

# ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

# ENFOQUE Y MANEJO GINECOLOGICO



Dr. Yuri Olivo Giler Mendoza  
Dra. Karen Lorena Morocho España  
Mst. Narcisa Monserrate Cedeño Zambrano

1 RA.  
EDICIÓN

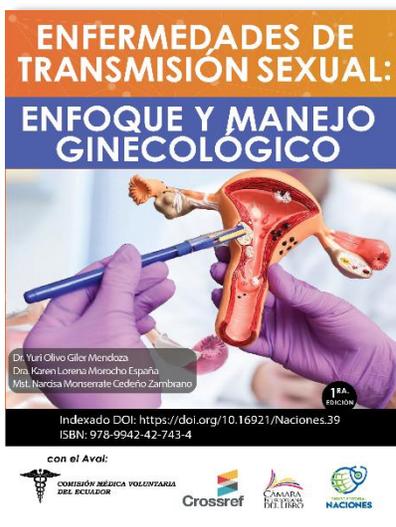
Indexado DOI: <https://doi.org/10.16921/Naciones.39>  
ISBN: 978-9942-42-743-4

con el Aval:



COMISIÓN MÉDICA VOLUNTARIA  
DEL ECUADOR





**Descriptores:** 614.547 - Enfermedades de transmisión sexual

VFVC - Sexo y sexualidad: problemas y consejos

**Autores:**

Dr. Yuri Olivo Giler Mendoza

Hospital Provincial Martín Icaza

<https://orcid.org/0000-0003-3816-3406>

Dra. Karen Lorena Morocho España

Lugar de trabajo: Hospital Luis Vernaza

<https://orcid.org/0000-0002-3453-5228>

Mst. Narcisa Monserrate Cedeño Zambrano

Docente, Universidad Estatal Península de Santa Elena

<https://orcid.org/0000-0002-4738-297x>

**Validado por pares ciegos.**

**Editado:** GRUPO EDITORIAL NACIONES.

**Diseño y diagramación:** GRUPO EDITORIAL NACIONES

Cuenta con código DOI e indexación en Crossref.

<https://doi.org/10.16921/Naciones.39>

ISBN: 978-9942-42-743-4

Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

Guayaquil - Ecuador

# **CAPÍTULO I GENERALIDADES DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

## **Introducción**

Las infecciones de transmisión sexual en la sociedad actual son una problemática constante que va en ascenso; si bien es cierto hay medidas sanitarias, proyectos, programas y organizaciones dedicadas al abordaje de las personas quienes están infectadas como prevenir en la población sana la inoculación de agentes microbianos, fúngicos o virales que desarrollen dichos cuadros infecciosos.

La atención a esta problemática no tan solo es por el ascenso de los casos sino porque muchas personas tienen conductas o múltiples factores de riesgo de los cuáles se pueden destacar los siguientes:

- Mal uso de anticonceptivos.
- Poco acceso a servicios sanitarios.
- Múltiples parejas sexuales.
- Uso de drogas; entre otros.

Es común en zonas donde se complica el acceso a los servicios sanitarios que se den casos de embarazos no deseados tanto en adultas como adolescentes, pero además de esto también las infecciones de transmisión sexual estas no tan solo van determinadas por los factores mencionados anteriormente ya que también se tienen otros que son de tipo:

- Psicológico.
- Cultural.
- Moral.
- Educativo.

Estos factores mencionados serán mencionados en otro apartado pues parte del preámbulo de las ITS conlleva el tener en cuenta que no siempre los factores determinantes corresponden directamente a drogadicciones o la sexualidad; un ejemplo de ello es que a pesar de que por un descenso en la religiosidad y la publicidad anticonceptiva muchos jóvenes toman medidas para evitar embarazos como infecciones pero también se tiene que aún no se ha debilitado

del todo la moralidad arraigada a la religiosidad por lo que la anticoncepción no siempre es practicado en todos los contextos.

Es importante recalcar que todos los especialistas deben poseer conocimientos sobre las ITS si bien es cierto son pocos los casos en los que un cuadro clínico de este tipo generará una emergencia quirúrgica pero el pasar por alto ciertos signos e indicios puede conllevar a que pase desapercibido el agente y empeora gradualmente la situación de la persona al punto que condicionan su estilo de vida y por último se generaría una complicación severa derivada de esta que conduciría a un mayor riesgo morbilidad y mortalidad.

A nivel mundial se han generado varios programas, proyectos y centros de atención destinados a tratar a las personas infectadas como a las que están sanas pues la prevención se ha convertido en el medio para buscar el disminuir los casos de infecciones, pero en especial de VIH/SIDA.

### **Prevención y control**

Parte de la valoración del riesgo de ETS para el paciente involucra el realizar una historia clínica muy detallada explorando si la presencia de uno o varios factores que vulneren al paciente; además se debe indagar respecto a la sexualidad y sus conductas, pero los criterios a continuación son los más importantes para valorar el riesgo dentro de los manuales y guías:

- Tener coito con una persona infectada.
- Tener <25 años.
- Historia clínica con antecedentes de infecciones de transmisión sexual.
- Antecedentes de abuso sexual.
- Personas que prestan servicios sexuales.
- Tener una persona nueva con la que se tiene relaciones sexuales.
- Usuarios de servicios sexuales.
- Ingerir bebidas alcohólicas y consumir sustancias ilegales, en especial si se mantiene el coito después de estas.
- Uso negligente del preservativo.

Al entrevistar al consultante puede que este se sienta incómodo o cohibido de responder ante los criterios descritos anteriormente por lo que será necesario para entrar en un ambiente de confianza y privacidad estando a solas en el consultorio además de pedir que si hay un acompañante este se retire; después de ello será preciso el mencionar que el responder con transparencia respecto a su vida sexual activa ayudará a brindarle una mejor atención y prevenir cualquier dificultad, adicionalmente se le debe recalcar que lo que responda es confidencial.

Para lograr que el paciente pueda ser más abierto será recomendable realizar preguntas menos privadas, no se deberá suponer respecto al relato del paciente sobre sus prácticas, experiencias o parejas sexuales. Se debe manejar un vocabulario que vaya a la par con el del paciente.

<b>Elementos a considerar en la historia clínica por ITS</b>		
<b>Ámbitos</b>	<b>Criterios</b>	<b>Ítems</b>
Conductas sexuales	<p>Parejas</p> <p>Prácticas sexuales</p> <p>Preferencias sexuales</p> <p>Uso de anticonceptivos/protección</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Persona con la que se tuvo el último acto sexual.</li> <li>● Exploración de la existencia de preocupaciones hacia la relación sentimental actual.</li> <li>● Indagar sobre contacto sexual con personas homo o transexuales</li> <li>● Tipo de relación sexual que se tiene (anal, vaginal, oral).</li> <li>● Uso de anticonceptivos o protección.</li> </ul>

Relaciones	Identificar problemáticas Situación actual	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Indagar sobre preocupaciones existentes sobre la relación actual.</li> <li>● Pareja fija (preguntar sobre el tiempo que está con ella).</li> </ul>
Historial de ITS	Infecciones de transmisión sexual previas Estudios previos	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Momento en el que se tuvo una infección de transmisión sexual.</li> <li>● Última vez en que se realizó estudios serológicos.</li> </ul>
Sustancias ilícitas	Relaciones sexuales y drogas Consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ha tenido actos sexuales bajo los efectos del alcohol u otra droga como cocaína, marihuana, heroína, etc.</li> <li>● El tipo de drogas o sustancias que consume.</li> </ul>
Historial reproductivo	Gestaciones Citología Anticoncepción	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Número de gestaciones incluyendo partos, abortos y complicaciones.</li> <li>● Dificultades para concebir.</li> <li>● Estudios citológicos previos.</li> <li>● Método de anticoncepción elegido.</li> </ul>
Vacunación	Vacunas recibidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vacunación por hepatitis A.</li> <li>● Vacunación por hepatitis B.</li> <li>● Vacunación para Virus del Papiloma Humano.</li> </ul>

Historial psicosocial	Servicios sexuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Última vez en que se ha pagado por servicios sexuales.</li> <li>● Tiempo y motivo por el que se prestan servicios sexuales (en caso de que el/la paciente sea sexo servidor/a)</li> </ul>
--------------------------	--------------------	--

El cuadro presentado anteriormente es un organizador en el cual se puede sintetizar los aspectos más relevantes al momento en que el médico atiende a una persona por razones inherentes a las infecciones, se ha postulado los más relevantes para poder tener un referente de que se debe indagar en la consulta.

### **Valoraciones según el riesgo de diferentes grupos**

El realizar cribados en grupos de riesgo se genera con el objetivo de confirmar aquellos casos donde se tiene una infección, aunque esta sea asintomática previniendo complicaciones por no tener una intervención temprana.

El confirmar los casos contribuye a que se pueda realizar un cerco epidemiológico acerca de las parejas que estuvieron en contacto con quién presenta la infección siendo un beneficio para los otros como a la red sanitaria, pues la actuación no se trata tan sólo de implementar un tratamiento también requiere de sesgar la transmisión y evitar que más personas se infecten.

Los cribados en los grupos riesgo se hacen para confirmar entes como:

- Herpes simple
- Haemophilus ducreyi.
- VIH/SIDA.
- Trichomonas vaginalis.

- Treponema pallidum.
- Mycoplasma genitalium.
- Chlamydia trachomatis serotipos L1-L3.
- Klebsiella granulomatis; entre otros.

Los únicos cribados que no se sugieren sean de manera rutinaria son de herpes simple y mycoplasma genitalium. En todas las poblaciones se deben realizar pruebas para descartar la existencia de VIH.

Una indicación especial se tiene para las pacientes que están infectadas por VIH, este es que se debe realizar exámenes para descartar VPH ya que este grupo en particular presenta una relación con aquel cuadro clínico. Por otro lado, las pruebas de VIH es imprescindible realizarlas desde la adolescencia en personas con una vida sexual activa, pues se ha dado un incremento de esta infección en este tipo de población que además es más vulnerable a adquirir VPH o neoplasia en el cérvix. El usar pruebas co-test da por lo general un valor negativo que es un predictor de VPH.

### **Recomendaciones generales para los cribados**

Se debe tener presente las siguientes indicaciones para la atención de personas con una vida sexual activa o con alto riesgo de infectarse.

1. Es recomendable el realizar cribados a personas sexualmente activas con principal atención los grupos de riesgo con mayor incidencia de ITS como es el caso de:
  - Servidoras/es sexuales.
  - Hombres y mujeres <25 años.
  - Personas con algunas parejas sexuales.
  - Personas homosexuales.
  - Adolescentes.
  - Menores en correccionales.
  - Personas privadas de libertad.
2. Se sugiere realizar pruebas de ITS en especial el VIH en el primer trimestre de gestación, luego volver a hacer la prueba semanas antes del parto; y, por último, en

el parto mismo ante cualquier situación o práctica que represente un riesgo para la madre y el bebé. Debe realizarse la prueba en mujeres gestantes que no hayan asistido a ninguna consulta prenatal.

3. En aquellas personas que presenten infección por VIH se debe considerar el realizar cribados al inicio de la valoración médica y después de manera anual si tienen una vida sexual activa o relaciones sexuales con frecuencia considerando los resultados de la valoración inicial.
4. Los periodos en los que se efectúen los cribados van a depender directamente los resultados y las valoraciones iniciales del paciente. En el caso de los pacientes que en los exámenes serológicos tengan negativo para el virus de hepatitis A y B deberán vacunarse para ambos.
5. Los exámenes de ITS a realizarse deben ser en relación de las conductas sexuales del paciente incluir la detección de:
  - Trichomonas vaginalis.
  - Chlamydia trachomatis.
  - Neisseria gonorrhoeae.
6. Se sugiere el realizar pruebas serológicas a las pacientes de VPH para descartar la existencia de carcinoma en el cérvix en:
  - Mujeres no infectadas por VIH.
    - a) <21 años no se realiza cribado.
    - b) De 21 a 29 años solo pruebas citológicas cada 36 meses.
    - c) De 30 a 65 años pruebas citológicas y de VPH cada 60 meses o 36 meses cuando se trata exclusivamente de citología.
  - Mujeres infectadas por VIH
    - a) Las pacientes y adolescentes VIH positivo, las pruebas para carcinoma de cuello uterino exclusivamente con citología, se debe realizar dentro de los 12 meses en que se haya comenzado la actividad sexual. Si tienen una vida sexualmente activa dentro de los 12 meses después de diagnosticarse como seropositiva al VIH, pero no después de los 21 años.
    - b) <30 de años de edad solo valoración citológica. Si la valoración citológica no muestra anomalías entonces se repetirá la prueba 12 meses

después. Si se realizan exámenes citológicos 3 veces dentro de 12 meses con resultados normales se procede a realizar la citología cada 36 meses.

- c) >30 años de edad valoración citológica exclusiva o emplear un co-test. Tras realizar la prueba 3 veces y tener resultados normales se procede a indicar el cribado para cada 36 meses. Si el co-test da como resultado negativo entonces se indica realizar la prueba cada 36 meses.
  - d) Bajo ninguna circunstancia se debe suspender los cribados a las mujeres >65 de edad.
  - e) Las pacientes que presenten  $CD4 < 200$  cel/mm<sup>3</sup>, se les realizará anualmente una revisión con el apoyo de exámenes citológicos.
- Las pacientes infectadas con VIH que deben ser derivadas para colposcopia son aquellas que en los exámenes citológicos dan indicios de lesiones intraepiteliales escamosas de bajo nivel.

## **Medidas generales para el control**

### **Educación sanitaria**

Es primordial para la educación sanitaria que los grupos en riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual sean intervenidos para disminuir conductas de riesgo mediante intervenciones que duren al menos 120 minutos, pues la intención es educar lo suficiente como método de prevención.

En otras ocasiones ya se ha hecho evidente que las intervenciones constantes, aunque durante entre 20 a 30 minutos de manera individualizada se logra reducir los riesgos y las tasas de infecciones. No obstante, este planteamiento no es definitivo, pero sí un hecho que puede ayudar a optimizar la educación sanitaria por ello es necesario indagar más al respecto para que sean más eficaces las intervenciones. El impartir información sobre la sexualidad y cómo mantener relaciones sexuales seguras debe incorporar:

- Riesgos sobre las prácticas sexuales.
- El uso de preservativo y sus limitaciones.
- Mecanismos de infección.

- A las personas infectadas se le debe brindar información sobre los agentes que desencadenan la infección, cómo se transmite y cuál es el tratamiento a implementar. Además, se debe mencionar que la abstinencia sexual es imprescindible hasta culminar con el tratamiento y se haya podido examinar y tratar a los contactos que haya tenido previamente. Es un recurso útil para el paciente el proveer de folletos respecto a la infección que tuvo.

A los pacientes infectados con VIH se les debe brindar información sobre las maneras en que se puede disminuir los riesgos de transmisión, sobre las ventajas de realizarse pruebas serológicas de otras infecciones de transmisión sexual que tienden a presentarse como asintomáticas y que el adquirir otras infecciones aumenta la carga viral y transmisibilidad del virus.

La información sobre las practicas seguras al momento de tener coito deben ser parte de todas las atenciones sanitarias de salud sexual incluyendo las vías de transmisión, su mecanismo y sintomatología.

### **Valoración de los contactos**

Es un estudio el que se realiza a las parejas sexuales del paciente infectado, a las mismas, se les provee de información respecto a la posibilidad de desarrollar la misma infección dándoles a la par el apoyo de atención y tratamiento por parte de un especialista sanitario. El realizar un cerco de contactos trae como ventaja para la salud pública por los siguientes motivos:

1. Prevenir casos de reinfección.
2. Determinar diagnóstico y tratamiento para aquellas personas con infección y que son asintomáticas.
3. Romper el círculo de transmisión a nivel general.

Hay tres formas de notificar a los contactos de una persona infectada.

1. Cuando lo notifica el caso índice o denominado patient referral.
2. Cuando lo notifica el especialista o denominado provider referral.

3. Cuando el responsable de notificar es el paciente, pero pasa el tiempo sin hacerlo entonces el médico a cargo es quién termina por notificarlo, esto es denominado contact referral.

El método del patient referral se puede realizar afianzado con información pertinente de la infección adquirida a los contactos derivada a esta hay una intervención denominada expedited partner therapy, la misma consiste en prescribir fármacos que deben ser tomados por los contactos del paciente a manera de tratamiento; sin embargo, esta opción solo es posible ante agentes como trichomonas, chlamydia y neisseria gonorrhoeae y no es factible el examinar a los contactos. Las principales desventajas es que se puede controlar muy poco si los contactos tienen efectos indeseados y la predisposición de que se desarrolle resistencia ante el uso negligente de la medicación.

Hasta el momento no hay una modalidad efectiva definitiva para las infecciones de transmisión sexual.

Se sugiere que lo más pronto posible se evalúe a los contactos del paciente para evitar que otras personas también se vean infectadas, y debe realizarse los exámenes pertinentes tanto de la infección como de otras.

El método a elegir debe tener los recursos necesarios y la aceptación del paciente con sus contactos, y de ser posible se recomienda que sea por medio de contact referral o mínimo por patient referral afianzando con información escrita.

## **Vacunación**

Gran parte de la prevención de las infecciones de transmisión sexual recae en la vacunación sobre todo en los virus de la hepatitis A y B en conjunto con el VPH, es casi exclusiva la inoculación para estos agentes de transmisión sexual.

La vacunación es especialmente recomendada para pacientes con otra infección y personas con problemas de drogadicción, pero en especial para aquellas personas que consumen por vías parenterales. Un grupo de riesgo son las personas con patologías hepáticas crónicas a estas también se les considera para este proceso.

La vacunación para prevenir la hepatitis B es esencial para todas aquellas personas que no han tenido alguna dosis de esta, pues representan una mayor probabilidad de contagio. De igual manera se sugiere la vacunación para personas infectadas de VIH y que no han tenido una dosis anteriormente.

Las personas seropositivas de VIH tienen menor posibilidad de que las dosis de VHA y VHB sean efectivas a diferencia de otros grupos sin riesgo. Se obtiene una mejor respuesta cuando las personas tienen grandes cantidades de linfocitos CD4, y con una carga viral baja; por ello se recomienda vacunar cuando los linfocitos CD4 sean  $>200$  células/mm. En el caso de VHA se indican dos inoculaciones en un lapso de 6 a 18 meses con la cuantificación de los anticuerpos en el mes antes de la última inoculación. Para asegurarse de que haya una mayor eficacia se puede considerar una tercera inoculación.

En cuanto a la vacunación por VHB la dosis cambia pues para esta se indican cuatro de 40  $\mu$ g a los 0, 1, 2 y 6 meses pues la respuesta mejora indudablemente.

No se considera un requisito el realizar exámenes serológicos después de la dosis administrada por hepatitis A, con la única excepción para aquellos pacientes seropositivos de VIH. En lo que concierne a la vacunación por hepatitis B si se considera importante el realizar estudios serológicos entre 4 y 8 semanas tras la última inoculación en trabajadores sanitarios como los que estén en riesgo de exposición, personas inmunodeprimidas, con VIH o contactos de personas con AgHBs y si los anti-HBs; en este caso en particular si se recomienda volver a aplicar una dosis.

Como parte de las sugerencias respecto a la vacunación se tiene que tener en cuenta el historial de dosis que tiene el paciente para cada agente, de esta manera se más fácil poder sugerir aquellas vacunas que serían complementarias. En los pacientes con VIH las vacunaciones para VHA y VHB está indicada con aquellos que tengan una carga viral indetectable y linfocitos CD4  $>200$  células /mm<sup>3</sup>.

Cuando se trata de vacunación por VHA se precisa de dos dosis en un lapso de 6 a 18 meses. Es recomendable aplicar una tercera in inoculación cuando no se producen anticuerpos pasados los 30 días de la segunda dosis.

Las personas que tengan una infección por VIH se sugiere hasta cuatro inoculaciones dobles para la VHB 40 µg.

## **Examinación del paciente**

### **Anamnesis: generalidades**

Al inicio del proceso es necesario realizar la anamnesis como un recurso para una persona con sospecha de infección de transmisión sexual y que además está a la expectativa de pruebas serológicas. La anamnesis sirve para poder determinar el riesgo que tiene cada persona, requerir de pruebas diagnósticas acorde al caso y dar orientación personalizada a cada paciente.

La anamnesis tiene como principal requerimiento que sea completa y muy descriptiva sin llegar a irrumpir la intimidad del consultante, por ello es recomendable diseñar un cuestionario previamente con preguntas estructuradas, para esto se sugiere que:

- Se genera un ambiente de seguridad y confidencialidad, explicando la razón de las preguntas.
- Las preguntas deben ser concisas y permitir la subjetividad del paciente para dar respuesta; por ejemplo, ¿has ideado alguna forma de protegerte de las infecciones de transmisión sexual?
- El médico debe informar, pero al mismo tiempo formar, de esta manera el paciente comprendería las complicaciones y consecuencias de las infecciones sino también de las prácticas sexuales inadecuadas.
- En el caso de pacientes con un idioma diferente se puede apelar a un traductor considerando a otro profesional para realizar la examinación; de igual manera con la elección del sexo del especialista que atenderá al consultante.

### **Anamnesis de sintomatología específica**

Para realizar una anamnesis de este tipo se debe tener presente la semiología de las infecciones de transmisión sexual, comenzando por indagar al respecto del inicio del malestar

y los signos, del tiempo que lleva la sintomatología y del tiempo que ha tenido la persona sin tener protección en las relaciones sexuales.

Lo esencial es realizar una exploración clínica empleando recursos de examinación en búsqueda de lesiones, ampollas, verrugas, etc. En sí el examen es examinar muy bien las faneras, las mucosas y la piel:

- General: dolor de cabeza, fiebre, problemas visuales, problemas auditivos, problemas sensitivos, malestar, artralgias, artritis.
- Piel o faneras: Cualquier exantema con sus respectivos síntomas, se incluye los pies y las palmas. Las lesiones pasadas y actuales son importantes.
- Oro faringe: Lesiones presentes durante la observación, exudados, odinofagia.
- Anal: Ritmo de deposiciones, hematoquecia, supuración y salida de las mismas, dolor en la deposición, dolor en el área anal.
- Genital:
  - Mujer: presencia de dispareunia, dolor en el área abdominal inferior, fluido vaginal y sus características, sangrado intercoital, fecha de última menstruación, dismenorrea.
  - Hombres: Tumefacción testicular, dolor en los genitales, prurito, dolor en la micción, secreción, lesiones en mucosas.

### **Exploración física**

- La exploración física debe realizarse de manera exhaustiva y completa debido a que muchas infecciones como la sífilis en su segunda forma puede manifestarse en diferentes zonas del cuerpo.
- La exploración constará de realizar:
- Exploración genital:
  - Visualizar muy bien los órganos sexuales exógenos en ambos sexos buscando principalmente lesiones en la mucosa o cutáneas como los eritemas, úlceras, costras, verrugas o eczemas.
  - En las mujeres una vez que se ha explotado la vulva se procederá a introducir el espejo sin uso de lubricantes para tener información lo más fidedigna respecto

al flujo vaginal y el estado del cuello uterino tomando muestras para realizar estudios posteriores. Se procederá a realizar una exploración bimanual en la pelvis para aquellas pacientes que tengan dolor abdominal en la parte inferior.

- En los hombres se prestará mucha atención a las secreciones pues se debe observar características de tipo hemorrágica, con signos claros de meatitis, si es purulenta o las características de la mucosa.
- Adenopatías regionales.
- Oftalmológica: Se debe descartar cualquier situación de uveítis, conjuntivitis, patología retiniana y queratitis, si hay un conjunto de signos y síntomas o va a depender de la infección de transmisión sexual identificada. En pacientes asintomáticos se recomienda realizar un estudio de fondo de ojo.
- Cabeza y cuello: Es preciso realizar la exploración en estas áreas cuando se sospecha de lúes y alopecia.
- Orofaringea: Cuando hay lesiones en la cavidad oral como candidiasis oral, verrugas, úlceras, sarcoma de Kaposi, leucoplasia oral vellosa; entre otros.
- Ano y zona perianal:
  - Exploración interna: Se la realiza en búsqueda de lesiones o signos de relaciones anales y lesiones asociadas a una infección sexual, siempre debe ir acompañado de un tacto para tener en cuenta la sensibilidad en el tracto rectal, si se encuentran lesiones se debe examinar la sensibilidad y la consistencia de las mismas; pero si hay fluido purulento se tiene que prestar mucha atención al aspecto. Con un espéculo anal se explora el tracto y con una lámpara de luz fría se procederá a examinar las lesiones en la mucosa y se tomarán muestras de esta. Las personas con deficiencias inmunológicas, como es el caso de personas infectadas con VIH, se realizará una toma para pruebas citológicas y posterior a ello derivar para prevenir neoplasias malignas y para consultas proctológicas, pero esta última indicación solo será válida para aquellas personas cuyos exámenes citológicos muestren alguna anormalidad.
  - Exploración externa: Se realiza una examinación de la zona perianal en búsqueda de lesiones de papiloma humano, lúes, clamidia o herpes.
- Articulaciones: Artritis.

- Piel: En este órgano se examinará en búsqueda de lesiones que sugieran la existencia de secundarismo luético, pápulas y máculas, pero no se debe pasar por alto el revisar los pies y las manos además de las áreas con alopecia.

A pesar de las revisiones no se debe limitar el diagnóstico y exploración al especialista encargado siempre se tiene que tener como posibilidad la derivación a profesionales de proctología, urología, o ginecología.

### **Toma y transporte de muestras**

La toma y transportación de las muestras es importante para la veracidad de la información a recogerse con los cribados. Para realizarse los cultivos de infecciones de transmisión sexual las muestras deben tomarse previo a la intervención farmacológica del agente que se sospecha, lesiones actuales o evitando microbiota comensal, teniendo el contenido necesario en los contenedores adecuados.

Las muestras siempre tienen que ser transportadas rápidamente y guardadas a la temperatura idónea a cada situación. Los agentes implicados en las infecciones de transmisión sexual pueden llegar a ser molestos porque en ocasiones dan falsos negativos si no se siguen al pie de la letra las indicaciones. Cuando se realizan pruebas AANN el almacenamiento, la transportación y la toma de muestras.

La muestra se recoge según el sexo, la edad, sintomatología del paciente y las prácticas sexuales de este. Los laboratoristas pueden aplicar contenedores y torundas específicos que son dependientes de cada tipo de muestra, es probable que se recojan varias de estas para ponerlas bajo diferentes técnicas. Cada muestra debe realizarse sobre un segmento sin muestrear mientras la rotunda se gira durante unos segundos.

<b>Recogida de muestras de ITS</b>			
<b>Toma de muestra</b>	<b>Preparación</b>	<b>Proceso</b>	<b>Contenedor</b>
Cérvix	Espéculo sin lubricar. Muestra de moco o secreción.	Insertar torunda en canal vaginal 2 a 3 cm luego girar por 5 a 10 segundos.	AANN: torundas específicas  Cultivo gonococo: torundas de Dacron o de tipo Stuart Amies.
Lesiones como la sífilis	Emplear solución salina estéril.	Preparar algunos portaobjetos o aspirar el fluido en un tubo capilar.	Porta y cubreobjetos o tubo capilar.
Ano o recto	Tracto sin material fecal.	Al introducir la torunda se debe girar por 10 o 30 segundos. Si se contamina la muestra se debe repetir.	AANN: torundas específicas  Cultivo gonococo: torundas de Dacron o de tipo Stuart Amies.
Faríngeo	Torunda o represor	Frotar la faringe posterior y amígdalas.	Torunda AANN
Uretra	Se limpia con una gasa esterilizada si es una paciente. No se debe orinar 60 minutos antes del examen.	Cuando hay secreción se toma la muestra en la torunda, de otro modo, se introduce una torunda de 2 a 3	AANN: torundas específicas  Cultivo gonococo: torundas de Dacron

		cm para girar entre 5 a 10 segundos.	o de tipo Stuart Amies.
Úlcera	No se debe aplicar antisépticos.	Si hay una vesícula se aspira con una jeringa. Se debe frotar muy bien la torunda sin llegar a provocar sangrado	Torunda AANN y transportación tipo virus.
Vulva (se debe incluir a las glándulas de Bartolino y los labios vaginales)	La preparación de la piel es con solución de NaCl 0.85%	Se aspira al encontrar abscesos en la glándula de Bartolino o torunda.	AANN: torundas específicas y con transportación de virus si hay úlceras.  Torundas de Dacron o de tipo Stuart Amies.
Suero	Se descontamina la piel.	5 ml de sangre.	Tubo con gelosa.
Orina	El paciente minino debe tener 60 minutos de haber realizado la micción.	10 a 15 ml de orina.	Frasco esterilizado con tapón tipo rosca.
Vagina	Espéculo sin lubricación.  En un cribado se puede tomar una muestra de parte de la mucosa.	Torunda con muestra de la secreción. Caso contrario se frota la parte posterior durante 5 segundos.	AANN: torundas específicas  Cultivo gonococo: torundas de Dacron o de tipo Stuart Amies.

Cuando se realizan los cultivos el colocar las muestras en los recipientes requeridos en la consulta garantiza una mayor especificidad y sensibilidad. De no poderse realizar se sugiere el tomarse las muestras por medios de transporte.

En cambio, cuando se realizan cribados las pruebas AANN se tiende a tener mayor sensibilidad además de que da la oportunidad de que el mismo paciente puede recoger la muestra sin ser invasivo el procedimiento; de esta manera se disminuyen las molestias además de evitando que el paciente se niegue a realizar el examen. Este tipo de exámenes también van a permitir conocer los agentes que causan la infección de transmisión sexual en tomas extragenitales.

## CAPÍTULO II MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN SÍNDROMES DE ITS

### Introducción

Al momento de tratar las infecciones de transmisión sexual se debe tener en consideración que al existir tantos tipos de agentes se debe adecuar el tratamiento en función de la sintomatología que se presenta, el diagnóstico final y la evolución del paciente ante el tratamiento indicado.

Por lo general, el médico trata agentes sindrómicos pues se considera así al grupo de signos y síntomas identificados por el médico y descritos por el paciente empleando usualmente la valoración física como base para indicar pruebas complementarias y formar una historia clínica.

El manejo de los síndromes tiene algunos beneficios en comparación con otros enfoques como:

- Centrarse en las ITS más usuales y curables.
  - Gonorrea.
  - Sífilis.
  - Candidiasis.
  - Tricomoniasis.
  - Chancro.
  - Clamidia.
- Ser parte de la atención primaria: En esta área a las personas se les brinda tratamiento sin importar la complejidad del cuadro, se emplean medicamentos efectivos y en algunos casos costosos porque tienen mayor rapidez para curar la infección.
- Tratamiento a múltiples infecciones: Un aproximado de 6 entre 10 son las personas que presentan más de una infección de transmisión sexual por lo que se procura brindar tratamiento temprano y medicación eficaz.

El tratar las ITS como un síndrome genera que se tenga un diagnóstico fidedigno, eficaz y rápido que incluye la educación sexual como un componente de la atención.

Se busca en este enfoque el diálogo constante con el paciente como parte del compromiso para manejar la infección y se busca el orientar a hacer un uso adecuado de los métodos anticonceptivos como de evitar las conductas de riesgo; es más, se promueve que en el manejo las parejas de aquellos pacientes sean parte del proceso.

Para que la actuación sea efectiva debe cumplir con los siguientes criterios:

- Crear una historia clínica donde se detalle la vida sexual del paciente, entre más datos se tenga mejor.
- Realizar una examinación física en búsqueda de erupciones en la piel, verrugas, marcas, cicatrices, etc.
- Ofrecer orientación sobre la prevención de las ITS.

## **Síndromes clínicos vinculados a las ITS**

### **Síndrome de secreción uretral**

Se tiene la sospecha de este síndrome cuando la persona siente molestias producto de una secreción en el área anterior de la uretra, la cual puede generar irritación, tenesmo vesical o disuria. Esta secreción se puede presentar como moco abundante que con el paso del tiempo se vuelve purulento.

<b>Etiología de la secreción uretral</b>	
<b>Agente</b>	<b>Porcentaje</b>
Ureaplasma urelyticum	20 – 30%
Candida albicans	

Trichomonas vaginalis	5%
Chlamydia trachomatis	15-40%
Neisseria gonorrhoeae	75%
Mycoplasma genitalium	18-45%

Alrededor de 3 días se incuba la uretritis, pero en las mujeres puede llegar a tener un periodo de incubación de hasta 5 días. Este cuadro presenta 3 tipos:

1. Uretritis aguda: <30 días de evolución.
2. Uretritis persistente: Sin mejoría después de 7 días de tratamiento.
3. Uretritis crónica: Aparece alrededor de 45 días después de administrarse fármacos y no se tienen otros factores como agravantes del cuadro.

Se debe atribuir que la mayoría de los cuadros de uretritis son debido a la bacteria neisseria gonorrhoeae que es concomitante con chlamydia trachomatis. Una sospecha que se tiene al respecto es sobre prácticas sexuales inadecuadas como lo es la zoofilia.

### **Signos y síntomas**

En gran medida los pacientes refieren que del pene se expulsa una secreción purulenta que muchas veces viene precedida de molestias al orinar.

En el caso particular de los hombres si estos no tienen circuncisión se debe examinar exhaustivamente para detectar de donde proviene el fluido purulento, es probable que se mueva de arriba hacia abajo el prepucio con la intención de provocar otra vez la salida del fluido y observar si este es abundante o no pasados unos 180 minutos de la última examinación, esto se hace con la finalidad de evitar confusiones con un inicio de herpes simple.

## Pruebas de laboratorio

Mediante un frotis se puede realizar una examinación inmediata a través de un microscopio, en este se colocará la muestra de la secreción uretral y empleando la técnica gram para corroborar la existencia de uretritis gonocócica. Si se logra realizar la prueba de la manera correcta la especificidad y sensibilidad es de un 95%.

## Síndrome de flujo vaginal

Las mujeres por lo general presentamos flujo vaginal lo que es de importancia en sí es la abundancia de este, su coloración y olor; estos son los que indican una alteración en el tracto vaginal que puede ser causado por agentes microbianos.

En algunas ocasiones el flujo vaginal puede ir acompañado de:

- Picazón.
- Disuria.
- Dolor.
- Dispareunia.
- Inflamación en la zona genital.

<b>Etiología del flujo vaginal</b>	
<b>Agente</b>	<b>Síndrome</b>
Neisseria gonorrhoeae	Gonorrea
Gardnerella vaginalis	Vaginosis bacteriana
Chlamydia trachomatis	Clamidia
Trichomonas vaginalis	Tricomoniasis
VHS-1 VHS-2	Herpes simple 1 y 2

Algunos agentes patógenos son responsables directos del cambio en el flujo vaginal como los microorganismos anaerobios presentes en la vagina, la gardnerella vaginalis y trichomonas vaginalis. Pero los microorganismos indirectos son lo que crean dicha alteración por cuadros subyacentes como flujo del cérvix o la cervicitis. Una primera manifestación de herpes 1 y 2 puede causar un flujo cervical – vaginal notorio.

### **Signos y síntomas**

Muchas mujeres tienen una concepción que discierne de otras respecto a lo que es un flujo vaginal normal. En gran parte de las mujeres se dan las siguientes situaciones:

- La ropa interior queda manchada,
- Un olor distinto al flujo habitual.
- Excesiva secreción.
- Dolor en el coito.
- Dolor al orinar.

Al momento de estudiar el síndrome se debe indagar si la paciente está es estado de gravidez y se debe ir registrando detalladamente la información respecto a sus ciclos menstruales.

### **Laboratorio**

Si se tiene a disponibilidad un microscopio, se debe realizar la prueba al momento para realizar una diferenciación entre candidiasis, tricomoniasis y vaginosis bacteriana. La tinción de gram no es recomendable cuando se trata de pacientes femeninas pues su especificidad y sensibilidad va entre un 25 a 50%.

Se sugiere tomar muestras para poder realizar cultivos de neisseria gonorrhoeae; no obstante, se pueden considerar otras pruebas para examinar.

## **Síndrome de dolor abdominal bajo**

En muchas ocasiones cuando se presenta un dolor abdominal en el área inferior suele considerarse la posibilidad de que sea EPI. En cuanto a diagnóstico este no es un dato del todo certero que se use para detectar sintomatología sospechosa asociada a infecciones pélvicas en las mujeres causados por agentes que tienen como principales vías de incubación el área genital para deteriorar las trompas de Falopio, el endometrio, los ovarios o el peritoneo.

Esta tiende a ser una complicación de las infecciones de transmisión sexual.

<b>Etiología del dolor abdominal bajo</b>	
<b>Cuadro clínico</b>	<b>Microorganismo</b>
Enfermedad pélvica inflamatoria	Mycoplasma hominis
	Chlamydia trachomatis
	Neisseria gonorrhoeae
	Bacterias facultativas
	Bacterias anaerobias

## **Signos y síntomas**

Un dolor en el abdomen que aparece gradualmente como leve y luego se torna agudo, suele presentarse al comenzar la menstruación o después, el cuadro puede ir precedido de fiebre o de sintomatología mencionada previamente en el síndrome del flujo vaginal.

Se debe llevar inmediatamente al especialista cuando se tiene sospecha de Enfermedad Pélvica Inflamatoria e interrogar si ha existido un episodio previo.

El especialista debe examinar exhaustivamente para descartar que la patología sea considerada como intervención quirúrgica debe tenerse el diagnóstico diferencial de cuadro clínicos como:

- Embarazo ectópico.
- Flujo vaginal.
- Aborto séptico.
- Uso de DIU.
- Anormal sensibilidad en la parte baja del abdomen.
- Fiebre mayor a  $>38^{\circ}\text{C}$ .
- Anormal sensibilidad al palpar el cuello uterino.
- Residuos de tejido asociados a un aborto o apertura del cérvix que pueda ser observado o palpado.
- Ulceración en los genitales.
- Anormal sensibilidad o presencia de masas en zonas anexas durante la palpación bimanual.

## **Laboratorio**

Es preciso realizar una microscopía directamente después de un frotis de la vagina al momento. Cuando se tiene la presencia de células polimorfonucleares supera en cantidad a las células epiteliales se puede sospechar de una infección en la zona genital inferior. Debe tenerse en cuenta la posibilidad de realizar un cultivo.

El diagnóstico diferencial es vital para tratar este tipo de síndrome con cuadros clínicos como masas tumorales anexiales, colitis, embarazo ectópico; entre otros.

### **Síndrome genital ulcerativo**

Cuando a una laceración se le da el nombre de úlcera es porque hay una pérdida continua de la piel en el área genital. Esto puede ocurrir con o sin dolor y va precedida frecuentemente de linfadenopatía regional.

Por otra parte, las úlceras de tipo anogenital son casos frecuentes de atención médica y dependiendo de su causa puede tener consecuencias muy graves entre ellas están el VIH, la sífilis o lesiones mutilantes.

<b>Etiología del dolor abdominal bajo</b>	
<b>Agentes</b>	<b>Microorganismo</b>
Generan ulceraciones en la boca y el ano	Haemophilus ducreyi
	Chlamydia trachomatis (L1, L3, K)
	Herpes simple 1 y 2
	Treponema pallidum
	Klebsiella granulomatis

Las infecciones de transmisión sexual por lo general se dan en conjunto con la inflamación de ganglios linfáticos, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo y chancro. En el caso en particular del linfogranuloma venéreo las heridas pueden llegar a ser indoloras; mientras que las úlceras que si generan dolor sangran fácilmente se las debe considerar como chancro. Por otro lado, si se presentan lesiones eritematosas o vesiculares que causan ardor se les puede denominar infección herpética.

### **Signos y síntomas**

Los pacientes por lo general indican sentir molestias y tener úlceras en algunos lugares en el área genital y llegando hasta el ano. Comúnmente los hombres sin circuncisión pueden presentar dificultad para retraer el prepucio y secreción proveniente del pene. Si una mujer tiene úlceras en la zona vulvar es probable que tenga dolor al orinar.

Se debe examinar muy bien la zona genital contando las ulceraciones y las características de estas en el área; no obstante, debe también valorarse para descartar la existencia de de bubones inguinales.

### **Laboratorio**

Generalmente las pruebas de diagnóstico en este tipo de cuadro clínico no son sustanciales para empezar un tratamiento inicial.

En cuanto esté a disposición del profesional se sugiere realizar una tinción de Wright o Giemsa para confirmar la existencia de *haemophilus ducreyi*, serología para detectar sífilis y microscopía de campo oscuro para obtener datos complementarios que puedan dar indicios para tratar más eficazmente la infección.

<b>Síndromes en ITS</b>		
<b>Síndromes</b>	<b>Tipos</b>	<b>Características diagnósticas</b>
	Secreción uretral	<p>El paciente siente molestias producto de una secreción en el área anterior de la uretra, la cual puede generar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Irritación.</li> <li>● Tenesmo vesical.</li> <li>● Disuria.</li> </ul> <p>El diagnóstico se realiza a través de un frotis que será examinado a través de un microscopio.</p>
	Flujo vaginal	<p>Es importante la abundancia de este, su coloración y olor.</p> <p>Los síntomas de este cuadro clínico son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● La ropa interior queda manchada,</li> <li>● Un olor distinto al flujo habitual.</li> <li>● Excesiva secreción.</li> <li>● Dolor en el coito.</li> <li>● Dolor al orinar.</li> </ul> <p>Los exámenes de laboratorio, incluyendo los</p>

		<p>complementarios a realizar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Si se tiene a disponibilidad un microscopio, se debe realizar la prueba al momento para realizar una diferenciación entre candidiasis, tricomoniasis y vaginosis bacteriana.</li> <li>● Se sugiere realizar cultivos de neisseria gonorrhoeae.</li> </ul>
	<p>Dolor abdominal bajo</p>	<p>El especialista debe examinar exhaustivamente para descartar que la patología sea considerada como intervención quirúrgica.</p> <p>Es preciso al realizar la prueba constar del diagnóstico diferencial cualquier cuadro que genere dolor abdominal y realizar cultivos para confirmar</p>

		exacerbación de células polimorfonucleares.
	Genital ulcerativo	<p>Los pacientes refieren molestias debido a las ulceraciones en el ano y los genitales.</p> <p>Se sugiere realizar las siguientes pruebas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Tinción de Wright o Giemsa.</li><li>● Serología para sífilis.</li><li>● Microscopía de campo oscuro.</li></ul>

## CAPÍTULO III ITS EN MUJERES EMBARAZADAS

### Introducción

Las infecciones de transmisión sexual son entidades que no se restringen a cierto grupo poblacional, pues en las mujeres gestantes también se pueden presentar debido a múltiples factores que predisponen al desarrollo de las patologías.

Es relevante en que durante el embarazo se realicen pruebas que descarten la presencia de estas ya que conlleva serios riesgos tanto para la madre como el futuro bebé, la vida de ambos puede verse condicionada; y, es por esto que en el área de gineco-obstetricia constantemente se evalúa a las pacientes para detectar entidades como:

- Treponema pallidum.
- Sífilis.
- Clamidia.
- VIH/SIDA
- Herpes.
- Hepatitis.
- Gonorrea.
- VPH, entre otros.

Debido a que las pruebas de ITS ayudan a tener un mejor control perinatal se las realiza usualmente en el segundo y tercer trimestre de gestación; y, en caso de la existencia de estas se realiza un tratamiento acorde al ente que causa el malestar.

A pesar de indicar tratamientos para cada situación de una infección de tipo sexual no todos tienen una cura, pues las que tienen permanencia en el organismo se pueden controlar para que estas no causen comorbilidades que pongan a un más en riesgo a la persona.

## **Desarrollo de las infecciones**

Las infecciones de transmisión sexual son consideradas como aquellas que tiene como mecanismo de inoculación el coito o la práctica sexual, por medio de estos ingresando diversos agentes. El impacto que dichos agentes pueden tener sobre la morbilidad y mortalidad de madres y niños puede ser prevenido.

La etiología de este tipo de infecciones va relacionada con las siguientes causales:

- Obstáculos sociales para la práctica de relaciones sexuales seguras.
- Inicio prematuro de la vida sexual activa.
- Inestabilidad en el sistema familiar.
- Bajo nivel socioeconómico.

El embarazo sin embargo es un criterio muy especial ya que este es el que más predispone a decesos materno infantiles teniendo como condicionante la edad y severidad de la infección, pues si la edad es menor o mayor a lo recomendable para tener un embarazo conlleva posibilidades de problemas congénitos para el bebé combinado con la cronicidad de la inoculación por virus o bacterias se convierte en un mayor predisponente de comorbilidades para la madre y el recién nacido.

Al darse una buena atención y tratamiento a las adolescentes embarazadas estas pueden igualar los índices de mortalidad y morbilidad de las pacientes adultas.

## **Factores de riesgo**

Tras pasar los años las sociedades han ido transformándose a tal punto que la posibilidad de la independencia y manejo de información respecto a la sexualidad están a disposición tanto de adolescentes como adultos, pero la principal preocupación es que las infecciones aumentan en los menores debido a que los púberes son propensos a prácticas sexuales inadecuadas además de llegar a intimar con varias personas generando un riesgo de inoculación de virus y bacterias en los órganos genitales, además de embarazos adolescentes.

Otro factor sumado a la población de púberes es que al iniciar una vida sexual activa no hacen uso de anticonceptivos lo cual termina siendo otro predisponente de adquirir alguna patología.

### **Factor de riesgo psicosocial**

Como se había planteado al inicio del apartado de los factores riesgo, la disfuncionalidad en el sistema familiar de las adolescentes las vuelve vulnerables a quedar embarazadas debido a que buscan cierto tipo de alivio en consumo de sustancias prohibidas por la ley, de alcohol o en las relaciones sexuales

### **Factor de riesgo cultural**

En ciertos estados donde hay mayoritariamente una población con pocos ingresos económicos y hay poco desarrollo las mujeres suelen concebir sin la guía de un profesional de salud, problema, que en muchas ocasiones se debe a no existir un centro cercano a dichas zonas vulnerables. Por otro lado, en las zonas rurales los hombres tienen prácticas sexuales poco seguras donde el pensamiento que prima ronda en base a que entre se tenga relaciones sexuales con varias mujeres más valor como hombre tiene, lo que desencadena en embarazos no deseados como las ITS.

### **Factor de riesgo psicológico**

La adolescencia nuevamente se posición como una fase de desarrollo donde los púberes se vuelven muy vulnerables de adquirir patologías por prácticas sexuales y embarazos no deseados porque muchos inician precozmente una vida sexual activa y el pensamiento que suelen tener en mente es “a mí no me sucederá, eso les ocurre a otras personas”.

Al ser una fase egocentrista los adolescentes ven como una necesidad probar que son fecundos y lo suficientemente grandes como para tener relaciones sexuales.

De cierta manera, lo que ha influido en que las personas a nivel general es lo que se transmite a través de diversos medios de información y el marketing que se basa en derribar ciertos estereotipos sociales que eran limitantes de las prácticas sexuales.

No obstante, otro contribuyente a la problemática son los diversos entornos donde las personas se desarrollan y conviven siendo que las probabilidades de embarazos con infecciones de transmisión se pueden dar en áreas con alto índice de:

- Delincuencia.
- Estrés.
- Alcoholismo.
- Pobreza.
- Hacinamiento.
- Carencias de acceso a la salud.

En estos tiempos se han logrado identificar diversos virus y bacterias que generan las infecciones transmisibles sexualmente teniendo como los más usuales:

- Mycoplasmas.
- Virus de inmunodeficiencia humana.
- Neisseria gonorrhoeae.
- Streptococcus grupo B.
- Herpes simple.
- Chlamydia trachomatis.
- Treponema pallidum.

## **Descripción de las infecciones**

### **Treponema pallidum**

El treponema pallidum es una bacteria que provoca una infección con una latencia prolongada. La forma de este microorganismo de forma espiral dando una apariencia de “sacacorchos”, tiene poca resistencia y es delgado; en temperaturas de 40°C en un lapso de

180 minutos queda inmovilizado más a los 42°C esta bacteria finalmente muere. El único ser en el que puede inocularse el treponema pallidum es el ser humano.

La treponema tiene diferentes fases las cuáles son:

1. **Primaria:** Es una fase en que la bacteria provoca el desarrollo de chancro en el área donde se contrajo la infección, usualmente suele ser los labios de la vulva.
2. **Secundaria:** En esta se observarán pústulas, pápulas, ampollas; entre otras, que son erupciones en la piel.
3. **Terciaria:** En esta fase es donde se da el prolongado periodo de latencia, mismo que, presenta lesiones cutáneas, cerebrales, óseas y en el sistema cardiovascular, la afectación no se queda en la madre, sino que llega también al feto en diferentes sentidos.

Por lo general, las personas con una vida sexualmente activa están propensas a contraer la primera fase de la infección, más solo en un escaso 20% de los niños nacidos de madres infectadas nacen sanos, el otro 25% no alcanzan a nacer pues mueren en el útero y alrededor de un 30% de los productos llevados a término de no recibir tratamiento oportuno fallecen pocas horas después del parto.

### **Sífilis prenatal**

La vía por la cual se contagia al feto es uterina, es un tipo de transmisión en la cual la infección se transmite por fluidos como la sangre, es así que esta patología pasa al producto a través de la placenta debido a que la gestante está infectada. En otros casos, cuando la gestante se infecta 1 mes y medio antes del parto, la infección no se transmite al feto.

La infección transplacentaria del microorganismo treponema pallidum ocurre entre las 16 y 20 semanas de gestación, es probable que ocurra en este tiempo porque las células de Langhans del corion ofrecen una mayor protección al feto. Llegado el momento treponema pallidum ingresa en el cuerpo del producto, conllevando a perpetuar en los órganos de este diseminándose por varios sistemas alcanzando el endotelio vascular teniendo como consecuencias:

- Osteocondritis.
- Meningoencefalitis.
- Hepatitis.
- Neumonitis.
- Muerte fetal.

Cuando una mujer no es tratada una vez infectada con *treponema pallidum* disminuyen los riesgos de aborto, pero incrementan los partos con muerte prematura o los nacimientos de bebés con sífilis. Según el tiempo en el que se presenta la sífilis se tiene dos tipos:

1. Sífilis prenatal reciente de tipo sintomático: Esta variante de la patología se la considera desde que el niño nace hasta los 24 meses de edad.
2. Sífilis prenatal tardía: Este tipo de sífilis está indicada cuando la persona supera los 24 meses y puede llegar a los 30 años.

El diagnosticar la sífilis conlleva una intervención clínica, la misma, debe confirmarse por medio del microscopio la existencia de *treponema pallidum* empleando campo oscuro o inmunofluorescencia tomando la muestra de sangre a la paciente, por medio de órganos o tomando del bebé la muestra del cordón umbilical. Las pruebas a aplicarse son para confirmar o no *treponema pallidum*; un ejemplo de pruebas serológicas no treponémicas son las RPR y VDRL tienen una disminuida especificidad, pero sensibilidad alta, debido a esto si la prueba llegará a ser positiva esta debe confirmarse con la prueba FTA-Abs, para decir con veracidad que la persona tiene sífilis.

### ***Neisseria gonorrhoeae***

El agente que provoca la gonorrea es *neisseria gonorrhoeae*, esta es un microorganismo bacteriano que en su morfología es un diplococo gram negativo. La bacteria es sumamente sensible cuando hay cambios de pH, humedad o temperatura, esto conlleva a que la manera de transmitirse sea de forma cercana.

Este microorganismo gram negativo puede inocular cualquier área que tenga como característica mucosa siendo que entre estas zonas están el ano, uretra, faringe, uretra o

conjuntiva. Si un hombre contrae la bacteria y este tiene contacto con una mujer sana lo que ocurrirá entre un 50 y 90% de probabilidades contraerá la infección; si la situación fuera al revés el hombre en cambio tendría una probabilidad del 30%. En ambos casos las probabilidades de infectarse aumentarán según las veces en que hayan tenido contacto sexual.

Si a las 12 semanas de embarazo o antes la mujer se infecta la consecuencia será que correrá con mayor riesgo de aborto; sin embargo, pasadas las 16 semanas se tiene otro panorama pues sucede que la placenta y el líquido amniótico se infectan, esto es conocido como corioamniotitis, y al mismo tiempo se tiene el riesgo de aborto, rotura de membranas o parto pretérmino.

Hay otras formas graves de infección que pueden afectar a la gestante como la salpingitis, la EPI y la perihepatitis.

Alrededor de la mitad de neonatos de mujeres con gonorrea han de desarrollar oftalmia, que no es más que un cuadro clínico común de transmisión durante la gestación. Aproximadamente al tercer día de nacido el bebé presentará una notoria inyección conjuntival, edema palpebral y secreción con pus. Actualmente no es común que los neonatos queden con discapacidad visual, ceguera para ser más precisos, a diferencia del siglo anterior.

En una presentación tardía de la infección se desarrolla la artritis además de otra sintomatología en el organismo. El diagnosticar la patología no tan solo requiere de datos clínicos previamente, sino que también se va a precisar de realizar cultivos de la secreción con pus y de frotis con la finalidad de encontrar la bacteria *neisseria gonorrhoeae*, la muestra que se tome debe ser pasada por inmunofluorescencia o por la prueba ELISA; no obstante, también se puede realizar un cultivo para *chlamydia trachomatis*.

## **Candidiasis**

La candidiasis se produce por un ente llamado *cándida*, que tiene un estimado de 100 variantes diferentes. En los últimos años la frecuencia en la que se presenta ha ido en aumento siendo que se da en un estimado del 10 y 15% de las pacientes.

En el transcurso de la gestación el cuerpo de la mujer sufre múltiples cambios que terminan cambiando el epitelio del tracto vaginal y esto propicia la inoculación de las levaduras, además también genera que el pH cambie.

En un estimado de 1 entre 3 es la probabilidad que se desarrolle este cuadro clínico siendo que durante el inicio de la gestación es común una candidiasis vaginal, más en otros casos se da 1 entre 2 antes de terminar con la gestación.

Las pacientes infectadas por lo general manifiestan:

- Ardor.
- Flujo incrementado con un aspecto grumoso.
- Prurito.
- Eritema.
- Marcas de rascado.
- Dispareunia.
- Edema.

El diagnóstico de candidiasis se puede realizar directamente al examinar la zona genital y al tomar una muestra para ser observada en el microscopio para así visualizar las levaduras y los filamentos del microorganismo. Por otro lado, también puede emplearse un frotis de gram para así ver las levaduras con sus respectivos filamentos pseudomicelios.

### **Trichomonas vaginalis**

Este es un microorganismo con flagelo y al ser una célula este es de tipo eucariótico, el ADN se encuentra en el núcleo, de los 3 tipos descubiertos solo trichomonas vaginalis es considerado un ente patógeno.

Se estima que 1 de cada 4 mujeres cuya vida sexual es activa adquieren la infección o la tendrán en algún futuro. La forma en que esta infección se manifiesta es a través de:

- Exudado de la vagina con un olor de característica fétida, una coloración verdosa y con apariencia de espuma el fluido.
- Irritación en la vulva, esto genera dolor.

- El cuello del útero y la mucosa de la vagina presentan un exudado de tipo inflamatorio, se puede observar una cervicitis siendo que el cérvix tiene como características puntos rojos que simularán una fresa.
- Se da una vulvitis con características de dolor, eritema y edema.

La infección por trichomonas vaginalis se puede confirmar en pruebas que muestran al microorganismo en las secreciones de la vagina como de la uretra. Se puede examinar al momento teniendo cultivo, examen (post coloración) y un portaobjetos.

### **Condilomatosis**

Este es un virus que genera el VPH, el cual puede ser por prácticas sexuales. Más, hay ciertos factores que propician el que este virus se inocule en el cuerpo como:

- Diabetes.
- Corticoides.
- Inmunodepresivos.
- Embarazo.

Cuando se ha adquirido la infección las áreas donde se puede manifestar es en el cuerpo perineal, la vagina, el cuello del útero, la zona perianal o como unas verrugas de aspecto anormal.

La condilomatosis se presenta como una lesión de múltiples formas que en algún momento podría llegar a fusionarse y tener como resultado una masa grande en el área vulvar, anal o perianal. Por lo general, se puede detectar en el interior de la vagina y al momento del parto si estas han crecido mucho imposibilitan el canal para la salida del bebé.

Los condilomas también es posible detectarlos en el meato uretral en la parte exógena a este y de igual forma en el clítoris. Cuando los condilomas acumíneos se localizan en el cérvix con una apariencia poco definida que presenta mucosa, manchas con un fino punteado o al menos así es como se observa en la colposcopia utilizando previamente ácido acético.

El virus del papiloma humano se considera como un factor de riesgo del cáncer del cuello uterino y más aún cuando está vinculado a otros agentes que puedan mutar potencialmente.

Las patologías mayormente asociadas al VPH son:

- Neoplasias intraepiteliales vaginales.
- Neoplasias intraepiteliales cervicales.
- Carcinoma de células escamosas.
- Neoplasias intraepiteliales vulvares.

Mediante el papanicolau se puede diagnosticar el VPH; sin embargo, también hay otros medios en los cuáles se lo puede detectar como la prueba de detección de antígenos por medio de ADN, pero al ser una técnica de alto coste no es posible que sea tomada como rutinaria.

### **Vaginosis bacteriana**

La vaginosis bacteriana es en sí un cúmulo de bacterias en exceso que provoca diversos signos y síntomas en el área genital además de alteraciones en el conducto reproductivo. El principal microorganismo que causa la infección es *Gardnerella vaginalis*, en sí es un bastón gram negativo o positivo debilitado que en ciertas ocasiones se muestra polimorfo, sin cápsula y sin movimiento alguno.

El microorganismo *Gardnerella vaginalis* puede convivir con otros gérmenes y bacterias que pueden ser:

- *Porphyromonas*.
- *Mobiluncus*.
- *Prevotella*.
- *Mycoplasma hominis*.
- *Peptostreptococcus*.
- *Ureaplasma urealyticum*.

Las mujeres gestantes usualmente manifiestan leucorrea, misma que posee un olor repulsivo. Se tiende a aglutinar en las paredes de la vagina inoculando completamente. En la actualidad

el diagnóstico que se le otorga es el de vaginosis bacteriana, mismas que, tiene como criterios diagnósticos los siguientes:

1. Secreción de características:
  - Grisácea o blanquecina.
  - Delgada.
  - Homogénea.
2. pH mayor a 4.5
3. Olor de tipo animado mezclado con alcalino, se sugiere hacer la prueba del olor.
4. Se presentan células epiteliales con límites oscuros debido a pequeños microorganismos, a estas se las denomina células de indicio. Cuando el pH es mayor a 4.5 es de alta sensibilidad, pero baja especificidad de los criterios diagnósticos.

El que estén presentes las células de indicio al momento del examen inmediato empleando solución salina es la prueba con más alta sensibilidad y especificidad de la infección., con un resultado de pruebas positivas que son entre un 85 al 90%.

Al oler el fluido este resulta ser desagradable por causa de la liberación de aminas como lo son la trimetilamina, putrescina y cadaverina cuando se da una alcalinidad del pH de los fluidos de la vagina. Sin embargo, hay otros agentes que pueden alterar el fluido vaginal y tener un olor desagradable como lo hace el flujo menstrual y el semen.

Si se le añade una gota de hidróxido de potasio a la muestra que se toma de la paciente las aminas se liberarán y se tendrá un olor que es característico a pescado. Una vez realizada la prueba al tener como resultado el olor mencionado anteriormente se le otorga un resultado del 94% positivo, pero, aunque no se tenga resultado este olor no significa que la entidad no esté presente.

<b>Infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas</b>		
<b>Tipo</b>	<b>Microorganismo</b>	<b>Criterio</b>
Treponema pallidum	Treponema pallidum	Provoca infecciones de latencia prolongada teniendo como indicadores pústulas, ampollas o pápulas.
Sífilis prenatal	Treponema pallidum	Su transmisión es por fluidos como la sangre, pero en el tipo de infección madre-hijo ocurre de manera transplacentaria. Las consecuencias para el feto son hepatitis, osteocondritis, meningoencefalitis e inclusive la muerte.
Gonorrea	Neisseria gonorrhoeae	Es un diplococo gram negativo que no sobrevive en los cambios de temperatura por lo que el contagio debe ser en zonas muy cercanas. En el vientre materno puede provocar la infección del cordón umbilical y líquido amniótico teniendo como consecuencia muerte fetal, rotura de membranas o partos prematuras. Pero la madre la infección es una entidad que propicia la EPI, salpingitis o peri hepatitis.

Candidiasis	Levaduras de <i>Candida</i>	<p>Los cambios que sufre la mujer durante el embarazo hace propicio que se reproduzcan las levaduras de <i>Candida</i>, siendo que la paciente presenta prurito, ardor, eritema, marcas de rascado, etc.</p> <p>Para realizar su diagnóstico se debe tomar una muestra de fluido y observar las levaduras mediante un microscopio.</p>
Trichomonas vaginalis	Trichomonas vaginalis	<p>Es un microorganismo eucariótico que al inocularse en el tracto vaginal provoca ardor, eritema, edema, puntos rojos simulando una fresa en el cérvix, etc.</p> <p>El diagnóstico se puede realizar mediante pruebas de cultivo o de post-coloración al momento de la consulta.</p>
VPH	Condilomatosis	<p>Su inoculación se da por tener relaciones sexuales con una persona infectada pero lo que predispone a la mujer aún más al contagio son enfermedades como la diabetes, los inmunodepresivos y los corticoides.</p>

		<p>El diagnóstico de VPH se puede realizar mediante un papanicolau o por pruebas de antígenos pero esta prueba al ser cara no está entre las primeras opciones.</p>
Vaginosis bacteriana	Gardnerella vaginalis	<p>La infección en sí se produce por un cúmulo de varios microorganismos que se encuentran de forma natural en la vagina, pero se le da principal causal a Gardnerella vaginalis, esta, puede estar en el tracto vaginal con otras bacterias como los peptostreptococcus, Prevotella, Porphyromonas; entre otras.</p> <p>Para sospechar la presencia de la infección se debe tener en cuenta el color de fluido ya que puede ser grisáceo o blanquecino con una textura delgada y homogénea con un característico olor aminado. Al tomarse una muestra y colocar hidróxido de potasio esta liberará aminas que darán un olor como a pescado.</p>

## **Infecciones de mayor riesgo para el bebé**

Las infecciones de transmisión sexual en gran parte afectan a la madre, pero al poderse diseminar ciertos microorganismos a través fluidos o vías placentarias no tan sólo se da la inoculación, sino que también puede provocar que el feto desarrolle de manera perinatal complicaciones severas como ya se vio en el caso de la sífilis; sin embargo, el motivo de este apartado es enlistar aquellas patologías que pueden condicionar el estado de salud actual como futuro del bebé como:

- **VIH:** El virus de inmunodeficiencia humana puede ser transmitido de madre a hijo en el trabajo de parto o durante el parto, razón por la cual en madres infectadas se realiza predominantemente la cesárea, durante el estado de gestación e inclusive en la lactancia, motivo por el cual se contraindica en madres con el virus. Al ser una patología que conlleva depresión del sistema inmunológico el personal que atiende a la madre tiene como prioridad evitar el contagio con la detección temprana previo o al inicio de la gestación.
- **Hepatitis B:** Esta infección conlleva más riesgo en situaciones donde la madre se infecta estando cerca de la fecha aproximada de parto, el que el neonato no desarrolle la patología va a depender de la rápida actuación después del parto.
- **Clamidia:** Es uno de los agentes que genera niños prematuros, bajo peso al momento del nacimiento o que estando en el vientre materno se rompan las membranas. Es transmisible durante el parto, pero se puede evitar con la detección temprana y la terapia antibiótica adecuada.
- **Sífilis:** Es una de las infecciones con mayor relación en los partos prematuros, mortalidad en el nacimiento o dentro del útero. Los fetos o neonatos que no se los trate rápidamente corren el riesgo de afecciones multisistémicas.
- **Gonorrea:** Al igual que la sífilis, esta infección está altamente vinculada con partos prematuros, bajo peso del neonato al nacer y la rotura temprana de las membranas. Su transmisión se da al momento del parto.
- **Hepatitis C:** Existe una alta correlación con los partos pretérmino, baja estatura y peso del neonato al momento del nacimiento. Su transmisión se da durante el proceso de gestación.

<b>Infecciones de mayor riesgo para el bebé</b>	
<b>Tipo</b>	<b>Criterio</b>
VIH	La mayor probabilidad de contagio es en el parto y su consecuencia es deprimir el sistema inmune del bebé.
Hepatitis B	El mayor riesgo de contagio es durante el parto y de adquirirlo el neonato con una alta probabilidad de daño en el hígado.
Clamidia	Se transmite durante el parto su mayor consecuencia es que puede afectar los órganos de la visión.
Sífilis	Durante el proceso gestacional puede adquirirlo el niño teniendo como consecuencia daño a diversos órganos siendo uno de los más afectados el cerebro.
Gonorrea	La transmisión de la gonorrea es al momento del parto esta puede tener como consecuencia infecciones en la sangre, los huesos, los ojos o neumonía.
Hepatitis C	El producto puede adquirir la infección durante el proceso de gestación; en caso de que la presente puede que desarrolle complicaciones hepáticas como el cáncer.

### **Efectos de las infecciones de transmisión sexual a los bebés**

Las mujeres embarazadas sufren las consecuencias de las patologías, pero al ser que algunas de las infecciones son transmisibles durante el proceso de gestación o conllevan a consecuencias severas se recopilado que un bebé puede presentar los siguientes efectos de la ITS:

- Enfermedades crónicas en el hígado.
- Infecciones en la sangre.
- Ceguera.
- Infecciones oculares.
- Neumonía.
- Daño cerebral y/o neurológico.
- Sordera.

### **Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en la gestación**

El tratamiento más empleado dentro las infecciones de transmisión sexual es la terapia antibiótica ya que algunos microorganismos se los extingue mediante este método, pero hay excepciones como es el caso del VIH y las hepatitis B y C donde lo que se puede optar es hacer un tratamiento que atenúe la severidad de la patología.

Como se mencionaba anteriormente al presentar la mujer gestante un virus si bien es cierto no se puede prescribir antibióticos, pero si antivirales para disminuir la probabilidad de infección al feto; y, en el caso del VIH, aunque se ha hecho mención en apartados previos es importante volverlo a declarar, cuando se tiene una situación de esta infección el parto por cesárea es una decisión indiscutible como prevención al igual que la lactancia.

### **Medidas a considerar para no adquirir una infección de transmisión sexual**

Se pueden tomar en cuenta las siguientes medidas con el fin de disminuir el riesgo de infección:

- La abstinencia es una manera de evitar riesgo de infección de transmisión sexual.
- Tener una pareja sana sin ningún tipo de infección de transmisión sexual.
- Practicar la monogamia disminuye las probabilidades de infección.
- Realización de pruebas previo a tener contacto sexual con una nueva pareja, este sin duda ayuda a que entidades de las cuáles no se tenga sospecha queden al descubierto para recibir el tratamiento adecuado además de evitar el contagio a la otra persona.

El llegar a un acuerdo de pruebas serológicas antes del coito con una persona nueva fomenta la salud y es una responsabilidad de ambas partes.

- Uso de condón y protectores para la boca, esto hace alusión a que cada que se tiene un contacto sexual, sea este vaginal o anal, se debe contar con otro preservativo evitando colocarle vaselina o alguna otra sustancia esté hecha de aceite; del mismo modo, debe evitarse los preservativos que estén fabricados con algún material natural ya que disminuye la protección para una ITS.

Otra de las medidas muy empleada es la de realizar pruebas serológicas antes del embarazo, al inicio de este y cuando se está cerca de la fecha de parto, pues en muchas ocasiones las infecciones permanecen silenciosas y una manera de evitar cualquier riesgo es llevando un control en diferentes etapas de la gestación.

### **Consecuencias de las infecciones de transmisión sexual en madres e hijos**

Las principales complicaciones que puede sufrir una mujer infectada son:

- Cáncer de cuello uterino.
- EPI.
- Mayor probabilidad de mortalidad en el parto.
- Embarazos ectópicos.
- Dolor crónico.

En la actualidad las infecciones de transmisión sexual son cada vez más frecuentes en las mujeres gestantes tienen consecuencias realmente severas tanto para la madre como el feto, un ejemplo de ello es la sífilis, infección, que de no ser tratada puede llevar a la muerte del feto, abortos espontáneos, sífilis congénita o nacimiento prematuro. La transmisión es en sentido vertical, se estima que los casos de sífilis congénita equivalen a 1/3 de los nacimientos de gestantes sin tratamiento. En sí diagnosticarla es un tanto complicado y sobre todo cuando el neonato no muestra signos o síntomas.

En el caso de la gonorrea el panorama cambia un poco pues la mayor preocupación es que la probabilidad de un parto prematuro aumenta 3 veces que en una mujer embarazada sin

infección de transmisión sexual o del otro lado se tiene que si no hay prematuridad en el nacimiento puede que el peso del neonato esté por debajo de los índices normales.

La oftalmia, inflamación de los ojos, tiene una alta correlación con el padecimiento de la gonorrea en recién nacidos.

Por otro lado, se tiene también a la clamidia, infección, que en la actualidad tiene tanta prevalencia como el herpes, el riesgo de prematuridad del parto no tiene una relación significativa más algo que sí es importante declarar es que si la madre presenta niveles de inmunoglobulina elevadas, se convierte en un predisponente de parto prematuro.

No obstante, las complicaciones de la clamidia no se limitan al parto ya que en la madre tiene como consecuencia el hacerla vulnerable a infecciones después de este, aunque esta situación también se da con la gonorrea.

En lo que respecta al VIH desde el siglo pasado ha sido de los principales virus a los que se les da ha dado mucha relevancia debido a que no se tiene un tratamiento hasta la actualidad que erradique la patología, se cuenta con tratamientos profilácticos y de prevención para disminuir las complicaciones que puede generar la infección ya que si el bebé no lo presenta pero la madre si, el tratamiento a aplicarse pretenderá bajar la transmisibilidad y la predisposición a desarrollar comorbilidades cesen, siendo la principal preocupación el adquirir SIDA ya que esta es la puerta de entrada a infecciones, canceres o enfermedades como la tuberculosis.

Una patología que con el paso de los años ha tenido cada vez más casos es la hepatitis B, el problema que representa para el niño es que afecta al hígado llegando a provocar el cáncer y esto es lo que genera mayor preocupación. Una manera de evitar la transmisión es por medio de las vacunas y pruebas rutinarias para que en caso de encontrar la presencia de antígenos correspondientes a la hepatitis B al momento del nacimiento del bebé se pueda realizar un tratamiento inmuno profiláctico.

El herpes en la zona genital se ha vuelto muy común en los últimos años presente también en adolescentes. Con el paso del tiempo la infección se vuelve crónica llegando a repercutir severamente en el debilitamiento del organismo, además está fuertemente vinculado con el cáncer vulvar y cuello uterino.

Por otro lado, cuando se da la transmisión de madre a hijo la infección de herpes simple puede ocurrir en cualquier etapa de la gestación ocasionando:

- Microftalmia.
- Aborto espontáneo.
- Microcefalia.
- Muerte del feto.
- Encefalitis.
- Rompimiento de membranas.
- Afecciones a la piel.
- Afecciones orales.
- Conjuntivitis.

La candidiasis vaginal es una de las más comunes en las mujeres, pues se trata de bacterias que se encuentran en el tracto vaginal que progresivamente sufren una alteración y dan paso a la infección. De todas las infecciones de transmisión sexual es la más rápida de diagnosticar y así mismo de tratar.

El único riesgo significativo que se tiene en relación a la candidiasis es que en caso de no ser tratada y tener una evolución más crónica se sufre el riesgo de tener un parto pretérmino o aborto espontáneo.

<b>Consecuencias de las infecciones de transmisión sexual en madres e hijos</b>	
<b>Tipo de ITS</b>	<b>Consecuencias</b>
ITS en general	<ul style="list-style-type: none"> <li>● EPI.</li> <li>● Embarazos ectópicos.</li> <li>● Dolor crónico.</li> <li>● Cáncer de cuello uterino.</li> <li>● Alta probabilidad de mortalidad materna.</li> </ul>
Sífilis	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Parto prematuro.</li> <li>● Muerte fetal.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sífilis congénita.</li> <li>● Abortos espontáneos.</li> </ul>
Gonorrea	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Oftalmia.</li> <li>● Aumento 3 veces mayor de parto prematuro.</li> </ul>
Clamidia	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Infecciones post parto.</li> <li>● Parto prematuro (mayormente en inmunoglobulina elevada).</li> </ul>
VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Riesgo de SIDA <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cáncer.</li> <li>- Infecciones oportunistas.</li> <li>- Tuberculosis, entre otros.</li> </ul> </li> </ul>
Herpes genital	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cáncer vulvar.</li> <li>● Cáncer de cuello uterino.</li> </ul>
Herpes simple	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Microftalmia.</li> <li>● Aborto espontáneo.</li> <li>● Microcefalia.</li> <li>● Muerte del feto.</li> <li>● Encefalitis.</li> <li>● Rompimiento de membranas.</li> <li>● Afecciones a la piel.</li> <li>● Afecciones orales.</li> <li>● Conjuntivitis.</li> </ul>
Candidiasis	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Parto pretérmino.</li> <li>● Aborto espontáneo.</li> </ul>

## **CAPÍTULO IV INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES**

### **Introducción**

La adolescencia es una etapa en el desarrollo humano donde se dan cambios tanto físicos como psicológicos, en este proceso de desarrollo es común que tengan comportamientos inadecuados debido a que este grupo poblacional es muy vulnerable a los estereotipos, contenido comercial y al sentido de autonomía; son personas que suelen imitar el comportamiento adulto sin ellos serlos.

En las últimas décadas hay una baja religiosidad y ya no hay limitaciones significativas en el acceso de la información y las creencias respecto a la sexualidad. Si bien es cierto aún hay tabús presentes en la actualidad, pero no tiene el mismo peso que en generaciones pasadas.

Al día de hoy estas infecciones continúan siendo un problema epidémico y de los sistemas de salud en cada país, ya que en zonas rurales o con altos índices de pobreza, familias disfuncionales, delincuencia, etc. se tiene mayor riesgo de inoculación.

Lo que en sí colaboraría a que los adolescentes prevengan las ITS es el tener un comportamiento que sea saludable como emplear preservativos, practicar la abstinencia e inclusive recibir orientación para disminuir conductas de riesgo previniendo ser un caso más de embarazos no deseados, inicio precoz de la vida sexual, poligamia y, por supuesto, cesando el riesgo de una infección de transmisión sexual.

## Principales agentes de las infecciones de transmisión sexual

A continuación, empleando un cuadro se detallarán los agentes y las infecciones y/o síndromes más comunes:

<b>Principales agentes de las ITS</b>	
<b>Microorganismo</b>	<b>Cuadro clínico</b>
<b>Virus</b>	
Citomegalovirus	Enfermedad perinatal.
Virus Molluscum contagiosum	Molluscum contagioso.
Virus de la hepatitis B, C, D, E, G	Hepatitis B, C, D, E, G.
Virus del herpes simple (VHS) 1 y 2	Herpes genital.
Virus de inmunodeficiencia humana 1 y 2 (VIH 1 y 2)	SIDA.
Papilomavirus humano (VPH)	Condilomas acuminados.
<b>Bacterias</b>	
Gardnerella vaginalis	Vaginosis bacteriana.
Treponema pallidum	Sífilis.
Streptococcus grupo B	<ul style="list-style-type: none"><li>● Fiebre post-parto.</li><li>● Sepsis.</li><li>● meningitis neonatal.</li></ul>
Haemophilus ducreyi	Chancro blando.
Neisseria gonorrhoeae	Gonorrea.
Chlamydia trachomatis (L1, L2 y L3)	Linfogranuloma venéreo.
Calymmatobacterium granulomatis	Granuloma inguinal.

Mycoplasma hominis	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cervicitis.</li> <li>● Vaginosis.</li> <li>● Uretritis.</li> <li>● Fiebre post-parto.</li> <li>● Prematuridad y enfermedad neonatal.</li> </ul>
Chlamydia trachomatis (D-K)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Uretritis.</li> <li>● Cervicitis</li> </ul>
Ureaplasma urealyticum	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Uretritis.</li> <li>● Cervicitis.</li> <li>● Aborto.</li> <li>● Prematuridad.</li> <li>● Enfermedad neonatal.</li> </ul>
<b>Protozoos</b>	
Trichomonas vaginalis	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Uretritis.</li> <li>● Vaginitis.</li> </ul>
<b>Artrópodos</b>	
Sarcoptes scabiei	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sarna</li> </ul>
Phthirus pubis	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pediculosis púbica</li> </ul>
<b>Hongos</b>	
Cándida	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Balanopostitis.</li> <li>● Vulvovaginitis.</li> </ul>

Se tiene conocimiento que algunas infecciones pueden darse por prácticas anales u orales, pero lo que resulta de constante preocupación son los casos de SIDA, síndrome, que puede

ser transmitido a través de una herida, fluido o instrumento contaminado, es de las infecciones más comunes. Gracias a los tratamientos de la actualidad para diversos agentes es que se tiene una mejor predicción de las intervenciones sobre todo cuando son tempranas más en el caso del SIDA aún se tienen esfuerzos para que las cifras de infectados disminuyan ya que representan no tan solo un problema estatal de salud sino un condicionante de la calidad de vida en las personas.

<b>Otros agentes de las ITS</b>	
<b>Microorganismo</b>	<b>Patología</b>
Shigella	Shigelosis.
Virus de la Hepatitis A	Hepatitis.
Giardia lamblia	Lambliasis.
Cryptosporidium	Gastroenteritis.
Salmonella	Salmonelosis.
Campylobacter	Gastroenteritis.
Entamoeba histolytica	Amebiasis.

### **Prevalencia e incidencia**

En los aspectos epidemiológicos de las ITS se tiene que todavía seguir incursionando sobre la frecuencia, el riesgo y la distribución de estas tanto en la población adolescente como general.

Más el último aspecto mencionado, el de la distribución, es que más enigmas deja a los profesionales del área de salud siendo que tiene diversos obstáculos como los siguientes al momento de determinarla:

- Las personas infectadas por una ITS no acuden a los centros hospitalarios debido a sentir vergüenza de su situación de salud recurren a la automedicación y seguir indicaciones de personas cercanas no calificadas para tratar la infección. Eso genera como problema que no se tengan registros fidedignos de personas con dichos cuadros clínicos.
- Las ITS se presentan en gran parte en las personas que tienen dificultades para acceder al sistema de salud entre aquellas personas están:
  - Adolescentes.
  - Personas con adicción.
  - Trabajadoras sexuales.
- Algunos cuadros clínicos no presentan sintomatología inmediata, es más muchos pueden ser asintomáticos con mayor predominancia en mujeres por lo que tener un diagnóstico e intervención temprana no siempre es posible sumando a ello el riesgo que corren otras personas por no sospechar de una infección.
- Cada vez es más común que se tenga otra infección subyacente por lo que diagnosticar es algo muy complejo.
- Se tiene en sí más registros de la presentación de los cuadros que solo dan datos numéricos más no por otras categorías como las orientaciones sexuales, la edad o el sexo.
- Las ITS son abordadas de diversas maneras según el área al que se acuda:
  - Planificación familiar.
  - Ginecología.
  - Obstetricia, etc.

Aunque son comunes los casos de estas infecciones epidemiológicamente no se ha tratado el tema como deberían ya que en general los datos estadísticos son tomados de otros lugares cuyas condiciones y factores predisponentes son diferentes al de la región donde uno se encuentre; las circunstancias son diferentes, pero se usan los mismos datos a pesar ello.

Las ITS que predominan dentro del grupo etario de los 15 a 17 años son la gonorrea, la clamidia, el citomegalovirus, la sífilis y altos índices de EPI con requerimiento de hospitalización.

Es más común los casos de mujeres con infecciones de transmisión sexual que en hombres, siendo que en este grupo de adolescente el cuadro más recurrente es de gonorrea, condiloma y sífilis, mientras que en las adolescentes predomina la tricomoniasis y la gonorrea.

Por otro lado, si se toma de referencia que la distribución de las infecciones no tan solo va condicionada del sexo sino también de las orientaciones sexuales entonces ahí cambia la predominancia en los adolescentes, pues si es atracción por el mismo sexo los casos mayormente suscitados en chicas son los condilomas y la candidiasis; mientras que en los chicos son condilomas, sarna y gonorrea.

### **Infección de VIH/SIDA**

Uno de los principales problemas respecto al VIH/SIDA no es solo por su transmisibilidad sexual, sino que muchos adolescentes incursionan en el mundo de las drogas, como algunas de estas son administradas por vía parenteral desencadena que una aguja infectada inocule el virus en los fluidos como la sangre, teniendo como otra vía de transmisión la relaciones sin protección con varias parejas.

En las adolescentes se da más la transmisión del virus por el coito mientras que en los chicos es por uso de drogas en vías parenterales.

Lo que sucede en muchos casos es que personas adultas jóvenes son diagnosticadas con VIH/SIDA, pero no es porque la inoculación del virus haya sucedido en ese momento, al ser una condición que puede ser asintomática se la puede llevar años en el organismo sin tener algún tipo de malestar, pues la adquisición es en la adolescencia en la mayoría de los casos.

## **Factores de riesgo en adolescentes**

La adolescencia es la fase del desarrollo con mayor vulnerabilidad de adquisición de las infecciones de transmisión sexual; no obstante, se procederá a categorizarlos para un mayor entendimiento.

### **Riesgo biológico**

El cuerpo de los adolescentes no está del todo desarrollado por lo que esta situación predispone a mayores posibilidades de inoculación de virus, bacterias o agentes transmisibles por contacto sexual debido a:

- La vulva en las adolescentes está caracterizada por epitelios poliestratificados cornificados que dan menor protección ante agentes patógenos a tal punto que las infecciones comunes en las adultas pueden también desarrollarlas.
- La mucosa vaginal no propicia la resistencia ante agentes patógenos.
- Después de la menarquia es probable que se desarrolle ectropión en el cérvix que a su vez representa un ambiente para la inoculación de neisseria gonorrhoeae o chlamydia trachomatis.
- Conforme el tiempo transcurre se va teniendo mayor resistencia ante agentes patógenos gracias a anticuerpos como AC tipo IgE que se encuentra en las secreciones vaginales como tejido epitelial.
- Las posibilidades de contraer VIH para las adolescentes y mujeres en general son más elevadas con un índice de 2 a 4 en posibilidades, esto se debe a que la vagina genera más mucosa que el hombre en la lubricación por lo que da más exposición al virus y el semen de los hombres es el que contiene mayor cantidad de material biológico, sumándole alguna lesión o herida en el tracto vaginal el riesgo aumenta.

## **Inicio de la vida sexual activa**

En la sociedad actual el inicio de la vida sexual activa es cada vez más precoz teniendo en cuenta que los varones tienen mayor precocidad que las mujeres. Al mismo tiempo, esta situación puede estar impulsada por aspectos como:

- Divulgación y confiabilidad de los métodos anticonceptivos.
- Familia inestable.
- Permisividad social y cultural.
- Religiosidad baja.
- Padres con bajo nivel cultural.
- Menarquia precoz.

Es preocupante que las adolescentes que inician la vida sexual activa antes de los 14 años tienen mayor riesgo de presentar una ITS en comparación con las que la inician alrededor de los 16 años.

No obstante, como los casos de SIDA han ido aumentando al igual que la concientización de este se ha tenido como resultado que algunas jóvenes retrasen su inicio de la vida sexual, mientras que en los varones no se ha hecho evidente algún cambio comportamental.

## **Cantidad de parejas sexuales**

Cuánto más parejas se tenga relaciones sexuales mayores serán las probabilidades de contraer una infección de transmisión sexual, se estima que una media de 6 parejas en un lapso de 12 meses es lo que predispone a desarrollar alguna de estas.

Ahora las relaciones estables son tardías y sumado al hecho que hay un inicio precoz en la vida sexual genera que cada vez haya persona con más contacto sexual a pesar de contar con relaciones sentimentales en un tipo de relación denominada monogamia serial, lo que de todas maneras no reduce las múltiples parejas sexuales.

Dentro del grupo adolescente los que mayormente acuden por una ITS son los varones pues a corta edad ya pueden haber alcanzado las 5 parejas sexuales en menos de un trimestre.

## **Prácticas sexuales**

Las mujeres en la adolescencia presentan mayores riesgos por la conducta que presentan a esta edad y que puede seguirse ejecutando.

Aunque en esta etapa de desarrollo es normal las primeras experiencias en varios sentidos es común que la experimentación del coito sea la que más despierte interés, este se ve caracterizado por buscar placer, libertad y no ser planificado.

En las adolescentes para consumir un acto sexual tienen que estar movilizadas por un componente psicoafectivo, romántico y espontáneo buscando en la pareja afecto, cuidado, aceptación, protección y deseo.

La idea de mantener una relación sexual completa en la mayoría de las personas comprende el tener sexo vaginal, practica, que sin protección y sin la higiene correspondiente provoca un aumento de infecciones bacterianas y EPI.

Anteriormente ya se había mencionado de la preocupación constante debido a múltiples parejas sexuales en menos de 12 meses pues ahora se suma el hecho de que muchos adolescentes tienen intimidad con personas que no conocen siendo una práctica más común en los varones ya que por experimentar pueden tener sexo con prostitutas e incluso con personas del mismo género.

## **Uso de métodos anticonceptivos**

Se tienen muchos métodos anticonceptivos para el control de la natalidad; ya sean estos hormonales o no lo cierto es que son beneficiosos para evitar embarazos no deseados. En la población adolescente se divulga el uso de métodos anticonceptivos, pero en la práctica optan por interrumpir el coito; ya con el paso del tiempo recién empiezan a usar los anticonceptivos.

Las adolescentes que acuden a los servicios de planificación familiar refieren que el uso del condón solo es usado en pocas ocasiones y que no es constante, esto sucede en un estimado del 50 al 60%.

Con la frecuente divulgación al respecto de lo que es el SIDA y sus implicaciones para la salud el uso del condón ha sido mucho más común, pero con un comportamiento de riesgo, varias parejas sexuales, el uso de este es más por evitar la ITS que por control de natalidad lo que lleva a los adolescentes a seguir manteniendo la misma conducta de riesgo sin considerar que hay otras formas y agentes de infección que pueden burlar sus intentos de protección.

A continuación, se planteará algunos criterios relacionados con el uso del condón en los adolescentes:

- Confiabilidad y disponibilidad.
- Altas expectativas de su efectividad.
- Experimentación previa.
- Conocimiento de su uso.
- Compartimiento de creencias con otros adolescentes respecto a su uso preventivo.

Las complicaciones referidas por no usar condón son:

- Falta de disponibilidad.
- Falta de experiencia usándolo.
- Problemas durante la relación sexual.
- Disminución de la sensibilidad.
- Interrupción en la relación sexual.
- Difícil accesibilidad.
- Precio del condón.
- Poca información sobre su uso.
- Pérdida del deseo sexual.
- Negación de empleo por parte de servidores sexuales.
- Dificultad para consultarlo con el compañero.
- Mal imagen de su uso pues está relacionado con el libertinaje.
- Poco entendimiento sobre los beneficios de su uso.

## **Factores psicosociales**

Las complejidades de la adolescencia están altamente relacionadas con la inestabilidad a nivel emocional y psicológico.

Los adolescentes en esta etapa están en búsqueda de su identidad a través de las experiencias que vayan obteniendo tanto a nivel individual, sexual y del contacto con sustancias. Tras de eso hay una fuerte concepción de poca vulnerabilidad como se mencionó al inicio de este apartado el pensamiento de “a mí no me sucederá” justificado por la inexperiencia, las creencias, concepción de autosuficiencia y por la poca habilidad para tomar decisiones.

Lo planteado anteriormente refuerza las conductas de riesgo además de tener una poca valoración sobre los peligros.

El adolescente tiene por lo general una actitud desafiante y que desprecia los límites; parte del problema es que los consejos y prevenciones no son bien aceptados, esto genera que el coito sea espontáneo e inmediato. El escoger pareja sexual para esta población es preferente dentro del grupo de coetáneos y los riesgos son percibidos como algo que puede solucionarse y no como problema.

Los varones son un subgrupo que manifiesta en gran medida las conductas de riesgo previamente mencionadas con el uso de drogas.

## **Factores educativos**

Uno de los problemas de las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes es la carencia de educación sexual, el compartir información oportuna y necesaria es lo que contribuye a evitar las conductas de riesgo y los embarazos adolescentes. Aquella carencia de educación sexual es por cierto temor de incitar a que se tengan relaciones sexuales cuando es todo lo contrario es una forma de evitar inicios precoces en la sexualidad y optimizar el uso de los anticonceptivos.

Se han implementado programas de educación sexual con la finalidad de reducir las ITS, de las más preocupantes es el SIDA debido a que es un problema pandémico que con el paso de los años se les ha brindado a las personas afectadas una mejor calidad y esperanza de vida,

pues no todos los casos pueden ser estables y es imprescindible precautelar la salud de los que todavía no se han infectado.

El incremento de las campañas y el incentivar el uso de preservativos son las medidas que se tienen para contrarrestar las infecciones además que se pretenda sean motivadores de precautelar la salud y evitar prácticas sexuales inadecuadas.

### **Factores sanitarios**

El tema de la sexualidad en la adolescencia es un tema que se ha abordado un poco más pero no ha dejado de ser un tabú en las sociedades por lo que aunque se intenta fomentar la educación en este aspecto sigue existiendo barreras culturales y morales que no son motivadores para los adolescentes; y, el acudir a un centro de salud por asesoría no resulta una opción por temor a que se rompa la confidencialidad en la relación médico – paciente, pues es común que quienes asistan como acompañantes sean los padres o tutores del menor.

Cuando el especialista recibe en consulta al adolescente por lo general su sintomatología la hace referente a cualquier otro cuadro clínico que discrepa de lo que es realmente, en la descripción del malestar se puede notar cierta contradicción, confusión y dificultad de describir. Al implementarse un tratamiento farmacológico se tiene como dificultad el que este siga tal cual las indicaciones teniendo como resultado que no se tome la medicación en la dosis ni los horarios acordados, pero esto no se da en la misma proporción con la población femenina ya que existe un mayor cumplimiento de las indicaciones.

Un adolescente con ITS debe ser sometido a diversas pruebas serológicas para descartar cualquier otra patología que esté presente como una comorbilidad.

### **Uso de drogas**

Uno de los problemas más recurrentes en la adolescencia es el uso de drogas sobre todo blandas como el alcohol, el cigarrillo o analgésicos para luego tentar por las duras como cocaína, heroína, marihuana; entre otras.

Un gran número de adolescentes tiende a consumir algún tipo de droga antes de tener coito sin tener en claro las consecuencias de realizarlo; es por esto que se le atribuye un riesgo a las ITS ya que las vías parenterales como medio de infección no priman como causal principal.

La cocaína es usada como un estimulante efímero al momento de tener relaciones sexuales, el alcohol por su parte se lo ha relación como un mayor desinhibidor del impulso sexual. En muchos casos al tener la solvencia económica para conseguir drogas se realiza un intercambio de estas por sexo incrementado el contacto sexual y teniendo mayores conductas de riesgo; un mal deriva de esto es la prostitución.

En sí las drogas que son consideradas como predisponentes directos de ITS son el crack, la cocaína, la marihuana y la heroína mientras que el alcohol es considerado un predisponente de conductas de riesgo.

### **Factores ambientales**

Los medios de comunicación además del entorno en el que se desarrollan los adolescentes va a influir en sus comportamientos respecto a la sexualidad, pues la exposición a contenido que no es adecuado y sin supervisión los incita a considerar ciertas prácticas como normales y que no conllevan ningún riesgo.

Los grupos de coetáneos influyen en las creencias y comportamientos, pues crean cierta presión por lo que este considera correcto de realizar y la otra parte al querer ser parte de este actuará según se crea conveniente. De igual manera, los adolescentes que se encuentran en lugares de acogida también son una población vulnerable y de hecho es de donde cada vez se tiene más casos.

## Riesgo de ITS en adolescentes

Factores	Biológico	Causas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La vulva en las adolescentes está caracterizada por epitelios poliestratificados cornificados que dan menor protección ante agentes patógenos.</li> <li>● La mucosa vaginal no propicia la resistencia ante agentes patógenos.</li> <li>● Un ectropión en el cérvix representa un ambiente para la inoculación de microorganismos.</li> <li>● Se va teniendo mayor resistencia ante agentes patógenos gracias a anticuerpos como AC tipo IgE.</li> <li>● Las posibilidades de contraer VIH son elevadas en mujeres con un índice de 2 a 4 en posibilidades.</li> </ul>
	Inicio de la vida sexual		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Divulgación y confiabilidad de los métodos anticonceptivos.</li> <li>● Familia inestable.</li> <li>● Permisividad social y cultural.</li> <li>● Religiosidad baja.</li> <li>● Padres con bajo nivel cultural.</li> <li>● Menarquia precoz.</li> </ul>

	Cantidad de parejas sexuales		<ul style="list-style-type: none"> <li>● La media de infección es de <math>\geq 6</math> parejas en un periodo de 12 meses.</li> </ul>
	Prácticas sexuales		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Relaciones sin protección.</li> <li>● Relaciones sexuales con servidoras sexuales.</li> <li>● Relaciones sexuales con personas del mismo sexo.</li> </ul>
	Uso de anticonceptivos		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Falta de disponibilidad.</li> <li>● Falta de experiencia usándolo.</li> <li>● Problemas durante la relación sexual.</li> <li>● Disminución de la sensibilidad.</li> <li>● Interrupción en la relación sexual.</li> <li>● Difícil accesibilidad.</li> <li>● Precio del condón.</li> <li>● Poca información sobre su uso.</li> <li>● Pérdida del deseo sexual.</li> <li>● Negación de empleo por parte de servidores sexuales.</li> <li>● Dificultad para consultarlo con el compañero.</li> <li>● Mal imagen de su uso pues está relacionado con el libertinaje.</li> <li>● Poco entendimiento sobre los beneficios de su uso.</li> </ul>
	Psicosociales		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Inestabilidad a nivel psicológico y emocional.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>● Actitud desafiante.</li> <li>● Desprecio por los límites.</li> <li>● Poca conciencia sobre los riesgos de prácticas sexuales inadecuadas.</li> </ul>
	Educativos		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Carencia de educación sexual.</li> <li>● Falta de información.</li> </ul>
	Sanitarios		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Barreras sociales y morales.</li> <li>● Descripción difusa de la sintomatología que se presenta.</li> <li>● Debilitamiento de la relación médico – paciente.</li> </ul>
	Drogas		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Uso de drogas como estimulantes efímeros.</li> <li>● Intercambio de drogas por sexo.</li> <li>● Prostitución como ingreso para consumo.</li> </ul>
	Ambientales		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hipersexualización por parte de los medios de comunicación.</li> <li>● Grupos de coetáneos.</li> <li>● Entornos problemáticos.</li> </ul>

### **Infecciones de transmisión sexual como indicador de otras problemáticas**

Las infecciones de transmisión sexual pueden considerarse como indicadores de problemas subyacentes que han pasado desapercibidas durante todo ese tiempo; entre las más comunes se tiene a:

- La depresión que se manifiesta en conductas promiscuas.
- Problemas sentimentales.
- Embarazo no deseado.
- Abuso sexual.
- Problemas psiquiátricos, entre otros.

Cuando se presenta un caso de ITS en un adolescente siempre se deja una puerta entreabierta ante los abusos sexuales, pues no es una situación extraña ya que este tipo de agresiones vienen dadas por personas que son promiscuas en la mayoría de los casos.

## **CAPÍTULO V TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

### **Introducción**

Las infecciones de transmisión sexual han sido durante un largo tiempo un problema de tipo sanitario para el cual se han establecido diversos programas, proyectos y políticas que contribuyan a descender la incidencia de casos. Durante esta última década se ha puesto un gran esfuerzo por educación que cedan las prácticas sexuales riesgosas, el uso inadecuado del preservativo y las relaciones sexuales con múltiples parejas.

El tratamiento para los agentes que desencadenan va a ir determinado del paciente del cual se esté tratando y del tipo de infección que tenga, es necesario que la intervención sea lo más pronto posible ya que ITS como el VIH y la sífilis pueden dejar complicaciones severas a todos los grupos etarios.

### **Tratamiento de principales síndromes**

#### **Uretritis y cervicitis**

Las infecciones de transmisión sexual son los causales más comunes de estos dos cuadros clínicos relacionados principalmente con agentes como *chlamydia trachomatis*, *neisseria gonorrhoeae*, *ureaplasma urealyticum*, adenovirus, VHS, *mycoplasma genitalium* y *trichomonas vaginalis*.

### Tratamiento y sugerencias para la sífilis

Tipo	Elección	Opcional	Alergia
Uretritis/cervicitis gonocócica sin complicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ceftriaxona de 500 mg IM MD en conjunto con azitromicina de 1 gr vía oral MD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Si no es viable las cefalosporinas IM se prescribe cefixima 400 mg vía oral MD con azitromicina de 2 gr por vía oral MD.</li> <li>● Si falla o se genera resistencias a las cefalosporinas se recomienda ceftriaxona 1g IM MD con azitromicina de 2 gr vía oral o también se puede prescribir gentamicina de 240 mg IM MD con azitromicina de 2 gr por vía oral MD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gentamicina.</li> </ul>
Uretritis/cervicitis no gonocócica	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Doxiciclina de 100mg por vía oral cada 12 horas por una semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Azitromicina de 1 gr por vía oral MD.</li> <li>● Si tratamos con mycoplasma genitalium entonces azitromicina de 500mg por vía oral</li> </ul>	N/R

		con 250 mg cada 24 horas por 96 horas.	
Uretritis persistente recurrente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se recetó en primera instancia doxiciclina entonces se procede a recetar azitromicina de 500mg con 250 mg por vía oral cada 24 horas por 96 horas.</li> <li>• Si en primera instancia se recetó azitromicina entonces se recomienda moxifloxacino de 400mg por vía oral cada 24 horas de 1 a 2 semanas.</li> <li>• En los pacientes cuya preferencia sexual es hetero se adiciona metronidazol 400mg por vía oral cada 12 horas durante 5 días para tratar trichomonas vaginalis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el caso de mycoplasma genitalium con resistencia a azitromicina se recomienda moxifloxacino de 400 mg por vía oral cada 12 horas de 1 a 2 semanas.</li> </ul>	

## Hepatitis

La hepatitis tiene varios tipos para definir el tratamiento a seguir se presentarán los criterios en el siguiente cuadro.

	<b>Hepatitis A</b>	<b>Hepatitis B</b>	<b>Hepatitis C</b>
<b>Transmisión</b>	Oral o fecal	Sexual, vía parenteral o vertical.	Vía sexual HSH, parenteral y vertical.
<b>Días de incubación</b>	15 a 50 días	45 a 180 días	20 a 120 días
<b>Tratamiento</b>	Sintomático.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trasplante de hígado cuando es de gravedad.</li> <li>● Crónico: Se receta entecavir de 0.5 a 1 g al día dependiendo de la resistencia que se dé o tenofovir de 300mg al día hasta conseguir seroconversión del HBeAg y negativización del DNA-VHB.</li> </ul>	Medicamentos antivirales.

### **Virus de herpes simple**

El tratamiento de herpes simples es para casos recidivantes y persistentes; en el caso de genital recidivante se inicia la intervención desde el primer día o en la fase prodrómica, pero la intervención supresora en sí solo reduce entre el 70 y 80% las recidivas.

<b>Tratamiento de herpes genital</b>		
<b>Criterio</b>	<b>Población sin VIH</b>	<b>Población con VIH</b>
Infección de gravedad	Aciclovir por intravenosa de 5 a 10 mg cada 8 horas por 15 días.	
Primer episodio	Aciclovir vía oral 400mg por 8 horas de 7 a 10 días.	Aciclovir vía oral 400mg por 8 horas de 7 a 10 días.
	Famciclovir por vía oral de 250 mg cada 8 horas de 7 a 10 días.	Famciclovir por vía oral de 500 mg cada 12 horas de 7 a 10 días.
	Valaciclovir por vía oral 500 mg cada 12 horas de 7 a 10 días.	Valaciclovir por vía oral 1g cada 12 horas de 7 a 10 días.
Recurrente	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aciclovir de 400mg por vía oral cada 8 horas por 5 días.</li> <li>● Aciclovir de 800 md por vía oral cada 12 horas por 5 días.</li> <li>● Aciclovir de 800mg por vía oral cada 8 horas por 2 días</li> </ul>	Aciclovir de 400mg por vía oral cada 8 horas por 5 días.
	Famciclovir de 1g por vía oral cada 12 horas por un día.	Famciclovir de 500mg por vía oral cada 12 horas de 5 a 10 días.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Valaciclovir de 500mg por vía oral cada 12 horas por 3 días.</li> </ul>	Valaciclovir de 1g por vía oral cada 12 horas de 5 a 10 días.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Valaciclovir de 1g por vía oral al día por 5 días.</li> </ul>	
Supresivo	Aciclovir de 400mg por vía oral cada 12 horas por 6 a 12 meses.	Aciclovir de 400 u 800mg por vía oral cada 8 horas por 6 a 12 meses.
	Famciclovir por vía oral de 250mg cada 12 horas.	Famciclovir de 500mg por vía oral cada 12 horas.
	Valaciclovir de 500mg por vía oral al día.	Valaciclovir de 500mg por vía oral al día.
	<b>Mujeres embarazadas</b>	
	Aciclovir de 400mg por vía oral cada 8 horas.	
	Valaciclovir de 500mg por vía oral cada 12 horas.	
	N/R	Si la gestante es VIH positivo pero no presenta lesiones en el área genital no se prescribe tratamiento.
Si se sospecha resistencias al medicamento aciclovir	Foscarnet 40 mg por vía intravenosa cada 8 horas de 14 a 21 días.	Foscarnet 60 mg por vía intravenosa al día hasta que haya una respuesta favorable.
	Foscarnet 60 mg por vía intravenosa cada 12 horas de 14 a 21 días.	
	Cidofovir de 5mg por vía intravenosa semanal.	

	Cidofovir de 1% en gel aplicando una vez al días por 5 días.	
--	--	--

### **Orquiepididimitis**

La orquiepididimitis es un síndrome muy pocas veces nombrado como parte de las infecciones de transmisión sexual por lo que en esta ocasión se hablará sobre y además especificará sobre su tratamiento. Este cuadro clínico va caracterizado por edemas, dolor e inflamación en el epidídimo.

Se recomienda que el tratamiento para los pacientes sea de manera empírica en función de la sospecha respecto al agente que lo causa. No tan solo se prescriben antibióticos, sino que los anti inflamatorios también forman parte del tratamiento, en especial los AINES, y otras técnicas como la elevación del escroto.

<b>Tratamiento de la orquiepididimitis</b>		
<b>Causa</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>Alergia a tetraciclinas o cefalosporinas</b>
ITS	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Síndrónico.</li> <li>● Ceftriaxona de 500mg IM MD con doxiciclina de 100 mg 1 comp cada 12 horas de 10 a 14 días.</li> </ul> <p>Si se da por mycoplasma genitalium, aunque tiene poca incidencia se recomienda azitromicina de 500mg por vía</p>	Ofloxacino de 200mg 1 comp cada 12 horas por 14 días.

	oral MD con 250 mg cada 24 horas por 4 días.	
Infección en las vías urinarias	Ciprofloxacino de 500mg 1 comp cada 12 horas por 10 días	N/R

### **Vulvovaginitis: Candidiasis, vaginosis bacteriana y tricomoniasis**

Es una infección de transmisión sexual que se encuentra caracterizada por molestias, picor en la vulva o la vagina y secreción pudiendo desarrollarse de forma asintomática. Entre las causas de la infección se tiene en primera instancia a la vaginosis bacteriana, la candidiasis y tricomoniasis.

<b>Características del exudado en la vulvovaginitis</b>		
<b>Infección</b>	<b>Agente</b>	<b>Tipo de exudado</b>
Vaginosis bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Atopobium vaginae</li> <li>● Bacteroides spp.</li> <li>● Mobiluncus spp.</li> <li>● Mycoplasma hominis.</li> <li>● Ureaplasma urealyticum.</li> <li>● Fusobacterium spp.</li> <li>● Gardnerella vaginalis</li> <li>● Prevotella spp.</li> <li>● Peptostreptococcus spp.</li> <li>● Porphyromonas spp.</li> </ul>	De características blanquecinas, grisáceas, de olor desagradable y adherente.

Candidiasis	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Candida albicans</li> </ul> <p>Si se trata de candida no albicans</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Candida tropicalis.</li> <li>● Candida lusitaniae.</li> <li>● Candida glabrata.</li> <li>● Candida parapsilosis.</li> <li>● Candida krusei.</li> <li>● Candida kefyr.</li> </ul>	Es de característica escasa o moderada, sin olor, blanca o grisácea y grumosa.
Tricomoniasis	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trichomonas vaginalis.</li> </ul>	Secreción de tipo amarilla o verdosa, de olor desagradable y espumosa.

### **Vaginosis bacteriana**

El tratamiento está indicado para pacientes con sintomatología o que tendrán una intervención gineco-obstétrica; sin embargo, en ocasiones se implementa en aquellas pacientes que han tenido un contacto sexual riesgoso incluso si no han presentado signos y síntomas.

- Se considerará primordialmente prescribir metronidazol de 500mg por vía oral cada 12 horas por 7 días o de manera tópica con 0.75% 5 gr por 24 horas durante 5 días.
- Otra opción es clindamicina en crema 2% 5 gr por una vez al día en 7 días o tinidazol de 1 gr por vía oral en 7 días.

<b>Tratamiento de candidiasis</b>	
<b>Criterios</b>	<b>Medicación</b>
Sin complicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Clotrimazol óvulo vaginal de 500 mg MD o de 200 mg cada 24 horas por 3 días.</li> <li>● Clotrimazol crema endovaginal al 1% de 7 a 14 días.</li> <li>● Una alternativa es el fluconazol de 150mg por vía oral MD.</li> </ul>
Con complicación	
Candidiasis albicans	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Clotrimazol en óvulos endovaginal de 100mg de 7 a 14 días.</li> <li>● Es opcional el fluconazol de 150mg por vía oral cada 72 horas, son 3 dosis.</li> <li>● Si es recurrente se prescribe fluconazol de 150 mg por vía oral cada 72 horas, son 3 dosis con 150 mg 1 comp semanal por 6 meses.</li> </ul>
Candidiasis no albicans	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Para cándida glabrata se recomienda itraconazol de 100 mg 2 comprimidos al día por 3 días o cápsulas de 600mg de ácido bórico tomando una cápsula al día por 14 días.</li> <li>● Para cándida krusei se indica clotrimazol de 100mg en óvulos 1 cada noche de 7 a 14 días.</li> <li>● En el restante se prescribe fluconazol de 150mg un comprimido por vía oral cada 72 horas, en sí 3 dosis.</li> </ul>
Antibiograma	Cuando es recurrente se recomiendan las dosis de manera prolongada según la prueba.
Embarazadas	Se prescribe clotrimazol en óvulos de 100 mg uno cada noche por 7 días.

## **Vaginosis candidiásica**

Entre el 80 al 92% puede ser de tipo candida albicans o no albicans con un considerable aumento de los casos en las últimas décadas, los principales factores de riesgo de adquirir la infección es tener inmunosupresión, tener diabetes, uso de antibióticos, las prácticas sexuales y la edad fértil son los más relacionados. Su tratamiento farmacológico es con los siguientes medicamentos:

- Metronidazol por vía oral o en crema según considere necesario.
- Clindamicina por vía intravaginal de preferencia en la noche la aplicación antes de dormir.
- Tinidazol se indica por vía oral.
- Secnidazol se indica una sola dosis por vía oral.

## **Tricomoniasis**

Se presenta de manera asintomática en mujeres al menos en un 50% y los hombres en un 80% casi exclusivamente por contacto sexual asociado a casos de gonococia, VIH, clamidia, VHS y sífilis. El tratamiento puede constar de grandes dosis de tinidazol, metronidazol y secnidazol en una sola toma. También se puede prescribir en varias dosis y bajas de tinidazol o metronidazol en comprimidos cada 12 horas por 7 días.

## **Tratamiento de síndromes severos**

### **Virus del papiloma humano**

El virus del papiloma humano es un virus que no tiene su ADN encapsulado y este pertenece al tipo papilomavirus, de los 100 tipos sólo 40 pueden desencadenar una infección en las personas por contacto sexual que se directamente en la mucosa o la piel, por medio de fómites o el parto vaginal.

El cáncer de cérvix está fuertemente ligado a las complicaciones por VPH, mismo que se presenta asintomático, pero este de a poco ha ido disminuyendo su presentación debido a los constantes programas de cribado para evitar infecciones crónicas. No es común que tengan

molestias a parte de las psicológicas y estéticas, pero sí pueden los pacientes presentar sangrado, dolor y prurito. Tiene una alta incidencia en los consultantes inmunodeprimidos.

En el caso de los pacientes pediátricos la papilomatosis sucede más en niños <5 años de edad provocando con ello cambios en la voz y obstrucción de vías aéreas.

Por otro lado, deben diferenciarse las neoplasias causadas por VPH:

- El cáncer es una patología causada por células escamosas cuya sintomatología varía según el área donde se desarrolle. Es común que se dé por los genotipos 16,18 y 31.
- Las neoplasias intraepiteliales es considerada como un cuadro consecuente del cáncer.

El tratamiento de VPH puede ser el siguiente:

- Exéresis quirúrgica: Este tratamiento en el canal anal es controvertido y solo se recomienda para CIN2 y CIN 3. El emplear exéresis quirúrgica con AAR e infrarrojo ha dado muy buenos resultados.
- Coagulación por infrarrojos: Indicada para condilomas y HSIL multifocal y anal. Es un procedimiento ambulatorio.
- Fulguración con CO2: Es un procedimiento que emplea el láser indicado para tratamiento ambulatorio de HSIL anal y riesgos de tipo quirúrgico en los consultantes cuyos procedimientos previos han tenido fallo en lo que respecta a la curación.
- Electro cauterización con AAR: Es otro procedimiento ambulatorio aplicado a HSIL anal, tiene una respuesta.
- Crioterapia: Es una técnica Indicada para condilomas externos e internos. Puede realizarse en el embarazo además de aplicar el procedimiento en consulta.
- Tratamiento médico: Puede realizarse este proceso sin que desencadene casos de incontinencia o estenosis.
  - Ácido tricloroacético y bicloroacético: Es una opción que provoca la coagulación de proteínas teniendo gran utilidad para los condilomas acuminados.
  - Imiquimod: Está especialmente indicado para lesiones perianales y genital pero también es una opción para tratar HSIL anal o como un ayudante de otros tratamientos.

- Podofilotoxina: Se la aplica de la siguiente manera; si es en crema 0.15% y en solución 0.5%. Sinecatequinas para condilomas externos.
- Cidofovir: Indicado para condilomas, cáncer cervical con quimioterapia y HSIL anal.

## Sífilis

La sífilis es una infección producida por el microorganismo *treponema pallidum*. Desde hace ya dos décadas se han incrementado los casos de esta patología siendo el grupo poblacional más afectado el de los hombres que mantienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo.

La sífilis se diferencia de las demás porque se presentan adenopatías y úlceras, la secundaria se desarrolla entre 3 a 6 semanas con exantema no pruriginoso o cualquier otra manifestación cutánea además de espiroquetemia.

<b>Tratamiento y sugerencias para la sífilis</b>			
<b>Tipo</b>	<b>Principal</b>	<b>Opcional</b>	<b>Seguimiento</b>
Sífilis primaria, secundaria, latente	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Benzatina 2.4</li> <li>● Penicilina G</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Azitromicina 2g única dosis</li> <li>● Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 2 semanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Controles serológicos no treponémicos y clínicos a los 6 y 12 meses.</li> <li>● Los consultantes con sífilis latente deberán realizar exámenes no treponémicos a los 6, 12 y 24 meses.</li> </ul>

<p>Sífilis terciaria, de duración desconocida o latente tardía</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Benzatina 2.4</li> <li>● Penicilina G.</li> </ul> <p>Por un periodo de 3 semanas</p>	<p>Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 1 mes.</p>	<p>Pruebas no treponémicas 6, 12 y 24 meses.</p>
<p>Sífilis oftálmica y ótica, Neurosífilis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Penicilina G sódica de 3 a 4 millones de UI por 3 semanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Penicilina G procaína de 2.4 millones al día combinado con probenecid 500mg cada 6 horas alrededor de 10 a 14 días.</li> <li>● Los pacientes alérgicos a la penicilina se sugiere desensibilización y posterior a la intervención con penicilina.</li> <li>● Ceftriaxona de 2g intravenosa al día de 10 a 14 días.</li> </ul>	<p>Prueba para LCR cada 24 semanas hasta que los valores de índices normales.</p>

Para las parejas sexuales de los pacientes:

- A personas que hayan tenido un contacto sexual 3 meses antes del diagnóstico de sífilis, se puede tratar como precoz inclusive si la serología muestra resultados negativos.
- A personas cuyo contacto sexual es  $> 90$  días se les debe tratar como si tuvieran una sífilis precoz, si no se pueden realizar pruebas serológicas inmediatamente ni dar seguimiento a la persona.
- Cuando se tienen pacientes con sífilis tardía se les debe tratar a los contactos de estos con evaluaciones clínicas y serológicas previa a medicación.
- Se realiza seguimiento a las personas que tuvieron contacto sexual en un periodo  $>3$  meses con el paciente infectado de sífilis primaria, hace más de 6 meses diagnosticado con sífilis secundaria, y hace 12 meses con sífilis latente precoz.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R., Yépez, E., Abad-Franch, F., & Aguilar V, M. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(2), 86-94.

Belli, L., Flischman, J. C., & Ambrona, M. (1985). Las penicilinas en ETS. *Arch. argent. dermatol*, 11-7.

Berdasquera Corcho, D., Fariñas Reinoso, A. T., & Ramos Valle, I. (2001). Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(6), 532-539.

Bernal, J. N., Martínez, M. A., Triantafilo, V. J., Suárez, M., Dabancens, A., Hurtado, C., ... & Vergara, M. (1989). Diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes embarazadas chilenas. *Rev. chil. obstet. ginecol*, 66-70.

Calderón-Jaimes, E. (1999). Tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *Salud pública de México*, 41, 334-343.

Campoverde, M. B. G., Cabrera, M. J. S., Basurto, J. C. Z., Vélez, J. D. V., Zambrano, S. P. G., & Vásquez, P. A. I. (2019). Factores de riesgo de las enfermedades de transmisión sexual en mujeres embarazadas. *RECIAMUC*, 3(3), 1268-1283.

Eymin, G., & Fich, F. (2003). Enfermedades de transmisión sexual. Recuperado de: <http://emn.cl/publ/TemasMedicinaInterna/pdf/EnfTransmisionSexual.pdf>.

Gogna, M. (1998). Factores psicosociales y culturales en la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, S81-S85.

Jaramillo Samaniego, J., Galdo Huamaní, R., Reina Zegarra, S., & Jaramillo Samaniego, R. (1997). Gonorrea en niñas:¿ Enfermedad de transmisión sexual o no?. *Fronteras med*, 84-6.

Narcio Reyes, M., Lourdes, E., Arredondo García, J. L., & Casanova Román, G. (1991). Enfermedades de transmisión sexual: cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. *Perinatol. reprod. hum*, 186-98.

Sanz-Lorente, M., Vicedo, M. C., Sanz-Valero, J., & Wanden-Berghe, C. (2019). Adecuación, viralidad e interacción de la información contenida en YouTube sobre el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual curables. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 60(2), 109-117.

Romero, F. (1999). Vulvovaginitis en niñas y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 70(3), 242-247.

Sarmiento Olivera, M., Gómez Olivera, I., Ordaz González, A. M., García Diaz, C. D., & Casanova Moreno, M. D. L. C. (2012). Estrategia de intervención educativa en enfermedades de transmisión sexual. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 16(1), 32-43.

Vílchez Madriz, E. A. (2007). Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes embarazadas. Hospital Escuela Oscar Danido Rosales Argüello.. (Doctoral dissertation).

Zambrano-Castro, M. F., San Lucas-Peña, T. L., Zamora-Rodríguez, A. R., & Chonga-Balla, I. C. (2021). Descripción y análisis de las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. *Dominio de las Ciencias*, 7(4), 217-235.

## AUTORES



Dr. Yuri Olivo  
Giler Mendoza



Dra. Karen Lorena  
Morocho España



Mst. Narcisa Monserrate  
Cedeño Zambrano

**P**ara lograr que el paciente pueda ser más abierto será recomendable realizar preguntas menos privadas, no se deberá suponer respecto al relato del paciente sobre sus prácticas, experiencias o parejas sexuales. Se debe manejar un vocabulario que vaya a la par con el del paciente.



Descárgalo  
**GRATIS**

Escaneando este código QR



ISBN: 978-9942-42-743-4



9 789942 427434