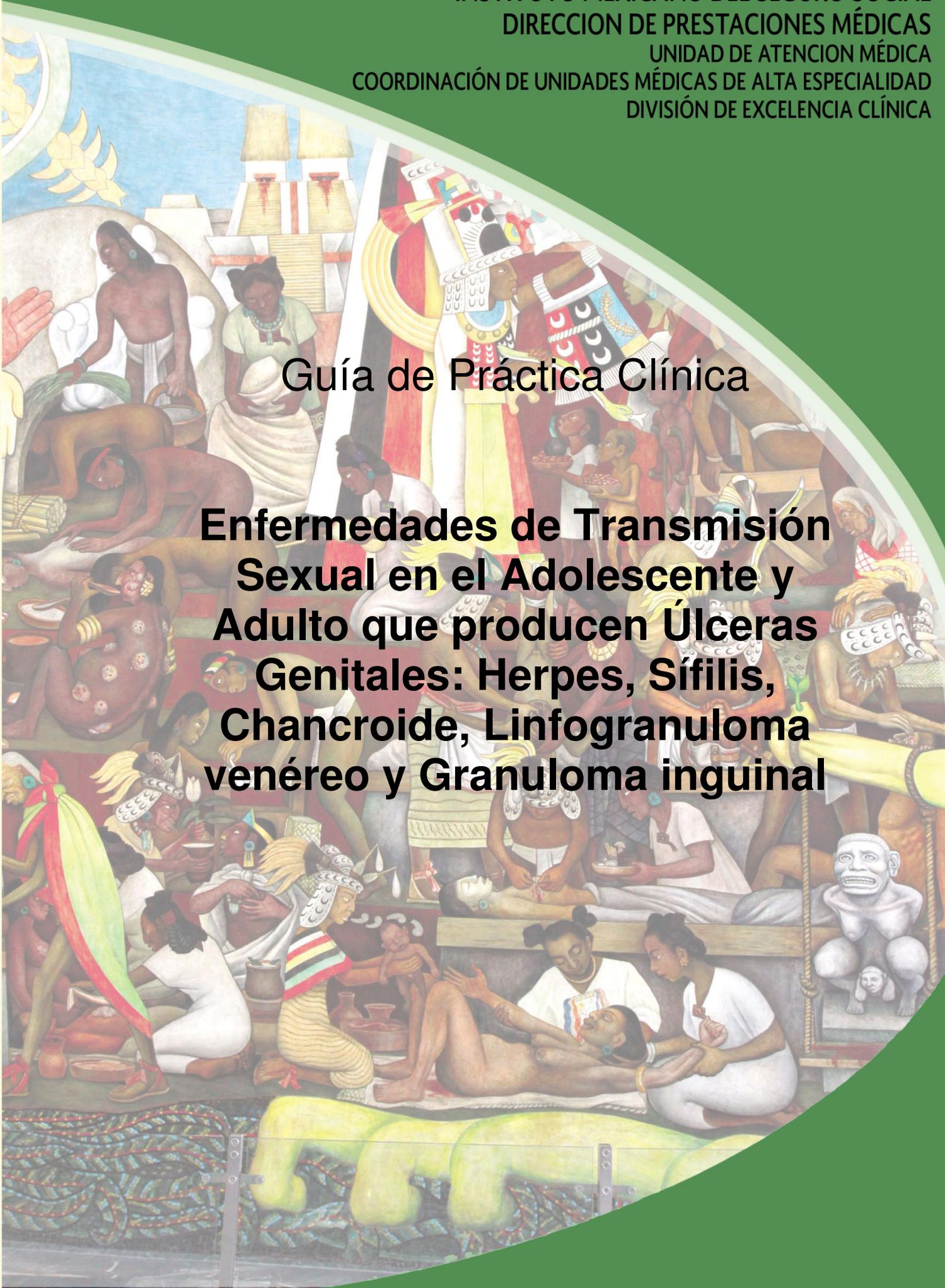


## Guía de Práctica Clínica

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





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECTOR GENERAL

**MTR. DANIEL KARAM TOUMEH**

DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS

**DR. SANTIAGO ECHEVARRÍA ZUNO**

TITULAR DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

**DR. FRANCISCO JAVIER MÉNDEZ BUENO**

COORDINADOR DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

**DR. ALFONSO ALBERTO CERÓN HERNÁNDEZ**

COORDINADORA DE ÁREAS MÉDICAS

**DRA. LETICIA AGUILAR SÁNCHEZ**

COORDINADOR DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

**DR. SERGIO ALEJANDRO MORALES ROJAS**

TITULAR DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

**DR. JAVIER DÁVILA TORRES**

COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN SALUD

**DRA. LILIA ELENA MONROY RAMÍREZ (ENCARGADA)**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ (ENCARGADO)**

COORDINADOR DE POLÍTICAS DE SALUD

**LIC. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ DÍAZ PONCE**

TITULAR DE LA UNIDAD DE SALUD PÚBLICA

**DR. ÁLVARO JULIÁN MAR OBESO**

COORDINADORA DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

**DRA. IRMA HORTENSIA FERNÁNDEZ GÁRATE**

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Y APOYO EN CONTINGENCIAS

**DR. VICTOR HUGO BORJA ABURTO (ENCARGADO)**

COORDINADOR DE SALUD EN EL TRABAJO

**DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO**

COORDINADOR DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

**DR. RODOLFO A. DE MUCHA MACÍAS**

Durango 289- 1A Colonia Roma  
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.  
Página Web: [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

Publicado por IMSS  
© Copyright IMSS "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General  
División de Excelencia Clínica  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

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 de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y 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.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos, deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

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; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009

Esta guía puede ser descargada de Internet en:  
<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

ISBN: 978-607-8270-26-2

**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**

<b>Autores:</b>			
Roberto Arias Raya	Medicina Familiar	<b>IMSS</b>	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		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.
<b>Validación Interna:</b>			
Miguel Chávez Gómez	Urología	<b>IMSS</b>	Médico Adscrito al Servicio de Urología HGZ 1, Aguascalientes Delegación: Aguascalientes
Antonio Francisco Martínez Hernández	Medicina Familiar		Médico adscrito a Medicina Familiar UMF 20 Huamantla, Delegación: Tlaxcala
María de la Luz Rivero Díaz	Medicina Familiar		Directora UMF 20 Huamantla, Delegación: Tlaxcala
<b>Validación Externa:</b>			
Jesús Carlos Briones Garduño		<b>Academia Mexicana de Cirugía A.C.</b>	

# Índice

1. Clasificación .....	6
2. Preguntas a responder por esta Guía .....	7
3. Aspectos Generales .....	8
3.1 Justificación .....	8
3.2 Objetivo de esta Guía .....	9
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) .....	16
4.4 Tratamiento.....	18
4.4.1 Tratamiento Farmacológico de las enfermedades de transmisión sexual .....	18
4.4.1.1 Tratamiento farmacológico de la sífilis primaria .....	18
4.4.1.2 Tratamiento farmacológico del herpes simple genital .....	21
4.4.1.3 Tratamiento farmacológico de cancroide.....	22
4.4.1.4 Tratamiento farmacológico de linfogranuloma venéreo.....	23
4.4.1.5 Tratamiento farmacológico de granuloma inguinal .....	24
4.5 Criterios de referencia y contrareferencia.....	25
4.5.1 Criterios técnicos médicos de referencia.....	25
4.5.1.1 Referencia al segundo nivel de atención.....	25
4.6 Vigilancia y seguimiento .....	28
4.6.1 Vigilancia y seguimiento en el paciente con enfermedades de .....	28
transmisión sexual .....	28
4.6.1.2 Vigilancia y seguimiento en el paciente con sífilis primaria .....	29
4.6.1.3 Vigilancia y seguimiento en el paciente con cancroide .....	30
4.6.1.4 Vigilancia y seguimiento en el paciente con linfogranuloma venéreo. 31	
4.6.1.5 Vigilancia y seguimiento en el paciente con herpes simple .....	31
4.7 Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad en donde proceda .....	31
7. Bibliografía .....	34
8. Agradecimientos.....	36
9. Comité académico.....	37



## **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

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
 <p>El inicio de relaciones sexuales sin protección y las múltiples parejas sexuales favorecen la aparición de ETS que producen úlceras</p>	<p>IV [E. Shekelle] CGSTI, 2007</p> <p>IV [E. Shekelle] Ethiopia-NAGMSTI, 2006</p>
 <p>Proporcionar educación sexual y consejería en personas con actividad sexual promoviendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monogamia</li> <li>- uso de condón</li> <li>-prácticas sexuales protegidas</li> </ul>	<p>✓ Buena Practica</p>

## 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>IV [E. Shekelle] Ethiopia-NAGMSTI, 2006</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>✓ Buena Practica</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 transmisión de ETS que producen úlceras</p>	<p>IV [E. Shekelle] CGSTI, 2007</p> <p>IV [E. Shekelle] Egypt GMSTI, 2006</p>

	<p>Educación al paciente en el uso adecuado del condón:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- demostrar a cada paciente como usar el condón correctamente</li> <li>- la clínica debe proveer condones (12-15 mensual).</li> </ul>	<p style="text-align: center;">✓ Buena Practica</p>
---	--	---

#### 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 style="text-align: center;">IV [E. Shekelle] CEG/BASHH 2007</p> <p style="text-align: center;">IV [E. Shekelle] CDC, 2006</p>
	<p>Realización del tamizaje a personas con factores de riesgo y en embarazadas</p>	<p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">IV [E. Shekelle] CGSTI, 2007</p>
	<p>Realizar historia clínica completa, existen datos en el examen físico en la primera consulta que ayudan a integrar el diagnóstico.</p>	<p style="text-align: center;">✓ Buena Practica</p>

	<p>La sífilis primaria se manifiesta por la presencia de una úlcera genital que suele ser única, de fondo limpio y bordes elevados</p>	<p>IV [E. Shekelle] CGSTI, 2007</p> <p>IV [E. Shekelle] MMWR, CDC, 2006</p>
	<p>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)</p>	<p>✓ Buena Practica</p>
	<p>El herpes genital se asocia a múltiples úlceras acompañadas de vesículas, ardor y prurito; se acompaña de disuria, exudado vaginal y/o uretral</p>	<p>IV [E. Shekelle] CEG HERPES SIMPLEX/BASHH, 2007</p> <p>IV [E. Shekelle] MMWR, CDC, 2006</p>
	<p>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.</p>	<p>✓ Buena Practica</p>
	<p>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</p>	<p>IV [E. Shekelle] CEG CHANROID/BASHH, 2006 MMWR, CDC, 2006</p>
	<p>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</p>	<p>✓ Buena Practica</p>

	<p>linfadenopatía que se presenta hasta en 50%, suele ser dolorosa, unilateral y supurativa, lo cual sugiere fuertemente el diagnóstico; el periodo de incubación del H. ducreyi es de 48 a 72 h.</p>	
	<p>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.</p>	<p>IV [E. Shekelle] CEG LGV/BASHH, 2007 MMWR, CDC, 2006</p>
	<p>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.</p>	<p>✓ Buena Practica</p>
	<p>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</p>	<p>IV [E. Shekelle] CEG GRANULOMA 2001 BASHH, 2006 MMWR, CDC, 2006</p>
	<p>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</p>	<p>✓ Buena Practica</p>

#### 4.3.2 Pruebas Diagnósticas (Laboratorio y gabinete)

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
<b>E</b>	Demostración del <i>T. pallidum</i> en las lesiones o ganglios linfáticos infectados. Mediante microscopia del tejido oscuro del fondo de la lesión.	III UK NGMS 2008
<b>E</b>	Prueba de reacción en cadena de la polimerasa de tejidos como vítreo o líquido cefalorraquídeo	IIb UK NGMS 2008
<b>E</b>	Las pruebas serológicas de detección de la sífilis deben ser realizadas de forma rutinaria en los pacientes con enfermedades genitourinarias. Pruebas específicas para <i>T. pallidum</i> : 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.	II UK NGMS 2008
<b>R</b>	Cuando sea posible se deben realizar pruebas confirmatorias como son: 1. Demostración del <i>treponema pallidum</i> 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
<b>E</b>	La realización de pruebas no treponémicas del tipo VDRL es mandatoria ante sospecha de sífilis en títulos >1:8	IV [E. Shekelle] CEG SYPHILIS  IV [E. Shekelle] MMWR, CDC, 2006

<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>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.</p>	<p style="text-align: center;">D [E. Shekelle] CEG SYPHILIS D [E. Shekelle] CDC, 2006</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>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.</p>	<p style="text-align: center;">C UK NGMS 2008</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>La FTA-ABS, no se recomienda como un estándar de ensayo de confirmación (European Sífilis IUSTI Orientación / OMS, 2007).</p>	<p style="text-align: center;">IV UK NGMS 2008</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Se recomienda repetir siempre las pruebas positivas en una segunda muestra para confirmar el resultado con una prueba diferente Se recomienda para el tamizaje:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prueba de inmuno ensayo</li> <li>2. Prueba de hemaglutinación</li> <li>3. VDRL / Prueba de medición rápida de reagina en plasma.</li> </ol>	<p style="text-align: center;">C UK NGMS 2008</p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>La prueba de inmunoblot se recomienda cuando la prueba no confirma el resultado positivo del tamizaje.</p>	<p style="text-align: center;">C UK NGMS 2008</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>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.</p>	<p style="text-align: center;">C UK NGMS 2008</p>

## 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
	<p>Esquema recomendados en sífilis en incubación y/o tratamiento epidemiológico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penicilina benzatínica G 2.4 MUI IM dosis única</li> <li>2. Dicloxacilina 100 mg VO por 14 días</li> <li>3. Azitromicina 1g VO.</li> <li>4.</li> </ol>	<p>III UK NGMS 2008</p>
	<p>Penicilina G Benzatínica es el fármaco de elección ante un caso de sífilis</p>	<p>II III (en pacientes con VIH) CGSTD, 2007</p>
	<p>Sífilis temprana (primaria, secundaria y latente)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penicilina benzatínica G 2.4 MUI IM dosis única</li> <li>2. Penicilina procaínica G 600 000 UI IM por 10 días.</li> </ol>	<p>1b UK NGMS 2008  III UK NGMS 2008</p>
	<p>Esquemas alternativos para sífilis temprana: (como en pacientes alérgicos a la penicilina o que no acepten tratamiento parenteral)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Doxiciclina 100 mg VO por 14 días III, B</li> <li>2. Azitromicina 2 g VO (1b, B) o Azitromicina 500 mg al día 10 días (II, B)</li> <li>3. Eritromicina 500 mg. VO por 14 días III, B</li> <li>4. Ceftriaxona 500 mg IM diario por 10 días (si no tiene alergia a las penicilinas)</li> <li>5. Amoxicilina 500 mg VO + Probenecid 500 mg por 14 días III, B</li> </ol>	<p>II-III UK NGMS 2008</p>

	<p>Sífilis latente tardía, gomosa y sífilis cardiovascular</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penicilina benzatínica 2,4 MUI IM semanal por dos semanas (tres dosis)</li> <li>2. Penicilina procaína 600.000 unidades IM dosis única por 17 días</li> </ol>	<p>III UK NGMS 2008</p>
	<p>Esquema alternativo de sífilis latente tardía, sífilis cardiovascular y gomosa</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Doxiciclina 100 mg VO por 28 días</li> <li>2. Amoxicilina 2 g VO + Probenecid 500 mg por 28 días</li> </ol>	<p>III- IV UK NGMS 2008</p>
	<p>Sífilis temprana en el embarazo</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penicilina G benzatina 2,4 MUI IM dosis única en el primer y segundo trimestre (II, B). Cuando el tratamiento es la maternidad iniciado</li> <li>2. En el tercer trimestre, una segunda dosis de benzatina penicilina G 2,4 MUI IM debe darse después de una semana (día 8).</li> <li>3. Penicilina G procaínica 600.000 unidades IM. diario 10 días (III, B)</li> </ol> <p>Esquemas alternativos</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amoxicilina 500 mg VO + Probenecid 500 mg VO 14 días (III, B)</li> <li>2. Ceftriaxona 500 mg IM a diario 10 días (III, B)</li> <li>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)</li> </ol>	<p>II-III UK NGMS 2008</p>
	<p>La sífilis congénita</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bencilpenicilina sódica 100,000-150.000 unidades / kg al día IV (divididas en dosis de 50.000</li> </ol>	<p>III UK NGMS 2008</p>

	<p>unidades / kg 12 horas en los primeros 7 días de vida y 8 horas después) 10 días</p> <p>2. Penicilina procaína 50.000 unidades / kg al día IM10 días</p>	
<b>E</b>	<p>Neurosífilis incluyendo afectación neurológica y oftálmica de la sífilis temprana</p> <p>1. Penicilina procaínica 1.8-2.4 MUI IM + Probenecid 500 mg por 17 días</p> <p>2. Bencilpenicilina 18-24 MUI diario</p> <p>Esquemas alternativos</p> <p>1. Doxiciclina 200 mg VO 28 días</p> <p>2. Amoxicilina 2g VO. + Probenecid 500 mg VO 28 días</p> <p>3. Ceftriaxona 2g IM (con lidocaína como diluyente) o IV (con agua como diluyente,) 14 días</p>	<p>III UK NGMS 2008</p> <p>IV UK NGMS 2008</p>
<b>R</b>	<p>Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de UI IM en dosis única</p>	<p>A CGSTD, 2007 UK NGMS 2008</p> <p>B UK NGMS 2008</p> <p>C UK NGMS 2008</p>
<b>E</b>	<p>Doxiciclina es el antibiótico recomendado en pacientes alérgicos a la penicilina</p>	<p>II CGSTD, 2007</p> <p>III UK NGMS 2008</p>
<b>R</b>	<p>Prescribir doxiciclina 100 mg VO cada 12 h por 14 días</p>	<p>B CGSTD, 2007</p> <p>B UK NGMS 2008</p>

<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>	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.	A CEG HERPES SIMPLEX 2006
<b>E</b>	El valaciclovir es una droga antiviral, oral, útil para el herpes simple genital, en un periodo de administración de 1-3 días.	I CEG HERPES SIMPLEX 2006
<b>R</b>	El valaciclovir se debe administrar en períodos de tratamiento cortos, a dosis de 500 mg en una dosis por día por 3 días	A CEG HERPES SIMPLEX 2006

	(Nota: en caso de no contar con ella, valorar la subrogación en pacientes específicos).	
<b>E</b>	El famciclovir es una droga antiviral, oral, útil para herpes simple genital, en un primer episodio y en una recurrencia.	I CEG HERPES SIMPLEX 2006
<b>R</b>	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).	A CEG HERPES SIMPLEX 2006

#### 4.4.1.3 Tratamiento farmacológico de cancroide

Evidencia/Recomendación		Nivel/Grado
<b>E</b>	La azitromicina es un medicamento útil en terapias de dosis únicas para combatir con éxito el Haemophilus ducreyi sin mostrar datos de resistencia.	Ib BASHH, 2007
<b>R</b>	La azitromicina se administra en dosis de 1 gr, vía oral en dosis única.	A BASHH, 2007
<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	Ib BASHH, 2006

	con grupos control).	
<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  D [E. Shekelle] CDC, 2006
<b>E</b> Eritromicina es el fármaco alternativo para el tratamiento	IV CEG/BASHH, 2006  IV [E. Shekelle] MMWR, CDC, 2006
<b>R</b> Prescribir 500 mg VO cada 6 h por 21 días	B CEG/BASHH, 2006  D

		[E. Shekelle] CDC, 2006
<b>E</b>	La alternativa al tratamiento de eritromicina por la pobre tolerancia gástrica es la azitromicina	IV CEG/BASHH, 2006  IV [E. Shekelle] MMWR, CDC, 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)	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  D MMWR, CDC, 2006
<b>E</b>	Doxiciclina es el fármaco alternativo para el tratamiento del granuloma inguinal	IV CEG/BASHH, 2001  IV MMWR, CDC, 2006
<b>R</b>	Prescribir doxiciclina 100 mg VO cada 12 h por 3 semanas	C CEG/BASHH, 2001  D MMWR, CDC, 2006

<b>E</b>	Ciprofloxacino o norfloxacino es otro fármaco alternativo para este problema	IIb CEG/BASHH, 2001 IV MMWR, CDC, 2006
<b>R</b>	Prescribir ciprofloxacino 500 mg VO cada 12 h por 3 semanas o norfloxacino	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
	El médico familiar valorará el envío al servicio de Psicología y Psiquiatría	✓ Buena Practica
<b>E</b>	Las ETS pueden acompañarse de comorbilidad de tipo ansiedad-depresión, alteraciones mentales y del comportamiento, adicciones, entre otras.	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
<b>✓/R</b>	El riesgo obstétrico se eleva cuando se diagnostica ETS en cualquier trimestre del embarazo	✓ Buena Practica
<b>✓/R</b>	Envío a 2do nivel (servicio Gineco-obstetricia) para tratamiento oportuno, evitar secuelas y complicaciones en el binomio materno- infantil.	✓ Buena Practica

<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>Son criterios de derivación a la consulta de medicina interna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas anormales en la exploración neurológica o síntomas deficitarios neurológicos asociados a ETS</li> <li>• Antecedente de relaciones sexuales bajo la influencia de sustancias como el alcohol o drogas</li> </ul>	<p style="text-align: center;">IV [E. Shekelle] CGSTI, 2007</p>
<p style="text-align: center;">✓/R</p>	<p>Envío al servicio de Medicina Interna</p>	<p style="text-align: center;">✓ Buena Practica</p>
<p style="text-align: center;">✓/R</p>	<p>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.</p>	<p style="text-align: center;">✓ Buena Practica</p>
<p style="text-align: center;">✓/R</p>	<p>Ante un caso de herpes severo expedir incapacidad por al menos 10 días y canalizar a segundo nivel (tratamiento con aciclovir IV).</p>	<p style="text-align: center;">✓ Buena Practica</p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>En aquellos pacientes que se cataloga como neurosífilis por encontrar anomalías clínicas sugestivas (como cefalea, convulsiones, meningismo, datos de 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.</p>	<p style="text-align: center;">IV [E. Shekelle] UK National Guideline for the Management of Late Syphilis 2002.</p>

✓/R	Valorar el envío urgente al servicio de Neurología o Medicina Interna	✓ Buena Practica
E	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.	IV [E. Shekelle] CGSTI, 2007
✓/R	Envío al servicio de Urología	✓ Buena Practica
E	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
✓/R	Envío al servicio de Ginecología	✓ Buena Practica
E	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
✓/R	Envío al servicio de Dermatología	✓ Buena Practica
E	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

	<p>El médico familiar valorará el envío ordinario o urgente a 2º. nivel, Epidemiología, Trabajo Social y Psicología (adecuada consejería para apego al seguimiento).</p>	<p style="text-align: center;">✓ Buena Practica</p>
	<p>El apoyo psicológico en estados de ansiedad y depresión ayuda al manejo integral de cualquier enfermedad de transmisión sexual.</p>	<p style="text-align: center;">IV [E. Shekelle] CGSTI, 2007</p>
	<p>Envío a Psicología y/o Psiquiatría</p>	<p style="text-align: center;">✓ Buena Practica</p>

## 4.6 Vigilancia y seguimiento

### 4.6.1 Vigilancia y seguimiento en el paciente con enfermedades de transmisión sexual

Evidencia/Recomendación		Nivel/Grado
	<p>El paciente debe evitar el contacto sexual durante el tratamiento hasta la curación de las lesiones. La pareja debe ser tratada también.</p>	<p style="text-align: center;">IV [E. Shekelle] CGSTI, 2007</p> <p style="text-align: center;">IV [E. Shekelle] Ethiopia-NAGMSTI, 2006</p>
	<p>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</p>	<p style="text-align: center;">✓ Buena Practica</p>
	<p>El manejo de la pareja es de suma importancia para evitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-la re-infección del paciente y/o pareja(s)</li> <li>-transmisión a otras pareja(s)</li> <li>-aparición de complicaciones</li> <li>-adquisición de otras ETS (que no</li> </ul>	<p style="text-align: center;">IV [E. Shekelle] CGSTI, 2007</p> <p style="text-align: center;">IV [E. Shekelle] Ethiopia-NAGMSTI, 2006</p>

	producen úlceras).	
	<p>El paciente debe entender la importancia del tratamiento de su pareja(s) aun si él o ella está asintomático(a)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- el equipo multidisciplinario debe explicar el riesgo de re-infección de una pareja asintomática</li> <li>- riesgo de complicación de su pareja</li> <li>- motivar a la pareja (s) a acudir a la UMF al término del tratamiento</li> <li>- dar un esquema de tratamiento adicional a la pareja.</li> </ul>	<p>✓ Buena Practica</p>
	<p>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.</p>	<p>IV [E. Shekelle] CGSTI, 2007</p> <p>IV [E. Shekelle] Ethiopia-NAGMSTI, 2006</p>
	<p>Se propone que el equipo multidisciplinario transmita los siguientes mensajes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- el contacto sexual es la causa de la ETS que producen úlceras</li> <li>- sin tratamiento la ETS puede causar complicaciones severas</li> <li>- la forma de contagio de ETS incluye el VIH</li> <li>- la ETS aumenta el riesgo de transmisión de VIH</li> <li>- dar información de prácticas de sexo seguro y uso de condón</li> <li>- ofrecer pases a servicios tales como Psicología, Trabajo Social, grupos de autoayuda, detección de VIH</li> </ul>	<p>✓ Buena Practica</p>

#### 4.6.1.2 Vigilancia y seguimiento en el paciente con sífilis primaria

Evidencia/Recomendación		Nivel/Grado
	<p>Existe mejoría de las lesiones ulcerosas en la primera semana del tratamiento</p> <p>En ausencia de una prueba de cura el</p>	<p>II CEG/BASHH, 2006</p> <p>IV</p>

	uso de VDRL es de utilidad esperando sea negativo o se mantenga estable a títulos bajos (1:4).	[E. Shekelle] MMWR, CDC, 2006
<b>R</b>	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 chancroide

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
<b>E</b> 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
<b>R</b> 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  IV

		[E. Shekelle] MMWR, CDC, 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.	C CEG/BASHH, 2006  D [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.	✓ Buena Practica
<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).	✓ Buena Practica
<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>	Úlceras genitales por linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal no se consideran incapacitantes.	✓ Buena Practica

	<p>Solo en pacientes con lesiones cutáneas extensas en ingles como las ocasionadas en granuloma inguinal debe considerarse incapacidad y traslado a segundo nivel</p>	<p>✓ Buena Practica</p>
---	---	-----------------------------

## 7. Bibliografía

1. Base SUI-27 del 2006, Estadísticas del IMSS.

British Association for Sexual Health and HIV (BASSH). National Guideline for the Management of Chancroid, 2007.

Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections 2006 Edition. Updated October 2007. Public Health Agency of Canada.

Carrillo, A. M. "Los Adolescentes y la Sexualidad, Población y Futuro." 1990; 1(1):14-18.

Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10.

Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.

Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425.

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.

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.

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,

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.

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]

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.

<http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf> (Consultado 6 mayo de 2008).

Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743.

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

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.

National Guideline for the management of genital herpes. Clinical Effectiveness Group, UK. British Association for Sexual Health and HIV (BASHH), 2007.

National guidelines for the management of lymphogranuloma venereum. Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV (BASHH), 2006.

National guidelines for the management of sexually transmitted infections using the syndromic approach, Disease Control and Prevention (HHS/CDC) office in Ethiopia, 2006.

National guidelines for the management of sexually transmitted infections. Ministry of Health and Population National AIDS Program. Arab Republic of Egypt, 2006.

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.  
Norma Oficial Mexicana. NOM-039-SSA2-1999 – Infecciones de Transmisión Sexual.

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.

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 UMAЕ HE CMNR
Lic. Uri Iván Chaparro González	Analista UMAЕ 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 Viniegra 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	Coordinadores de Programas Médicos
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlos Martínez Murillo	
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Comisionadas a la División de Excelencia Clínica
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador