

SECRETARIA DE SALUD

NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-039-SSA2-2002, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

ROBERTO TAPIA CONYER, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracción XV, 13 apartado A), fracción I, 133 fracción I, 134 fracción VIII, 137, 138, 139 y 140 de la Ley General de Salud; 38 fracción II, 40 fracción XI, 41, 43 y 47 fracción IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 7 fracciones V, XVI y XIX, y 39 fracciones II, III y XIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que con fecha 5 de octubre de 2000, en cumplimiento a lo previsto en el artículo 46 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, el Subcomité de Vigilancia Epidemiológica presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, el anteproyecto de la presente Norma Oficial Mexicana.

Que con fecha 11 de mayo de 2001, en cumplimiento del acuerdo del Comité y lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el **Diario Oficial de la Federación** el Proyecto de Norma, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades.

Que con fecha previa, fueron publicadas en el **Diario Oficial de la Federación** las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-039-SSA2-2002, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

PREFACIO

En la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana participaron las siguientes unidades administrativas e instituciones:

SECRETARIA DE SALUD Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA Dirección General de Calidad y Educación en Salud Dirección General de Promoción de la Salud Dirección General de Salud Reproductiva Dirección General de Epidemiología Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE VERACRUZ

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE HIDALGO

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE DURANGO

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE GUANAJUATO

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA Dirección General de Materiales y Métodos Educativos

SECRETARIA DE MARINA

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL Dirección General de Sanidad

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Coordinación General del Programa IMSS-
Oportunidades
PETROLEOS MEXICANOS
CONSEJO NACIONAL DE POBLACION
COLEGIO DE MEXICO
PROGRAMA NACIONAL MUJER Y SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CENTRO DE ORIENTACION PARA ADOLESCENTES
AMIGOS CONTRA EL SIDA, A.C.
INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACION EN FAMILIA Y POBLACION, A.C.
GRUPO 7 ECOLOGIA , A.C.
CENTRO DE ORIENTACION PARA ADOLESCENTES, A.C.
SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.
COLECTIVO SOL
FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA, A.C.
ASOCIACION MEXICANA DE EDUCACION SEXUAL, A.C.
ASOCIACION MEXICANA DE HOSPITALES, A.C.
FEDERACION MEXICANA DE EDUCACION SEXUAL Y SEXOLOGIA, A.C.
FUNDACION DIAR Q, A.C.
COMPAÑEROS EN AYUDA VOLUNTARIA EDUCATIVA, A.C.
SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.
SISTEMA NACIONAL DE PROMOCION Y CAPACITACION EN SALUD SEXUAL, A.C.
INICIATIVA MEXICANA PARA LA DISTRIBUCION DEL CONDON FEMENINO, A.C.
LETRA S , SALUD, SEXUALIDAD, SIDA, A.C.

INDICE

0. Introducción
1. Objetivo y campo de aplicación
2. Referencias
3. Definiciones, símbolos y abreviaturas
4. Clasificación
5. Especificaciones
6. En materia de vigilancia epidemiológica
7. Investigación
8. Concordancia con normas internacionales y mexicanas
9. Bibliografía
10. Observancia de la norma
11. Vigencia

0. Introducción

La Organización Mundial de la Salud recomienda como estrategia fundamental para la prevención y control del VIH/SIDA el diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Las ITS son causa de enfermedad aguda, crónica, infertilidad y muerte, con graves consecuencias médicas, sociales, económicas y psicológicas, para millones de mujeres, hombres, niñas y niños. El impacto de estas infecciones es magnificado por su potencial para facilitar la propagación de la infección por el VIH.

Las ITS son un problema de salud pública a nivel mundial, los países en vías de desarrollo son los que se ven más afectados, ya que 85% de su población es sexualmente activa, por lo que aumenta el riesgo de contraer estas infecciones.

Las ITS representan un grave problema de salud sexual y reproductiva, no sólo al interior de los grupos de población con prácticas de riesgo, sino también en aquellas personas de la población general que llegan a exponerse al contagio inadvertido con parejas ya infectadas pertenecientes a grupos con prácticas de riesgo para adquirir y transmitir estas infecciones, a través de contactos sexuales sin protección.

En México, las ITS ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubican entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad, con un efecto diferencial para la vida y el ejercicio de la sexualidad de mujeres y hombres.

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer y uniformar los procedimientos y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, para la prevención y el control de las ITS.

1.2 Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para el personal médico y paramédico de los sectores público, social y privado que preste servicios relacionados con la prevención, tratamiento y control de las infecciones de transmisión sexual.

2. Referencias

Para la aplicación correcta de esta Norma Oficial Mexicana, deben consultarse las siguientes:

2.1 NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

2.2 NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

2.3 NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

2.4 NOM-166-SSA1-1997, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

3. Definiciones, símbolos y abreviaturas

3.1 Para efectos de esta Norma Oficial Mexicana se entiende por:

3.1.1 Caso índice, a la persona infectada por ITS a partir de la cual se infectan otras personas.

3.1.2 Caso sospechoso. El o la paciente que tenga signos y síntomas en genitales o sistémicos probables de una ITS.

3.1.3 Caso confirmado. El o la paciente quien con síntomas y signos en genitales se aísla por cultivo, serología, inmunofluorescencia, biopsia o técnica de biología molecular un microorganismo asociado a ITS.

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

3.1.5 Contagio, a la transmisión de una ITS por contacto directo o indirecto.

3.1.6 Control, a la aplicación de medidas para la disminución de la incidencia, en casos de enfermedad.

3.1.7 Impronta, a la toma de muestra directa de la lesión mediante el uso de un portaobjetos.

3.1.8 Paciente, al hombre o mujer usuario de servicios de atención médica infectado, asintomático o enfermo por una ITS.

3.1.9 Portador. Toda persona que alberga al agente infeccioso de una ITS 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 ITS.

3.1.10 Poblaciones vulnerables, grupos de personas frente a los potenciales daños de salud o amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas, y respecto sus derechos humanos, en razón de menores recursos económicos, sociales y legales (migrantes, personas pobres, algunos grupos de mujeres y hombres, las minorías sexuales, personas con nivel educativo y otros grupos que viven al margen del sistema).

3.1.11 Práctica sexual protegida, a 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.

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

3.1.13 Prácticas sexuales de riesgo, a las 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 infectantes.

3.1.14 Pruebas de detección, a las de laboratorio utilizadas de manera individual o grupal para la identificación etiológica de las ITS.

3.1.15 Papanicolaou, método de tinción para demostrar células exfoliadas anormales pre-malignas y malignas.

3.2 Símbolos y abreviaturas.

Los significados de los símbolos y las abreviaturas utilizados en esta Norma Oficial Mexicana, son los siguientes:

3.2.1 CDC: Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica (Centers for Disease Control and Prevention USA).

3.2.2 CMCP: Cervicitis mucopurulenta.

3.2.3 CENSIDA: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.

3.2.4 ELISA: Ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (Enzyme-linked immunosorbent assay).

3.2.5 EPI: Enfermedad pélvica inflamatoria.

3.2.6 FTA-ABS: Anticuerpos anti-treponema marcados con fluoresceína absorbidos (Fluoresceine Treponema Antibodies).

3.2.7 IF: Inmunofluorescencia.

3.2.8 IM: Intramuscular.

3.2.9 ITS: Infección de transmisión sexual.

3.2.10 IV: Intravenoso.

3.2.11 LGV: Linfogranuloma venéreo.

3.2.12 MHA-TP: Prueba de microhemoaglutinación para *Treponema pallidum*.

3.2.13 NOM: Norma Oficial Mexicana.

3.2.14 OMS: Organización Mundial de la Salud.

3.2.15 ONUSIDA: Programa Mundial Conjunto de las Naciones Unidas para VIH/SIDA.

3.2.16 OPS: Organización Panamericana de la Salud.

3.2.17 PCR: Reacción de la polimerasa en cadena (Polimerase chain reaction).

3.2.18 LCR: Reacción de ligasa en cadena (Link Chain Reaction).

3.2.19 RPR: Investigación de proteínas reagínicas (Rapid plasma reagin).

3.2.20 SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

3.2.21 UG: Uretritis gonocócica.

3.2.22 UI: Unidades internacionales.

3.2.23 UNG: Uretritis no gonocócica.

3.2.24 VB: Vaginosis bacteriana.

3.2.25 VDRL: Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (Venereal Disease Research Laboratory).

3.2.26 VHA: Virus de Hepatitis A.

3.2.27 VHB: Virus de Hepatitis B.

3.2.28 VHS: Virus del *Herpes simplex*.

3.2.29 VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, incluye al VIH-1 y al VIH-2.

3.2.30 VO: Vía oral.

3.2.31 VPH: Virus del papiloma humano.

3.2.32 Wb: Western blot.

3.2.33 gr.: Gramos.

3.2.34 Kg.: Kilogramos.

3.2.35 KOH: Hidróxido de potasio.

3.2.36 mg: Miligramos.

3.2.37 pH: Potencial de hidrógeno.

4. Clasificación

4.1 Para fines de registro y vigilancia epidemiológica se debe utilizar la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Vol. 1. OPS/OMS 1995.

4.1.1 Las infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual (A50-A64).

Excluye: enfermedad de Reiter (MO2.3)

enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (B20-B24)

uretritis no específica y la no gonocócica (N34.1)

- A50 Sífilis congénita
- A50.0 Sífilis congénita precoz, sintomática
- A50.1 Sífilis congénita precoz, latente
- A50.2 Sífilis congénita precoz, sin otra especificación
- A50.3 Oculopatía sifilítica congénita tardía
- A50.4 Neurosífilis congénita tardía [neurosífilis juvenil]
- A50.5 Otras formas de sífilis tardía, sintomática
- A50.6 Sífilis congénita tardía, latente
- A50.7 Sífilis congénita tardía, sin otra especificación
- A50.9 Sífilis congénita, sin otra especificación
- A51 Sífilis precoz
- A51.0 Sífilis genital primaria
- A51.1 Sífilis primaria anal
- A51.2 Sífilis primaria en otros sitios
- A51.3 Sífilis secundaria de piel y membranas mucosas
- A51.4 Otras sífilis secundarias
- A51.5 Sífilis precoz, latente
- A51.9 Sífilis precoz, sin otra especificación
- A52 Sífilis tardía
- A52.0 Sífilis cardiovascular
- A52.1 Neurosífilis sintomática
- A52.2 Neurosífilis asintomática
- A52.3 Neurosífilis no especificada
- A52.7 Otras sífilis tardías sintomáticas
- A52.8 Sífilis tardía, latente
- A52.9 Sífilis tardía, no especificada
- A53 Otras sífilis y las no especificadas
- A53.0 Sífilis latente, no especificada como precoz o tardía
- A53.1 Sífilis, no especificada
- A54 Infección gonocócica
- A54.0 Infección gonocócica del tracto genitourinario inferior sin absceso periuretral o de glándula accesoria
- A54.1 Infección gonocócica del tracto genitourinario inferior con absceso periuretral y de glándulas accesorias
- A54.2 Pelviperitonitis gonocócica y otras infecciones gonocócicas genitourinarias
- A54.3 Infección gonocócica del ojo

- A54.4 Infección gonocócica del sistema osteomuscular
- A54.5 Faringitis gonocócica
- A54.6 Infección gonocócica del ano y del recto
- A54.7 Otras infecciones gonocócicas
- A54.8 Infección gonocócica no especificada
- A55 Linfogramuloma (venéreo) por clamidias
- A56 Otras enfermedades de transmisión sexual debidas a clamidias
- A56.0 Infección del tracto genitourinario inferior debida a clamidias
- A56.1 Infección del pelvipitoneo y otros órganos genitourinarios debida a clamidias
- A56.2 Infecciones del tracto genitourinario inferior debidas a clamidias, sin otra especificación
- A56.3 Infección del ano y del recto debida a clamidias
- A56.4 Infección de faringe debida a clamidias
- A56.5 Infección de transmisión sexual de otros sitios debida a clamidias
- A57 Chancro blando
- A58 Granuloma inguinal
- A59 Tricomoniasis
- A59.0 Tricomoniasis urogenital
- A59.1 Tricomoniasis de otros sitios
- A59.2 Tricomoniasis, no especificada
- A60 Infección anogenital debida a virus del herpes [*herpes simple*]
- A60.0 Infección de genitales y trayecto urogenital debida a virus del herpes [*herpes simple*]
- A60.1 Infección de la piel perianal y recto por virus de herpes simple
- A60.2 Infección anogenital por virus del herpes simple, sin otra especificación
- 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

4.2 Para fines de aplicación clínica, se debe utilizar la clasificación de los CDC, publicada en el MMWR Enero 23, 1997/Vol. 47/No. RR-1 la cual clasifica genéricamente a las ITS en:

4.2.1 Enfermedades caracterizadas inicialmente por úlceras genitales.

4.2.1.1 Chancroide.

4.2.1.2 Infección genital por Virus de *Herpes simplex*.

4.2.1.3 Granuloma Inguinal.

4.2.1.4 Linfogramuloma venéreo.

4.2.1.5 Sífilis.

4.2.2 Enfermedades caracterizadas por uretritis y cervicitis.

4.2.2.1 Uretritis gonocócica.

4.2.2.2 Uretritis no gonocócica.

4.2.2.2.1 Cervicitis mucopurulenta.

4.2.2.2.2 Infección por *Chlamydia trachomatis*.

4.2.2.2.3 Infección por *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis*.

4.2.3 Enfermedades caracterizadas por flujo vaginal.

4.2.3.1 La etiología de la vaginosis bacteriana y la candidiasis urogenital no están consideradas como ITS; sin embargo, por ser las causas más frecuentes de flujo vaginal que requieren de tratamiento médico, se incluyen en este apartado. Pueden ser indicadoras de otros problemas de salud y sólo en algunos casos de vaginosis bacteriana se establece la transmisión sexual.

4.2.3.2 Tricomoniasis.

4.2.4 Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

4.2.5 Infección por el virus del papiloma humano (VPH).

4.3 ITS prevenibles por vacunación.

4.3.1 Virus de la hepatitis A (VHA).

4.3.2 Virus de la hepatitis B (VHB).

4.4 Ectoparásitos.

4.4.1 Escabiasis.

4.4.2 Amibiasis genital.

4.4.3 Pediculosis pubis.

5. Especificaciones

5.1 Promoción de la salud.

5.1.1 Todas las unidades de salud deben realizar acciones de promoción de la salud tendientes a informar a la población sobre la magnitud y trascendencia en la salud de las ITS.

5.1.2 En materia de educación para la salud, el personal de salud debe:

5.1.2.1 Realizar programas educativos para informar sobre las ITS, sus mecanismos de transmisión, diagnóstico y tratamiento a la población en general.

5.1.2.2 Realizar programas educativos para orientar y capacitar sobre las ITS, sus mecanismos de transmisión, diagnóstico y tratamiento al personal médico y paramédico.

5.1.3 En materia de participación social, el personal de salud debe:

5.1.3.1 Promover la participación de la población, las autoridades locales, las instituciones públicas y del sector social y privado para estimular la adopción de estilos saludables como: mecanismos de transmisión de las ITS, diagnóstico, tratamiento oportuno y su prevención.

5.1.4 En materia de comunicación educativa el personal de salud debe:

5.1.4.1 Promover la vinculación y participación de los profesionales de la comunicación para que junto con los diversos medios de comunicación asuman el compromiso de informar en forma permanente a la población en general sobre el tema de ITS, su mecanismo de transmisión y las alternativas de prevención y control precisadas en esta norma oficial.

5.2 Medidas de prevención.

5.2.1 Prevención primaria.

5.2.1.1 La prevención de las ITS se debe llevar a cabo en toda la población, tomando en consideración los medios de transmisión de estas infecciones, además de llevar a cabo acciones más específicas y frecuentes dirigidas a la población en general y, en particular, a poblaciones con prácticas sexuales de riesgo o vulnerables.

5.2.1.2 Reducir la incidencia de la enfermedad a través de la educación integral: sexual, reproductiva y promoción de la salud, orientando sus actividades a aumentar autorresponsabilidad entre individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que colaboren activamente en el cuidado de su salud.

5.2.2 La prevención secundaria debe estar dirigida a:

5.2.2.1 Promover servicios de salud públicos y privados para el diagnóstico y tratamiento oportunos que eviten el desarrollo de secuelas de los pacientes con ITS.

5.2.2.2 Proveer servicios accesibles, aceptables y eficaces de asistencia, en los cuales se proporcione consejería, diagnóstico, tratamiento eficaz y oportuno a pacientes sintomáticos, asintomáticos, y a sus parejas sexuales.

5.2.2.3 Prestar servicios de prevención, consejería y asistencia de ITS en el contexto de la atención materno infantil, prenatal, de planificación familiar y detección oportuna de cáncer y en los servicios especializados de VIH/SIDA.

5.2.2.4 Otorgar servicios de apoyo y consejería para pacientes y sus parejas, contactos y familiares tanto durante la fase de diagnóstico como de tratamiento, brindando información accesible, promoviendo la adherencia al tratamiento, y las prácticas sexuales protegidas.

5.3 Medidas de control.

5.3.1 Corroborar el diagnóstico de ITS mediante criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio.

5.3.2 Para el manejo de las ITS los objetivos deben orientarse a:

5.3.2.1 Establecer un diagnóstico correcto (sindromático y/o etiológico).

5.3.2.1.1 Se debe realizar el diagnóstico sindromático en las unidades del primer nivel de atención médica que no cuenten con un laboratorio en donde se realicen las pruebas de detección para las ITS.

5.3.2.1.2 El diagnóstico etiológico debe utilizarse cuando las unidades de segundo y tercer nivel de atención médica cuenten con un laboratorio que cumpla con los requisitos establecidos en la normatividad específica vigente, en donde se realicen las pruebas de detección para las ITS.

5.3.2.2 Proporcionar un tratamiento específico, eficaz y oportuno, para curar y prevenir las complicaciones asociadas a las ITS.

5.3.2.3 Disminuir el riesgo de transmisión al producto en el caso de mujeres embarazadas y, en su caso, establecer las medidas de seguimiento y atención a productos potencialmente infectados.

5.3.2.4 Tratamiento y notificación de los casos diagnosticados de acuerdo con las disposiciones que se establecen en la NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.

5.4 Enfermedades que se caracterizan inicialmente por úlceras genitales:

5.4.1 Chancro blando (Chancroide).

5.4.1.1 Caso sospechoso. Todo paciente con úlcera o chancro doloroso en genitales.

5.4.1.2 Caso confirmado. Todo paciente con úlcera o chancro doloroso en genitales en quien se demuestre por cultivo o confirmación de *Haemophilus ducreyi*.

5.4.1.3 El tratamiento de los pacientes con chancro blando debe incluir una de las siguientes alternativas:

5.4.1.3.1 Azitromicina un g VO dosis única;

5.4.1.3.2 Ceftriaxona 250 mg IM en dosis única;

5.4.1.3.3 Ciprofloxacina 500 mg VO dos veces al día por tres días, o

5.4.1.3.4 Eritromicina base 500 mg VO cuatro veces al día por siete días.

5.4.1.3.5 A todos los pacientes con infección por *Haemophilus ducreyi* se les debe realizar una prueba de detección para VIH.

5.4.1.3.6 A todos los pacientes con falla en el tratamiento debe investigarse la coexistencia del virus del *Herpes simplex 1 y 2*.

5.4.2 Herpes genital.

5.4.2.1 Caso sospechoso. Todo paciente con una o dos vesículas y/o úlceras dolorosas en genitales y con prueba de Tzanck positiva.

5.4.2.2 Caso definitivo. Todo paciente con vesículas y/o úlceras en genitales en quien se demuestre por cultivo, inmunofluorescencia o PCR el *Herpes simplex 1 y 2*.

5.4.2.3 El tratamiento del paciente con herpes genital, en su primer episodio, debe incluir una de las siguientes alternativas:

5.4.2.3.1 Aciclovir 400 mg VO tres veces al día por siete a diez días, o

5.4.2.3.2 Aciclovir 200 mg VO cinco veces al día por siete a diez días.

5.4.2.3.3 Famciclovir 250 mg tres veces al día por 7 a 10 días.

5.4.2.3.4 Valaciclovir 1000 mg VO dos veces al día por siete a diez días.

5.4.2.4 El tratamiento de los pacientes con herpes genital, en su episodio recurrente (más de seis episodios al año), debe ser:

5.4.2.4.1 Aciclovir 400 mg VO tres veces al día por cinco días;

5.4.2.4.2 Aciclovir 200 mg VO cinco veces al día por cinco días;

5.4.2.4.3 Aciclovir 800 mg VO dos veces al día por cinco días, o

5.4.2.4.4 Famciclovir 125 mg dos veces al día por cinco días;

5.4.2.4.5 Valaciclovir 500 mg VO dos veces al día por cinco días.

5.4.2.4.6 Valaciclovir 1 gr una vez al día por 5 días.

5.4.2.5 El tratamiento de los pacientes con herpes genital grave o complicado debe incluir:

5.4.2.5.1 Aciclovir 5-10 mg/kg de peso corporal cada 8 horas IV por dos a 10 días o hasta alcanzar la resolución clínica.

5.4.2.6 El tratamiento de los pacientes con *Herpes simplex* y VIH debe incluir la siguiente alternativa:

5.4.2.6.1 Aciclovir 400 mg VO tres veces al día por 5 a 10 días, o

5.4.2.6.2 Aciclovir 200 mg cinco veces al día por cinco a diez días, o

5.4.2.6.3 Famciclovir 500 mg dos veces al día por cinco a diez días, o

5.4.2.6.4 Valaciclovir un gramo dos veces al día por cinco a diez días.

5.4.2.7 Los cuadros de herpes genital durante el embarazo deben ser tratados con la siguiente alternativa:

5.4.2.7.1 Aciclovir por 200 mg VO cada 6 horas por 10 días.

5.4.2.7.2 Los recién nacidos con evidencia de herpes neonatal deben ser tratados con Aciclovir a dosis de 20 mg/kg IV cada 8 horas por 21 días.

5.4.2.7.3 Cuando existan lesiones por herpes genital debe realizarse la operación cesárea, ya que el riesgo de transmisión durante el parto es de cerca de un 85%.

5.4.2.8 Todos los pacientes con falla al tratamiento de herpes genital debe investigarse la coexistencia de *Haemophilus ducreyi* o *Calymmatobacterium granulomatis*.

5.4.3 Granuloma inguinal.

5.4.3.1 Caso sospechoso. Todo paciente con úlcera dolorosa fácilmente sangrante en genitales.

5.4.3.2 Caso confirmado. Todo paciente con úlcera fácilmente sangrante en genitales en quien se demuestre por biopsia o impronta cuerpos de Donovan.

5.4.3.3 El tratamiento de los pacientes con granuloma inguinal debe mantenerse hasta que todas las lesiones hayan sanado completamente, y debe utilizarse uno de los siguientes esquemas:

5.4.3.3.1 Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por un mínimo de tres semanas.

5.4.3.3.2 Trimetoprim más sulfametoxazol 160/800 mg VO cada 12 horas por tres semanas.

5.4.3.3.3 Ciprofloxacina 750 mg VO cada 12 horas por un mínimo de tres semanas, o

5.4.3.3.4 Eritromicina base 500 mg VO cada 4 horas por un mínimo de tres semanas.

5.4.3.3.5 Azitromicina un gramo una vez por semana por 3 semanas.

5.4.4 Linfogranuloma venéreo (LGV).

5.4.4.1 Caso sospechoso. Todos los pacientes con úlcera en genitales con linfadenopatía inguinal femoral e inguinal.

5.4.4.2 Caso confirmado. Todos los pacientes con úlcera genital, adenopatía femoral o inguinal en quien se demuestre por serología o fijación de complemento 1 mayor de 64 de *Chlamydia trachomatis* serotipos L1, L2 y L3. La biopsia para establecer el diagnóstico está contraindicada.

5.4.4.3 El tratamiento del linfogranuloma venereo debe incluir el siguiente manejo:

5.4.4.3.1 Drenaje por aspiración de los ganglios afectados (bubones) solamente cuando exista inminencia de ruptura.

5.4.4.3.2 Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por un mínimo de tres semanas, o

5.4.4.3.2 Eritromicina base 500 mg VO cada 6 horas por un mínimo de tres semanas.

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

5.4.5 Sífilis.

5.4.5.1 La sífilis es una enfermedad con diferentes etapas clínicas por lo que se divide para su manejo en las siguientes formas:

5.4.5.1.1 Sífilis primaria, presencia de una o más úlceras genitales o chancro duro de bordes elevados y bien definidos en el sitio de la inoculación e indolora.

5.4.5.1.2 Sífilis secundaria, se manifiesta por la presencia de exantema cutáneo, condilomas planos en región anogenital y pápulas en palmas y plantas.

5.4.5.1.3 Sífilis latente, ausencia de signos y en el (la) paciente con pruebas serológicas reactivas de VDRL y FTA.

5.4.5.1.4 Sífilis terciaria, etapa tardía de la enfermedad que se caracteriza por el goma sifilítico.

5.4.5.2 El diagnóstico de sífilis depende de la etapa clínica que se encuentre.

5.4.5.2.1 Sífilis primaria. Identificación del *T. Pallidum* en microscopio de campo oscuro, inmunofluorescencia, o identificación del agente en muestras de biopsia.

5.4.5.2.2 Sífilis secundaria, latente y tardía. Se establece por los antecedentes o hallazgos de la exploración física y los exámenes reactivos serológicos (VDRL o RPR) y confirmación por FTA-ABS o confirmación del *T. Pallidum* en biopsia del tejido o líquido sospechoso.

5.4.5.3 El tratamiento de la sífilis debe incluir los siguientes esquemas:

5.4.5.3.1 Sífilis primaria y secundaria; penicilina G benzatínica 2.4 millones de UI IM en una sola dosis.

5.4.5.3.2 Sífilis latente temprana; penicilina G benzatínica 2.4 millones de UI IM, dosis única.

5.4.5.3.3 Sífilis latente tardía; penicilina G benzatínica 7.2 millones de UI IM, dividida en 3 dosis de 2.4 millones con intervalos de una semana.

5.4.5.3.4 Sífilis terciaria; penicilina G benzatínica 7.2 millones de UI IM dividida en 3 dosis de 2.4 millones con intervalos de una semana.

5.4.5.3.5 Neurosífilis; penicilina G sódica cristalina de 3 a 4 millones de UI IV cada 4 horas por 10 a 14 días o penicilina procaínica 2.4 millones de UI IM diarias más probenecid 500 mg VO cada 6 horas, ambos por 10 a 14 días.

5.4.5.3.6 En caso de existir coinfección con VIH, el tratamiento debe incluir penicilina G benzatínica 7.2 millones de UI IM en total, dividida en tres dosis de 2.4 millones con intervalos de una semana.

5.4.5.3.7 Como tratamiento alternativo y en caso de alergia a la penicilina, debe utilizarse doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por cuatro semanas, o tetraciclina 500 mg VO cada 6 horas por dos semanas, o eritromicina base 500 mg VO cada 6 horas por dos semanas.

5.4.5.3.8 En caso de coinfectados por VIH y sífilis con alergia a penicilina, se debe desensibilizar al paciente y tratarse con penicilina.

5.4.5.4 El seguimiento de los pacientes con sífilis primaria y secundaria debe hacerse con pruebas serológicas cuantitativas a los tres, seis y doce meses. En los pacientes con coinfección de VIH, el seguimiento serológico debe hacerse a los tres, seis, nueve, doce y veinticuatro meses.

5.4.5.5 Toda mujer embarazada se le debe realizar la prueba de VDRL o RPR e IF para *Treponema pallidum* durante la primera visita prenatal, independientemente del trimestre de la gestación en que se encuentre, y posterior al parto. El personal de salud no debe dar de alta a ninguna mujer posterior al parto sin que se le haya realizado la prueba de VDRL o RPR.

5.4.5.6 Toda mujer embarazada con sífilis se debe realizar la prueba de detección para VIH, previa consejería y consentimiento informado por escrito. En caso de resultar positiva la prueba de VIH, se les debe canalizar al servicio especializado que ofrezca tratamiento preventivo de transmisión perinatal del VIH.

5.4.5.7 El tratamiento de la sífilis durante el embarazo debe realizarse de acuerdo con la etapa clínica de la enfermedad.

5.4.5.8 El seguimiento debe realizarse con pruebas serológicas cuantitativas como el VDRL en cada trimestre y posterior al parto a los tres, seis y doce meses.

5.4.5.9 El diagnóstico de sífilis congénita se establece en:

5.4.5.9.1 Los niños nacidos de madres con antecedentes de infección por *Treponema pallidum* no tratada, parcialmente tratada durante el embarazo, o con títulos de VDRL persistentemente altos aun después del tratamiento con penicilina a la madre, y en los siguientes casos:

5.4.5.9.1.1 Los niños que no fueron examinados radiológicamente o por líquido cefalorraquídeo;

5.4.5.9.1.2 Los niños que tienen una o más radiografías y pruebas de líquido cefalorraquídeo positivas para sífilis congénita;

5.4.5.9.1.3 Los niños con manifestaciones clínicas de sífilis congénita y en quienes se identificó *Treponema pallidum* de lesiones, cordón umbilical, placenta y necropsia, y

5.4.5.9.1.4 Los niños y las niñas nacidos de madres con lesiones sifilíticas al momento del parto.

5.4.5.9.2 El tratamiento de la sífilis congénita debe incluir alguno de los siguientes esquemas:

5.4.5.9.2.1 Administrar penicilina G sódica cristalina 100,000 a 150,000 UI por kg por día, dividido en 50,000 UI por kg por dosis IV cada 12 horas durante los primeros siete días de vida y cada 8 horas hasta los 10 días de vida, o

5.4.5.9.2.2 Penicilina G procaínica o 50,000 UI por kg por dosis IM diario por 10 días.

5.4.5.9.2.3 Penicilina G benzatínica 50,000 UI/kg dosis única IM.

5.4.5.9.2.4 Los niños con sífilis congénita alérgicos a la penicilina deben someterse a esquemas de desensibilización.

5.4.5.9.3 El seguimiento neonatal del hijo de madre con sífilis debe efectuarse al mes, dos, cuatro, seis y doce meses.

5.4.5.9.4 Para el estudio y manejo de la sífilis congénita se define como:

5.4.5.9.4.1 Caso sospechoso, a los niños y las niñas con antecedente materno de VDRL o RPR y FTA-ABS y/o MHA-TP positivas.

5.4.5.9.4.2 Caso probable, a los niños con o sin antecedente materno de VDRL o RPR y FTA-ABS y MHA-TP positivas, que no hayan recibido tratamiento, o hayan sido tratadas parcialmente durante el embarazo y con manifestaciones clínicas específicas de sífilis congénita.

5.4.5.9.4.3 Caso confirmado, a los niños con antecedente materno de VDRL y FTA-ABS y/o MHA-TP positivas, con manifestaciones clínicas específicas de sífilis congénita y quien resultó positivo para FTA IGM o se identificó *Treponema pallidum* por campo oscuro y/o IF de lesiones, cordón umbilical, placenta y necropsia.

5.4.5.9.4.4 Caso anulado, a los niños con antecedente materno de VDRL y FTA-ABS y MHA-TP positivas, sin manifestaciones clínicas específicas de sífilis congénita y con pruebas de laboratorio negativas.

5.5 Enfermedades que se caracterizan por uretritis y cervicitis.

5.5.1 Uretritis y cervicitis gonocócica.

5.5.1.1 Caso sospechoso. Todo paciente con descarga mucopurulenta o purulenta uretral o cervical quien muestre en el examen de la secreción frote diplococos intracelulares Gram. negativos.

5.5.1.2 Caso confirmado. Todo paciente con descarga mucopurulenta o purulenta uretral o cervical en quien se demuestre por cultivo o pruebas de amplificación de ácidos nucleicos, cola la reacción en cadena de la ligasa (LCR) o de PCR *Neisseria gonorrhoeae* en secreción uretral y/o orina.

5.5.1.1 El tratamiento de los pacientes con uretritis gonocócica se debe realizar de la siguiente manera:

5.5.1.1.1 Ceftriaxona 125 mg IM dosis única;

5.5.1.1.2 Ciprofloxacina 500 mg VO dosis única;

5.5.1.1.3 Ofloxacina 400 mg VO en dosis única;

5.5.1.1.4 Azitromicina 1 g VO dosis única;

5.5.1.1.5 Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por siete días, o

5.5.1.1.6 Cefixime 400 mg VO dosis única.

5.5.1.2 El paciente debe vigilarse clínicamente hasta que los signos y síntomas se hayan resuelto.

5.5.1.3 Todos los pacientes con falla al tratamiento de investigarse la coexistencia de infección por *C. trachomatis* o, en su caso, se recomienda dar tratamiento para los dos microorganismos.

5.5.2 Uretritis no gonocócica.

5.5.2.1 Caso sospechoso. Todo paciente con descarga uretral purulenta o hialina, ausencia de diplococos Gram. negativos en el frote de la descarga uretral o en quien haya recibido tratamiento para gonorrea y no haya respuesta a la misma.

5.5.2.2 Caso definitivo. Todo paciente en quien se aisle por cultivo, por inmunofluorescencia *Chlamydia trachomatis* y/o pruebas de amplificación de ácido nucleico como la reacción de ligasa en cadena (LCR) en secreción genital y orina.

5.5.2.3 El tratamiento de los pacientes con uretritis no gonocócica debe incluir uno de los siguientes esquemas:

5.5.2.3.1 Azitromicina 1 g VO dosis única;

5.5.2.3.2 Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por siete días;

5.5.2.3.3 Eritromicina base 500 mg VO cada 6 horas por siete días, o

5.5.2.3.4 Ofloxacina 300 mg VO cada 12 horas por siete días.

5.5.2.3.5 Levofloxacin 500 mg VO c-24 hrs durante 7 días.

5.5.2.4 En todos los pacientes con falla al tratamiento deben investigarse otros agentes causales como son: *Neisseria gonorrhoeae*, *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis*, *Trichomonas vaginalis* y *Virus del Herpes simplex*.

5.5.3 Cervicitis mucopurulenta.

5.5.3.1 Caso sospechoso. Toda mujer con secreción mucopurulenta endocervical.

5.5.3.2 Caso definitivo. Toda mujer con secreción mucopurulenta en quien se confirme por cultivo o estudios de inmunofluorescencia o amplificación de ácidos nucleicos (LCR) *Chlamydia trachomatis* y/o *Neisseria gonorrhoeae*.

5.5.3.3 El tratamiento debe incluir ceftriaxona 125 mg IM dosis única y doxicilina 100 mg cada 12 horas VO por siete días.

5.5.3.4 Toda mujer con falla al tratamiento debe investigarse otras causas de cervicitis.

5.6 Enfermedades caracterizadas por flujo vaginal.

5.6.1 Caso sospechoso. Toda mujer que presente flujo vaginal acompañado o no con prurito y mal olor.

5.6.2 Caso definitivo. Toda mujer con descarga vaginal con o sin síntomas agregados prurito y mal olor en quienes se aisle por examen directo en fresco, cultivo o técnica de PCR los siguientes organismos: *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans*.

5.6.2.1 Los hallazgos para establecer el diagnóstico de infección por *Gardnerella vaginalis* son:

5.6.2.1.1 pH mayor de 4.5

5.6.2.1.2 Prueba de KOH positiva (olor a pescado)

5.6.2.1.3 Identificación de células clave

5.6.2.1.4 Aislamiento por cultivo de *Gardnerella vaginalis*.

5.6.2.2 Los hallazgos para establecer el diagnóstico de infección por *Trichomonas vaginalis*

5.6.2.2.1 Identificación de *Trichomonas vaginalis* en el examen directo en fresco

5.6.2.2 Los hallazgos para establecer el diagnóstico de infección por *Candida albicans*

5.6.2.2.5 Identificación de pseudohifas.

5.6.3 El tratamiento debe incluir:

5.6.3.1 Para *Gardnerella vaginalis*, uno de los siguientes esquemas:

5.6.3.1.1 Metronidazol 500 mg VO cada 12 horas por siete días;

5.6.3.1.2 Clindamicina 300 mg VO cada 12 horas por siete días, o

5.6.3.1.3 Metronidazol 2 g VO en una dosis.

5.6.3.1.4 Clindamicina crema 2% con aplicador de 5 gr intravaginal por 7 noches.

5.6.3.2 Para *Trichomona vaginalis*, uno de los siguientes esquemas:

5.6.3.2.1 Metronidazol 2 g VO en una dosis, o

5.6.3.2.2 Metronidazol 500 mg VO cada 12 horas por siete días.

5.6.3.3 Para *Candida albicans*, uno de los siguientes esquemas:

5.6.3.3.1 Itraconazol 200 mg VO cada 212 horas por un día

5.6.3.3.2 Fluconazol 150 mg VO dosis única, o

5.6.3.3.3 Clotrimazol 100 mg vía vaginal dos tabletas diarias por tres días.

5.6.4 Toda mujer que presente falla al tratamiento debe investigarse en asociación con alguna otra ITS, principalmente gonorrea e infección por *Chlamydia trachomatis*.

5.7 Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

5.7.1 Caso sospechoso. Toda mujer que presente dolor bajo de pelvis con o sin síntomas acompañantes como son: descarga vaginal, dispareunia, metrorragia, disuria, dolor durante la menstruación. Fiebre y ocasionalmente náuseas y vomito.

5.7.2 Caso definitivo: toda mujer que presente dolor bajo de pelvis con o sin síntomas acompañantes como son: descarga vaginal, dispareunia, metrorragia, disuria, dolor durante la menstruación y en quien se corroboren por cultivo, técnicas de gabinete o pruebas de PCR los siguientes agentes: *Neisseria gonorrhoeae*

y *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, Gramnegativos, anaerobios y estreptococos.

5.7.3 Debe iniciarse tratamiento en cualquier mujer con vida sexual activa y los siguientes datos:

5.7.3.1 Tumefacción e hipersensibilidad del abdomen inferior, y

5.7.3.2 Tumefacción e hipersensibilidad de anexos.

5.7.3.3 Tumefacción e hipersensibilidad al movimiento cervical.

5.7.4 Los criterios definitivos de EPI son:

5.7.4.1 Evidencia histopatológica de endometritis en biopsia endometrial;

5.7.4.2 Ultrasonografía transvaginal o técnicas similares que muestren inflamación en tubas uterinas con o sin líquido libre en cavidad, y

5.7.4.3 Hallazgos laparoscópicos: tumefacción y eritema de las tubas uterinas;

5.7.5 El tratamiento debe incluir siempre antimicrobianos útiles contra *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, Gramnegativos, anaerobios y estreptococos.

5.7.6 El tratamiento incluirá alguna de las siguientes alternativas:

5.7.6.1 En pacientes ambulatorios:

5.7.6.1.1 Ofloxacina 400 mg VO cada 12 horas o levofloxacina 500 md diario por 14 días más metronidazol 500 mg VO cada 12 horas por 14 días o clindamicina 450 mg VO cada 6 horas por 14 días;

5.7.7 En pacientes hospitalizados:

5.7.7.1.1 Ceftriaxona 250 mg IM más doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 14 días, o

5.7.7.2 Cefotetan 2 g IV cada 12 horas más doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 14 días.

5.8 Virus del papiloma humano (VPH).

5.8.1 Caso sospechoso. Todo el paciente con neoformaciones de aspecto verrugoso en el área anogenital.

5.8.2 Caso definitivo. Todo paciente con neoformaciones de aspecto verrugoso en el área genital en quien se demuestre por colposcopia, penoscopia, biopsia, citología exfoliativa (coilocitos), técnica de PCR la presencia de VPH o lesiones secundarias al mismo.

5.8.3 El tratamiento de las verrugas externas debe incluir uno de los siguientes esquemas:

5.8.3.1 Podofilina al 0.5% en solución, aplicada con hisopos una vez al día por 3 días y periodos alternativos de no tratamiento durante seis semanas sobre las verrugas, la seguridad de la podofilina durante el embarazo no ha sido establecida.

5.8.3.2 Imiquimod crema al 5%, aplicar tres veces por semana sobre las lesiones, durante 16 semanas, lavar de 6 a 10 horas después de aplicada;

5.8.3.3 Podofilotoxina 0.5% dos veces al día durante 3 días, seguidas de 4 días sin tratamiento repitiendo el ciclo 4 veces.

5.8.3.4 Crioterapia con nitrógeno líquido o dióxido de carbono aplicar una vez al día una vez por semana.

5.8.3.5 Remoción quirúrgica.

5.8.3.6 Aplicación de interferón 1 millones de UI intralesionales por semana durante 4-6 semanas.

5.8.3.7 Aplicación de ácido tricloroacético al 80% o 90%, seis aplicaciones durante 10 días sobre las verrugas.

5.9 Infecciones por ectoparásitos.

5.9.1 Escabiasis.

5.9.1.1 Caso sospechoso. Todo paciente que presente una dermatosis pruriginosa, que tiende a ser generalizada y se caracterice por pápulas, costras hemáticas, vesículas pequeñas y túneles, localizadas predominantemente en los pliegues y genitales.

5.9.1.2 Caso definitivo a escabiasis. Todo paciente con una dermatosis pruriginosa, que tiende a ser generalizada y se caracteriza por pápulas, costras hemáticas, vesículas pequeñas y túneles, localizadas predominantemente en los pliegues y genitales en quien se demuestre por rapado de las lesiones, biopsia o respuesta al tratamiento de *Sarcoptes scabiei*.

5.9.1.3 El tratamiento debe incluir una de las siguientes alternativas: una o más aplicaciones locales de lindano al 1% loción, benzoato de bencilo al 20%, permectina crema al 5%. En casos graves (escabiasis noruega) la ivermectina en una sola dosis de 200 mg por kg de peso ha demostrado ser útil.

5.9.2 Amibiasis genital.

5.9.2.1 El agente causal de la amibiasis es la *Entamoeba histolytica*.

5.9.2.2 La amibiasis genital se manifiesta por un proceso ulceroso destructivo que puede confundirse o asociarse con lesiones ulcerosas producidas por otras ITS.

5.9.2.3 Debe investigarse el antecedente de prácticas sexuales anogenitales o inmunocompromiso.

5.9.2.4 El diagnóstico debe establecerse con la demostración histológica de trofozoitos en el tejido afectado.

5.9.2.5 El tratamiento debe incluir Metronidazol 500 mg VO cada 8 horas por 10 días.

5.9.3 Pediculosis pubis.

5.9.3.1 El agente causal es *Phthirus pubis*.

5.9.3.2 Se manifiesta por prurito y la presencia de piojos o liendres en el vello púbico.

5.9.3.3 El tratamiento debe incluir shampoo de lindano al 1%, aplicado por cuatro minutos en las áreas afectadas.

5.10 ITS prevenibles por vacunación.

5.10.1 Actualmente, las ITS prevenibles por vacunación son la Hepatitis A y Hepatitis B.

5.11 Hepatitis A.

5.11.1 Caso sospechoso. Todo paciente con ictericia y fatiga extrema.

5.11.2 Caso definitivo. Todo paciente con ictericia y fatiga extrema en quien se demuestre por serología IgM para hepatitis viral A.

5.11.3 No existe un tratamiento específico para la infección por VHA.

5.11.4 Están disponibles dos productos para la prevención de la hepatitis A:

5.11.4.1 Inmunoglobulina humana 0.2 ml/kg de peso dentro de las 2 primeras semanas de la exposición.

5.11.5 Vacuna para hepatitis A, la cual se aplicará como dosis inicial y a los 6 y 12 meses los refuerzos.

5.12 Hepatitis B.

5.12.1 Caso sospechoso. Todo paciente con ictericia y fatiga extrema.

5.12.2 Caso definitivo. Infección Aguda, todo paciente con ictericia y fatiga extrema en quien se demuestre por serología IgM para el antígeno core de hepatitis B, antígeno de superficie (Ags) y antígeno e de la hepatitis B.

5.12.3 Infección crónica. Aquel paciente asintomático con Ags o Age positivos para hepatitis B.

5.12.4 El tratamiento de la hepatitis B incluye: interferón alfa 2b 5-millones UI 3 veces por semana durante 16 semanas subcutáneo y lamivudina 100 mg c-24.

5.12.5 La prevención para la infección por VHB debe incluir:

5.12.5.1 Vacuna de hepatitis B a dosis de 0, 1 y 6 meses.

5.12.5.2 La aplicación de inmunoglobulina, 0.06 ml/kg intramuscular dosis única.

6. En materia de vigilancia epidemiológica

6.1 Las ITS son enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y de notificación obligatoria a la autoridad sanitaria más cercana.

6.2 La vigilancia epidemiológica de las ITS debe realizarse considerando tanto las necesidades de prevención y protección de la salud de las enfermedades transmisibles, como el respeto a la dignidad de los afectados, que comprende su derecho a: servicios de calidad, confidencialidad, privacidad y un trato equitativo y no discriminatorio, actitud que debe promoverse entre el personal que labora en las instituciones de salud.

6.3 Las ITS, independientemente de la información diaria, deben ser incluidas en la notificación semanal de enfermedades transmisibles por todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con las disposiciones establecidas por la NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.

6.4 El estudio, seguimiento y control de casos y contactos de pacientes con ITS, deben hacerse de acuerdo con las disposiciones establecidas por la NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.

6.5 La investigación de los casos índice y de los contactos, debe llevarse a cabo en las personas con diagnóstico de ITS comprobado, previo consentimiento de los pacientes, conservando la confidencialidad de la información.

6.6 Cuando el paciente sea mayor de edad, se obtendrá la información y consentimiento directamente de él con la firma correspondiente o, en su caso, huella dactilar. En el caso de menores de edad, o personas imposibilitadas para dar su consentimiento, se procurará, mediante la consejería apropiada, obtener la información y consentimiento del padre, la madre, tutor o representante legal. La ausencia de responsables legales no justificará la negación de atención. Los adolescentes son una población vulnerable, por lo que se considera una prioridad evitar la deserción y la falta de adhesión al tratamiento. En caso de no presentarse los responsables del menor, se incluirá una nota en el expediente, que rubricará el responsable del servicio.

6.7 El personal de salud y las instituciones encargadas de la atención del paciente con ITS, deben observar las disposiciones respecto al carácter legal y confidencial del expediente clínico, según lo establece la NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

7. Investigación

7.1 El CONASIDA debe apoyar el desarrollo de la investigación de las ITS.

7.2 Para la vigilancia epidemiológica de las ITS, se requiere la realización de investigación básica, clínica, epidemiológica y operativa, con atención particular a los factores, condiciones de riesgo y población con prácticas de riesgo.

7.3 Los resultados de dichas investigaciones deben ser discutidos por las instancias que las generaron en coordinación con el CENSIDA, con objeto de analizar y evaluar dichos resultados, tendientes a hacer propuestas que mejoren la calidad de los servicios relacionados con las ITS.

7.4 Los estudios e investigaciones se deben efectuar con base en los principios éticos, científicos y de acuerdo con la legislación aplicable.

8. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

Esta Norma Oficial Mexicana no es equivalente a ninguna norma internacional ni mexicana por no existir al momento de su elaboración.

9. Bibliografía

9.1 Adrián Mindel, Gina Dallabetta, Antonio Gerbase, King Holmes. Syndromic Approach to STD Management. Sex Transm Inf 1998; 74 (Suppl 1):S1-S11.

9.2 Asesoramiento y VIH/SIDA. ONUSIDA, Actualización técnica. Colección ONUSIDA de Prácticas óptimas. Ginebra, Suiza, Noviembre de 1997.

9.3 Beck-Sague CM; Cordts JR; Brown K; Larsen SA; Black CM; Knapp JS; Ridderhof JC; Barnes FG; Morse SA. Laboratory diagnosis of sexually transmitted diseases in facilities within the United States. Results of a national survey. Sex Transm Dis 1996 Jul-Aug; 23 (4): 342-9.

9.4 Benzick AE, Wirthwein DP, Weinberg A, Wendel GD Jr, Alsaadi R, Leos NK, Zeray F, Sánchez PJ. Pituitary gland gumma in congenital syphilis after failed maternal treatment: a case report. Pediatrics 1999 Jul; 104(1): e4.

9.5 Brown TJ, Yen-Moore A, Tying SK. An overview of sexually transmitted diseases. Part I. J Am Acad Dermatol 1999 Oct; 41 (4): 511-32.

9.6 Carlos F. Cáceres. Dimensiones Sociales y Relevantes para la Prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. El SIDA en América Latina y el Caribe: Una visión multidisciplinaria, págs. 217-246. Fundación Mexicana para la Salud, AC. Primera Edición, 1999.

9.7 CDC. Congenital Syphilis. US, 1998. MMWR September 03, 1999/48(34); 757-761. **9.8** CDC. Division of Sexually Transmitted Diseases and Prevention. Some facts about Chlamydia. Oct 1999.

9.9 CDC. Guidelines for the prevention and control of congenital syphilis. MMWR Jan 15, 1988/Vol. 37/No.S-1.

9.10 CDC. Increases in Primary and Secondary Syphilis-US. MMWR July 3, 1987/Vol. 36 (25). 488-495.

9.11 CDC/OD Office of Women Health: Sexually Transmitted Diseases, Jul 1999.

9.12 CDC/OD Office of Women's Health: Sexually Transmitted Diseases, Nov 1997. Centers for Disease Control. Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. MMWR 1997; 47 (No. RR-1).

9.13 Centers for Disease Control. Pelvic Inflammatory Disease: guidelines for prevention and management and Purified Protein Derivative (PPD)- Tuberculin Anergy and HIV Infection: Guidelines for Anergy Testing and Management of Anergic Persons at Risk of Tuberculosis. MMWR 1991; 40 (No. RR-5).

9.14 Centers for Disease Control. Recommendations for Preventing Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis B Virus to Patients during Exposure Prone Invasive Procedures. *MMWR* 1991; 40 (No. RR-8).

9.15 Conover CS, Rend CA, Miller GB Jr, Schmid GP. Congenital syphilis after treatment of maternal syphilis with a penicillin regimen exceeding CDC guidelines. *Infect Dis Obstet Gynecol* 1998; 6(3): 134-7.

9.16 Corey L, Handsfield HH. Genital herpes and public health: addressing a global problem. *JAMA* 2000 Feb 9; 283 (6): 791-4.

9.17 Chapel TA. The variability of syphilitic chancres. *Sex Transm Dis* 1978 Apr-Jun; 5(2): 68-70.

9.18 DiCarlo RP, Martín DH. The clinical diagnosis of genital ulcer disease in men. *Clin Infect Dis* 1997 Aug; 25 (2): 292-8.

9.19 Dutro SM, Wood GE, Totten PA. Prevalence of, antibody response to, and immunity induced by *Haemophilus ducreyi* hemolysin. *Infect Immun* 1999 Jul; 67(7): 3317-28.

9.20 Educación sobre el SIDA en la escuela. ONUSIDA, Actualización técnica. Colección ONUSIDA de Prácticas óptimas. Ginebra, Suiza, Octubre de 1997.

9.21 Edwards S, Carne C. Oral sex and transmission of non-viral STIs. *Sex Transm Infect* 1998 Apr; 74(2): 95-100.

9.22 El SIDA y las relaciones sexuales entre varones. ONUSIDA, Actualización técnica. Colección ONUSIDA de Prácticas óptimas. Ginebra, Suiza, Octubre de 1997.

9.23 Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia. Colección ONUSIDA de Prácticas Óptimas. ONUSIDA/OMS/97.6.

9.24 Erbeding E, Quin TC. The impact of antimicrobial resistance on the treatment of sexually transmitted diseases. *Infect Dis Clin North Am* 1997 Dec; 11 (4): 889-903.

9.25 Felipe Uribe; Manuel Quiterio; Leonor Rivera. Factores de riesgo de sífilis en el contexto de las enfermedades de transmisión sexual. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología* 1995; 15(1) 21-24.

9.26 Finelli L, Crayne EM, Spitalny KC. Treatment of infants with reactive syphilis serology, New Jersey: 1992 to 1996. *Pediatrics* 1998 Aug; 102(2): 27.

9.27 Gerardo Casanova; Federico Javier Ortiz Ibarra; Jos Luis Arredondo García. Las enfermedades de transmisión sexual: causa de complicaciones perinatales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología* Enero-Febrero, 1994 Volumen 14, Número 1. Págs. 25-28.

9.28 Gina Dallabeta; Marie Laga; Peter Lamptey. Control of Sexually Transmitted Diseases. A handbook for the design and management of programs. AIDSCAP/Family Health International.

9.29 Guidelines for Sexually Transmitted Disease Surveillance. World Health Organization. UNAIDS. 1998.

9.30 Herpes and Pregnancy. Símbolo.

9.31 Hollier LM, Cox SM. Syphilis. *Semin Perinatol* 1998 Aug; 22(4): 323-31.

9.32 Hurtig AK, Nicoll A, Carne C, Lissauer T, Connor N, Webster JP, Ratcliffe L. Syphilis in pregnant women and their children in the United Kingdom: results from national reporting surveys 1994-7. *BMJ* 1998 Dec 12; 317(7173): 1617-9.

9.33 Integración de la prevención del VIH y de las ETS en el medio escolar. Grupo de trabajo interorganismos del ONUSIDA. Agosto 1997.

9.34 Jamkhedkar PP, Hira SK, Shroff HJ, Lanjewar DN. Clinico-epidemiologic features of granuloma inguinale in the era of acquired immune deficiency syndrome. *Sex Transm Dis* 1998 Apr; 25 (4): 196-200.

9.35 Kharsany AB, Hoosen AA, Naicker T, Kiepiela P, Sturm AW. Ultrastructure of *Calymatobacterium granulomatis*: comparison of culture with tissue biopsy specimens. *J Med Microbiol* 1998 Dec; 47 (12): 1069-73.

9.36 Kura MM, Hira S, Kohli M, Dalal PJ, Ramnani VK; Jagtap MR. High occurrence of HBV among STD clinic attenders in Bombay, India. *Int J STD AIDS* 1998 Apr; 9 (4): 231-3.

9.37 Lee MJ, Hallmark RJ, Frenkel LM, Del Priore G. Maternal syphilis and vertical perinatal transmission of human immunodeficiency virus type-1 infection. *Int J Gynaecol Obstet* 1998 Dec; 63(3): 247-52.

9.38 Ley General de Salud, Capítulo II, Título octavo: Enfermedades Transmisibles. Lumbiganon P. Appropriate technology: antenatal care. *Int J Gynaecol Obstet* 1998 Dec; 63 Suppl 1:S91-5.

9.39 Lynn S. Bickley; Karen K. Krisher; Amado Punsalang, Jr; Trupej RN; Richard C. Reichman; Marilyn A. Menegus. Comparison of Direct Fluorescent Antibody, Acridine Orange, Wet Mount, and Culture for Detection

of *Trichomonas vaginalis* in Women Attending a Public Sexually Transmitted Diseases Clinic. Sexually Transmitted Diseases Jul-Sep 1989. 127-131.

9.40 Malonza IM, Tyndall MW, Ndinya-Achola JO, Maclean I, Omar S, MacDonald KS, Perriens J, Orle K, Plummer FA, Ronald AR, Moses S. Arandomized, double-blind, placebo-controlled trial of single-dose ciprofloxacin versus erythromycin for the treatment of chancoid in Nairobi, Kenya. *J Infect Dis* 1999 Dec; 180(6): 1886-93.

9.41 Management of Genital Herpes Simplex Infection in Pregnancy. Símbolo.

9.42 MMWR. Report of the NIH Panel to define principles of therapy of HIV infection and Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV -infected adults and adolescents. April 24, 1998-Vol.47-No. RR-5.

9.43 Mobley JA, McKeown RE, Jackson KL, Sy F, Parhaqm JS, Brenner ER. Risk factors for congenital syphilis in infants of women with syphilis in South Carolina. *Am J Public Health* 1998 Apr; 88(4): 597-602.

9.44 Moyer VA, Schneider V, Yetman R, García-Prats J, Parks D, Cooper T. Contribution of long-bone radiographs to the management of congenital syphilis in the newborn infant. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998 Apr; 152(4): 353-7.

9.45 National guideline for the management of chancroid. Clinical Effectiveness Group (Association of Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases). *Sex Transm Infect* 1999 Aug; 75 Suppl 1:S43-5.

9.46 Newell ML, Thorne C, Pembrey L, Nicoll A, Goldberg D, Peckham C. Antenatal screening for hepatitis B infection and syphilis in the UK. *Br J Obstet Gynaecol* 1999 Jan; 106(1): 66-71.

9.47 Pillary A, Hoosen AA, Loykissonlal D, Glock C, Odhav B, Sturm AW. Comparison of culture media for the laboratory diagnosis of chancroid. *J Med Microbiol* 1998 Nov; 47(11): 1023-6.

9.48 Profesor L. Corey. Dr. A. Simmons. Recommendations from the International Herpes Management Forum Management Strategies Workshop. The Medical Importance of Genital Herpes Simplex Virus Infection. 28 February-1 March 1997.

9.49 Ratcliffe L, Nicoll A, Carrington D, Wong H, Egglestone SI, Lightfoot NF, Pennington JH, Smith EG, Turner AJ, Zadik PM. Reference laboratory surveillance of syphilis in England and Wales, 1994 to 1996. *Commun Dis Public Health* 1998 Mar; 1(1): 14-21.

9.50 Rhoda M. Alani; Karl Münger. Human Papillomaviruses. *Science & Medicine*. May/June 1998, 2835.

9.51 Ricardo Figueroa Damián. Lourdes Narcio Reyes. Gerardo Casanova Román. Frecuencia de enfermedades transmitidas sexualmente en pacientes en control prenatal. *Ginecol Obstet Mex* Vol:62, Núm: 04 Abril 1994.

9.52 Risbud A, Chan-Tack K, Gadkari D, Gangakhedkar RR, Shepherd ME, Bollinger R, Mehendale S, Gaydos C, Divekar A, Rompalo A, Quinn TC. The etiology of genital ulcer disease by multiplex polymerase chain reaction and relationship to HIV infection among patients attending sexually transmitted disease clinics in Pune, India. *Sex Transm Dis* 1999 Jan; 26(1): 55-62.

9.53 Rosen T, Brown TJ. Cutaneous manifestations of sexually transmitted diseases. *Med Clin North Am* 1998 Sep; 82 (5): 1081-104, VI.

9.54 Schmid GP. Treatment of chancroid, 1997. *Clin Infect Dis* 1999; 28 Suppl 1:S14-20.

9.55 Shet TM, Kandalkar BM, Vora IM. Neonatal hepatitis-an autopsy study of 14 cases. *Indian J Pathol Microbiol* 1998 Jan; 41(1): 77-84.

9.56 SJ Goldie; KM Kuntz; MC Weinstein; KA Freedberg; JM Palefsky. Cost-Effectiveness of Screening for Human Papillomavirus (HPV)-Associated Anal Squamous Intraepithelial Lesions (ASIL) in MSM. 1998 National STD Prevention Conference. Dec 6-9, 1998. Dallas, Texas.

9.57 Teodoro Carrada-Bravo. Observaciones sobre el *Treponema pallidum* y la historia natural de la sífilis en México. Investigación preliminar. *Dermatología Rev. Mex.* Vol. XXXIII, núm. 6 nov-dic, 1989. Págs. 359-366.

9.58 Teodoro Carrada-Bravo; Horacio Durán-Bermúdez. Observaciones sobre la ultraestructura del chancro sífilítico y su historia natural en México. *Dermatología Revista Mexicana* Vol. XXXIV, núm. 1 ene-feb, 1990. Págs. 32-42.

9.59 Tess BH, Rodrigues LC, Newell ML, Dunn DT, Lago TD. Breastfeeding genetic, obstetric and risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in Sao Paulo State, Brazil. Sao Paulo Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1. *AIDS* 1998 Mar 26; 12 (5): 513-20.

9.60 The Female Condom and AIDS. UNAIDS: Point of View. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva, Switzerland, April, 1998.

9.61 Van del Veen F; Fransen L. Drugs for STD management in developing countries: choice, procurement, cost, and financing. *Sex Transm Infect* 1998 Jun; 74 Suppl 1: S166-74.

9.62 Wagner CL, Katikaneni LD, Cox TH, Ryan RM. The impact of prenatal drug exposure on the neonate. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998 Mar; 25(1): 169-94.

9.63 Wen LM; Estcourt CS; Simpson JM; Mindel A. Risk factors for the acquisition of genital warts: are condoms protective? *Sex Transm Infect* Aug 1999.

9.64 Woodward C, Fisher MA. Drug treatment of common STDs: part I. Herpes, syphilis, urethritis, chlamydia and gonorrhoea. *Am Fam Physician* 1999 Oct 1; 60 (5): 1387-94.

9.65 Yetman RJ, Risser WL, Barth BA, Risser JM, Hwang LY. Problems in physician s classification and reporting of congenital syphilis. *Int J STD AIDS* 1998 Dec; 9(12): 765-8.

10. Observancia de la norma

La vigilancia de esta Norma, corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias.

11. Vigencia

La presente Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

México, D.F., a 24 de enero de 2003.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Roberto Tapia Conyer**.- Rúbrica.