideline for the Management of Chancroid (2007).
4. National guideline for the management of donovanosis (granuloma inguinale). Clinical Effectiveness Group (CEG-granuloma), UK, 2001.
5. National guideline for the management of genital herpes. Clinical Effectiveness Group (CEG-herpes), UK, 2007.
6. National guidelines on the management of early syphilis. Clinical Effectiveness Group (CEG-syphilis), UK, 2006.
7. National guidelines for the management of lymphogranuloma venereum. Clinical Effectiveness Group (CEG-lymphogranuloma), UK, 2006.
8. National guidelines for the management of sexually transmitted infections (Egypt GMSTI), Arab Republic of Egypt, 2006.
9. National guidelines for the management of sexually transmitted infections using the syndromic approach (Ethiopia-NAGMSTI), Ethiopia, 2006.

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: (en español e inglés): herpes, sífilis,

chancroide, linfogranuloma y granuloma venéreo; se combinaron con “guías-guidelines”, “algoritmo-algorithm”, “tratamiento-treatment”, entre otros.

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

Sin embargo, ninguna información de las referencias más actualizadas fue necesario incluir para cambiar algunas de las recomendaciones de las versiones actuales de las guías.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo √ y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

## **6.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN**

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

### **Cuadro I. La escala modificada de Shekelle y Colaboradores**

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
Ila. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
Iib. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

**Tabla I Buena práctica clínica**

✓	<p>Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.</p> <p>Para la elaboración y modificación de la presente guía se reunió un grupo de expertos médicos familiares y un equipo redactor-editorial del 5 al 9 de mayo en La Trinidad, Tlaxcala.</p>
---	--

**Tabla II. Niveles de recomendación (modificados de harris rp, et al)  
Guías canadienses de infecciones transmitidas sexualmente (edición 2006, actualizada en octubre 2007)**

Nivel	Definición
<b>A</b>	Recomienda fuertemente que los clínicos den el tratamiento rutinariamente a los pacientes elegibles. Hay <b>buena evidencia</b> de que el tratamiento mejora los resultados en salud importantes y concluye que los beneficios superan sustancialmente a los daños.
<b>B</b>	Recomienda que los clínicos rutinariamente den el tratamiento a los pacientes elegibles. Por lo menos hay <b>evidencia leve-moderada</b> de que el tratamiento mejora resultados en salud importantes y concluye que los beneficios superan a los daños.
<b>C</b>	No hay recomendación a favor o en contra de dar rutinariamente el tratamiento. Al menos hay <b>evidencia leve-moderada</b> de que el tratamiento puede mejorar los resultados en salud pero concluye que el balance de los beneficios y daños <b>es demasiado cercano para justificar una recomendación general</b> .
<b>D</b>	Recomienda en contra de la provisión rutinaria del tratamiento para pacientes asintomáticos. Existe por lo menos <b>evidencia leve-moderada</b> de que el tratamiento <b>no es efectivo</b> o de que los daños superan a los beneficios.
<b>I</b>	<b>La evidencia es insuficiente</b> para recomendar a favor o en contra de dar tratamiento rutinariamente. La evidencia de que el tratamiento es efectivo <b>está ausente, es de pobre calidad o controversial</b> y el balance entre beneficios y daños no puede determinarse.

**Tabla III. Calidad de la evidencia (modificados de harris rp, et al y gross pa, et a.)  
Guías canadienses de infecciones transmitidas sexualmente (edición 2006, actualizada en octubre 2007)**

Tipo	Definición
I	Evidencia de al menos un ensayo clínico, apropiadamente aleatorizado.
II	Evidencia de al menos un ensayo clínico bien diseñado sin aleatorización, de estudios analíticos de cohorte o casos-contróles (preferentemente de más de un centro), de estudios múltiples de series de tiempo o resultados dramáticos en experimento son controlados.
III	Evidencia de opiniones con respecto a autoridades basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités de expertos.

**Tabla IV. 2006 national guidelines for the management of lymphogranuloma venereum  
Clinical effectiveness group, london school of hygiene and tropical medicine  
Niveles de evidencia**

Nivel	Descripción
Ia	Evidencia obtenida de meta-análisis de ensayos clínicos controlados aleatorizados
Ib	Evidencia obtenida de por lo menos un ensayo clínico controlado aleatorizado
IIa	Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico controlado sin aleatorización
IIb	Evidencia obtenida de al menos otro estudio de tipo cuasi-experimental bien diseñado
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados tales como estudios comparativos, de correlación y casos-contróles
IV	Evidencia obtenida de reportes de comités de expertos u opiniones y/o experiencia clínica de autoridades respetadas

**Tabla V UK National Guidelines Grados de Recomendación**

Grado	Descripción
A	(Evidencia niveles Ia, Ib) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere por lo menos un ensayo controlado aleatorizado como parte del cuerpo de literatura de buena calidad general y consistencia que considere la recomendación específica</li> </ul>
B	(Evidencia niveles IIa, IIb, III) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere disponibilidad de estudios bien conducidos pero no ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de la recomendación</li> </ul>
C	(Evidencia nivel IV) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere evidencia de reportes de comités de expertos u opiniones y/o experiencia clínica de autoridades respetadas</li> <li>• Indica ausencia de estudios directamente aplicables de buena calidad.</li> </ul>

### 6.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

**Tabla I. Clasificación internacional de infecciones de transmisión predominantemente sexual, 10 edición**

CIE 10	Descripción
A50	Sífilis congénita
A51 (*)	Sífilis precoz
A52	Sífilis tardía
A53	Otras sífilis y las no especificadas
A54	Infección gonocócica
A55 (*)	Linfogranuloma venéreo por clamidias
A56	Otras enfermedades de transmisión sexual debidas a clamidias
A57 (*)	Chancro blando
A58 (*)	Granuloma inguinal
A59	Tricomoniasis
A60 (*)	Infección anogenital debida a virus del herpes (herpes simple)
A61	Otras enfermedades de transmisión predominantemente sexual, no clasificadas en otra parte
A62	Verrugas (venéreas) anogenitales
A63	Otras enfermedades de transmisión predominantemente sexual, especificadas
A64	Enfermedad de transmisión sexual no especificada

(\*) Estas enfermedades fueron incluidas en esta GPC

Fuente: Tabla simplificada y modificada a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

**Tabla II. Medicamentos indicados en el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual**

Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)
Penicilina G Benzatínica	2.4 millones de UI IM dosis única	Ampula de 1.2 millones de UI	Dosis única
Doxiciclina	100 mg VO cada 12 h	Tabletas 100 mg	Hasta 21 días
Eritromicina	500 mg VO cada 6 h	Tabletas de 500 mg.	Hasta 21 días
Ciprofloxacina	500 mg VO cada 12 h	Tabletas de 250 mg	Hasta 21 días
Azitromicina (granuloma inguinal)	1 g VO cada semana por 3 semanas	Tabletas de 500 mg	3 semanas
Azitromicina (linfogranuloma venéreo y chancroide)	1 g VO DU	Tabletas de 500 mg	Dosis única
Ceftriaxona (sífilis)	1 g IV o IM cada 24 h por 10 días	Ampulas de 1 g	Hasta 10 días
Ceftriaxona (chancroide)	250 mg IV o IM dosis única	Ampulas de 1 g	Dosis única
Aciclovir	200 mg 5 veces al día	Tabletas 200 mg.	5 días de tratamiento
Valaciclovir	500 mg VO al día	Tabletas 500 mg/100mg	Hasta por 3 días

Famciclovir	250 mg 3 veces al día	Tabletas 250 mg	Hasta por 5 días
Condomes	Uno en cada relación sexual	1 paquete sellado bajo estrictas normas de evaluación con un condón lubricado en su interior	Acorde a ritmo sexual ( 12 – 15 condones, dotación mensual)

## 6.4 MEDICAMENTOS

**CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL ADOLESCENTE Y ADULTO QUE PRODUCEN ÚLCERAS GENITALES: HERPES, SÍFILIS, CHANCROIDE, LINFOGRANULOMA VENÉREO Y GRANULOMA INGUINAL.**

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
4263	Aciclovir	200 mg 5 veces al día	Tabletas 200 mg.	5 días de tratamiento	Nausea, vómito, diarrea	. Con probenecid aumenta la vida média plasmática.	Hipersensibilidad a la formula.
1969	Azitromicina (granuloma inguinal)	1 g VO cada semana por 3 semanas	Tabletas de 500 mg	3 semanas	Diarrea, heces blandas, malestar abdominal, nausea, vomito, flatulencia	Con probenecid aumenta la vida média plasmática.	Hipersensibilidad a la formula y a macrolidos
	Azitromicina (linfo granuloma venéreo y chancroide)	1 g VO DU	Tabletas de 500 mg	Dosis única			
1937	Ceftriaxona (sífilis)	1 g IV o IM cada 24 h por 10 días	Ampulas de 1 g	Hasta 10 días	Angioedema, broncoespasmo, rash, urticaria, nausea, vómito, diarrea, colitis pseudomem - branosa, neutropenias, agranulocito-sis, flebitis	Con furosemide, y aminogluco-sidos aumenta la lesion renal. Aumenta su concentración plasmática con probenecid	Hipersensibilidad a la formula
	Ceftriaxona (chancroide)	250 mg IV o IM dosis única	Ampulas de 1 g	Dosis única			
4255	Ciprofloxacina	500 mg VO cada 12 h	Tabletas de 250 mg	Hasta 21 días	Cefalea, convulsiones temblor, nausea, diarrea, exantema, candidiasis bucal.	Los antiácidos disminuyen su absorción, probenecid aumenta su nivel plasmático, teofilina aumenta su efecto	Hipersensibilidad a la fórmula,, Lactancia materna, y niños. Insuficiencia renal.

						neurotóxico.	
<b>1940</b>	Doxiciclina	100 mg VO cada 12 h	Tabletas 100 mg	Hasta 21 días	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, prurito, fotosensibilidad, colitis, reacción alérgica	Interfiere con el efecto de los anticonceptivos y la heparina, los anticonvulsivantes aumentan la concentración plasmática de doxiciclina, antiácidos y sustancias con calcio, hierro o magnesio disminuyen su absorción intestinal.	Hipersensibilidad a la fórmula
<b>1971</b>	Eritromicina	500 mg VO cada 6 h	Tabletas de 500 mg.	Hasta 21 días	Vómito, diarrea, náusea, erupción cutánea, gas - tritis, ictericia	Aumenta sus efectos adversos con esteroides, teofilina, alcaloides del cornezuelo de centeno, triazolam, valproato, warfarina, ciclosporina, bromoergocriptina, digoxina, disopiramida	Hipersensibilidad a la fórmula, colestasis y enfermedad hepática.
	Famciclovir	250 mg 3 veces al día	Tabletas 250 mg	Hasta por 5 días	Náusea, vómito, cefalea, trombocitopenia, confusión mental, ictericia	Con probenecid aumenta sus niveles plasmáticos.	Hipersensibilidad a la fórmula

<b>1925</b>	Penicilina G Benzatínica	2.4 millones de UI IM dosis única	Ampula de 1.2 millones de UI	Dosis única	Reacciones de hipersensibilidad (choque anafiláctico, glositis, fiebre, dolor en sitio de inyección.	Con probenecid aumenta su concentración plasmática, sensibilidad cruzada con otras penicilinas, con AINES aumenta su vida média	Hipersensibilidad a la fórmula
<b>4373</b>	Valaciclovir	500 mg VO al día	Tabletas 500 mg/100mg	Hasta por 3 días	Cefalea, náusea, leuco y trombocitopenia, anafilaxia, urticaria, angioedema, coma, ataxia, convulsiones	Aumenta sus niveles plasmáticos, con cimetidina y probenecid	Hipersensibilidad a la fórmula, lactantes, pacientes deshidratados, Insuficientes renales.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Base SUI-27 del 2006, Estadísticas del IMSS.
2. British Association for Sexual Health and HIV (BASSH). National Guideline for the Management of Chancroid, 2007.
3. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections 2006 Edition. Updated October 2007. Public Health Agency of Canada.
4. Carrillo, A. M. "Los Adolescentes y la Sexualidad, Población y Futuro." 1990; 1(1):14-18.
5. Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10.
6. Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
7. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425.
8. Gross PA, Barrett TL, Dellinger EP, et al. Purpose of quality standards for infectious diseases. Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 1994;18:421.
9. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107:377-382.
10. Guidelines for the Use of Antiretroviral agents in HIV-1-Infected adults and adolescents. January 29, 2008 Developed by the DHHS Panel of Antiretroviral guidelines for Adults and Adolescents – A working group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC). Panel on Antiretroviral guidelines for adults and adolescents,
11. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. JAMA 1993; 270 (17); 2096-2097.
12. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006]
13. Harris RP, Hefland M, Wolf SH. Et al- Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. Am J Prev Med 2001;20(3 suppl):21-35.
14. <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf> [Consultado 6 mayo de 2008].
15. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743.
16. Kingston M, French P, Goh B, Goold P, Higgins S, Sukthankar A, Stott C, Turner A, Tyler C and Young H. UK National Guidelines on the Management of Syphilis 2008 International Journal of STD & AIDS 2008; 19: 729–740
17. National Guideline for the management of donovanosis (granuloma inguinale). Clinical Effectiveness Group (Association for Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases), UK, 2001.
18. National Guideline for the management of genital herpes. Clinical Effectiveness Group, UK. British Association for Sexual Health and HIV (BASHH), 2007.
19. National guidelines for the management of lymphogranuloma venereum. Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV (BASHH), 2006.
20. National guidelines for the management of sexually transmitted infections using the syndromic approach, Disease Control and Prevention (HHS/CDC) office in Ethiopia, 2006.
21. National guidelines for the management of sexually transmitted infections. Ministry of Health and Population National AIDS Program. Arab Republic of Egypt, 2006.

22. National Guidelines on the Management of Early Syphilis. Clinical Effectiveness Group. (Association for Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases), UK, 2006.
23. Norma Oficial Mexicana. NOM-039-SSA2-1999 – Infecciones de Transmisión Sexual.
24. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-72.
25. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Reports, August 4, 2006/Vol. 55/No. RR-11.*

## 8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

### Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Analista UMAE HE CMNR
Lic. Uri Iván Chaparro González	Analista UMAE HO CMN SIGLO XXI

## 9. COMITÉ ACADÉMICO

**Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE  
División de Excelencia Clínica  
Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS**

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniestra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Jefe de Área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	
Dr. Antonio Barrera Cruz	
Dra. Aidé María Sandoval Mex	
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadores de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlos Martínez Murillo	
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	Comisionadas a la División de Excelencia Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

## 10. DIRECTORIO

### DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

**Secretaría de Salud**

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

**Secretario de Salud**

**Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS**

Mtro. Daniel Karam Toumeh

**Director General**

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE**

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares

**Director General**

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin

**Titular del organismo SNDIF**

**Petróleos Mexicanos / PEMEX**

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza

**Director General**

**Secretaría de Marina**

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

**Secretario de Marina**

**Secretaría de la Defensa Nacional**

General Guillermo Galván Galván

**Secretario de la Defensa Nacional**

**Consejo de Salubridad General**

Dr. Enrique Ruelas Barajas

**Secretario del Consejo de Salubridad General**

**Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dr. Santiago Echevarría Zuno

**Director de Prestaciones Médicas**

Dr. Francisco Javier Méndez Bueno

**Titular de la Unidad de Atención**

**Médica**

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández

**Coordinador de Unidades Médicas**

**de Alta Especialidad**

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

**Coordinadora de Áreas Médicas**

## 11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez <b>Subsecretaria de Innovación y Calidad</b>	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin <b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos <b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno <b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo <b>Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna <b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy <b>Directora General de Información en Salud</b>	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante <b>Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México</b>	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata <b>Secretario de Salud del Estado de Tabasco</b>	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola <b>Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas</b>	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	Titular
Dr. Jorge Elías Dib <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo <b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC</b>	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma <b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Secretario Técnico