

ACTUALIZACIONES

GUIAS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

TRADUCCION HECHA CON AUTORIZACION DEL CDC. MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT

August 20, 1982/Vol. 31/No. 25 Supplement.

Estas directrices para el tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) fueron establecidas después de una cuidadosa deliberación de un grupo de expertos* y personal de los Centros para Control de Enfermedades (CDC). Se consideraron también los comentarios recibidos de un número considerable de médicos a quienes se les consultó su parecer sobre el documento preliminar. Algunos aspectos de estas directrices representan el mejor criterio de los expertos. Estas guías no deben tomarse como reglas estrictas, sino como una fuente de consulta para determinar conductas, tanto más para aquellos tópicos que aún están en controversia o para los cuales los datos que se tienen son muy limitados.

INFECCIONES POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Las infecciones causadas por *Chlamydia trachomatis* constituyen hoy por hoy la enfermedad de transmisión sexual más

frecuente en los Estados Unidos. La importancia de complicaciones serias relacionadas con la infección por *Chlamydia* ha sido establecida. Debido al hecho de que frecuentemente no es posible el aislamiento y cultivo de *Chlamydia*, su diagnóstico y tratamiento se hace sobre bases clínicas. Las guías que aquí se dan se basan en estudios hechos sobre casos probados por cultivos, en infecciones causadas por cepas de *C. trachomatis* diferentes a las que causan el Linfogramuloma Venereum (LGV). Para el tratamiento de infecciones comunes por *Chlamydia*, cuando éstas no han sido comprobadas por cultivos, ver las guías sobre síndromes comunes asociados con enfermedades de transmisión sexual.

INFECCION URETRAL, ENDOCERVICAL O RECTAL NO COMPLICADA EN EL ADULTO

Tratamiento de Elección

Tetraciclina HCP: 500 mg, oral, 4 veces al día, durante 7 días, o *doxiciclina* 100 mg, oral, 2 veces al día, por 7 días.

Tratamiento Alternativo

En pacientes en quienes por cualquier razón no pueda usarse la tetraciclina, usar *eritromicina* 500 mg, oral, 4 veces al día, por 7 días. Las sulfonamidas también son activas contra *C. trachomatis*, pero no han sido suficientemente evaluadas.

Manejo de los Compañeros Sexuales

Toda persona expuesta a *C. trachomatis* debe ser examinada, y tratada, si es el caso, con uno de los tratamientos antes mencionados.

*GI. Mandell, MD, School of Medicine, University of Virginia; ER Alexander, MD, Health Science Center, University of Arizona; KA Arndt, MD, Beth Israel Hospital, Boston; RE, Berber, MD, VA Medical Center, Seattle; CR Dawson, MD, The Proctor Foundation, University of California, San Francisco; R Dolin, MD, College of Medicine, University of Vermont; SK Dritz, MD, City and Country Department of Health, San Francisco; KK Holmes, MD, PhD School of Medicine, University of Washington; FN Judson, MD, Department of Health, Denver; WM McCormach, MD, Downstate Medical Center, Brooklyn; PB Mead, MD, College of Medicine, University of Vermont; GB Miller JR, MD, Virginia Department of Health; MF, Rein, MD, School of Medicine, University of Virginia; RB, Rothenberg, MD, New York State Department of Health; D, Satcher, MD, PhD, Morehouse School of Medicine, Atlanta; J. Schachter, PhD, School of Medicine, University of California, San Francisco; MR, Spence, MD, Johns Hopkins Hospital.

Seguimiento:

Se recomiendan los cultivos de control. Puede que no se detecten cultivos hasta 3 o 6 semanas después del tratamiento; cuando son positivos, debe hacerse un nuevo tratamiento con uno cualquiera de los esquemas antes mencionados.

INFECCION UROGENITAL POR CHLAMYDIA DURANTE EL EMBARAZO

Se debe instituir tratamiento en toda embarazada en quien mediante cultivo se compruebe infección por *C. trachomatis*, o en caso de no contarse con facilidades de cultivo, en toda embarazada cuyo compañero sexual presente un cuadro de uretritis no gonocócica.

El tratamiento sugerido es con eritromicina oral, a dosis de 500 mg, 4 veces al día, por 7 días, preferiblemente con el estómago vacío. Las pacientes que no toleren este esquema pueden recibir dosis rebajadas a 250 mg, 4 veces diarias, por 14 días. No han sido establecidas para las embarazadas las dosis óptimas ni su duración. No hay un régimen alterno aceptado para aquellas embarazadas alérgicas a la eritromicina o que no la toleren. En caso de una falla comprobada del tratamiento, la embarazada debe ser tratada de nuevo con eritromicina, con uno cualquiera de los esquemas propuestos.

El tratamiento simultáneo de los compañeros sexuales, con tetraciclina, es parte fundamental del régimen de tratamiento.

Los cultivos para Chlamydia son costosos y no fácilmente disponibles. A las embarazadas que puedan tener un alto riesgo de infección por Chlamydia se les debe tomar muestra para cultivo, si fuera posible en la primera visita. Los factores importantes de riesgo incluyen: embarazadas solteras, embarazadas menores de 20 años de edad, residentes en una comunidad socialmente propicia (inquilinos, condominios), que tengan otras enfermedades de transmisión sexual, que se acerquen tardíamente al cuidado prenatal, cuyos compañeros tengan

uretritis no gonocócicas, que padezcan endocervicitis purulenta no gonocócica, o con una infección bacteriana del tracto urinario. (ver síndromes comunes asociados con ETS).

CONJUNTIVITIS DEL RECIEN NACIDO CAUSADA POR CHLAMYDIA

En todo caso de oftalmía neonatal se deben hacer los estudios apropiados para excluir etiología por *Neisseria gonorrhoeae*.

El diagnóstico de Conjuntivitis por Chlamydia puede establecerse mediante cultivo o coloración de Giemsa, del frotado conjuntival. El tratamiento consiste en la administración oral de suspensión de eritromicina, a la dosis de 50 mg/kg/día, dividida en 4 tomas diarias, por un mínimo de 2 semanas. No existe ninguna evidencia de que las aplicaciones tópicas tengan beneficio adicional. Si la conjuntivitis de inclusión recurre después del tratamiento, se debe instituir un nuevo tratamiento con eritromicina por 1 o 2 semanas adicionales.

NEUMONIA POR CHLAMYDIA EN LA INFANCIA

Para los cuadros respiratorios bajos causados por *C. trachomatis* en los niños, el tratamiento recomendado consiste en la administración oral de suspensión de eritromicina a la dosis de 50 mg/kg/día, dividiendo la dosis en 4 tomas; el tratamiento debe hacerse por un mínimo de 3 semanas. No se ha establecido la duración óptima del tratamiento.

INFECCION GONOCOCICA

Las guías para el tratamiento de la infección gonocócica en los Estados Unidos han tenido en cuenta las siguientes observaciones: aumento en la incidencia de infecciones debidas a *N. gonorrhoeae* productora de penicilinas (NGPP); informes no publicados sobre resistencia a las tetraciclinas en muchas regiones geográficas; elevada frecuencia de coexistencia de infecciones por Chlamydia e infección gonocócica; aumento en la ocurrencia de

complicaciones serias en estas infecciones. Además se cuenta con la aparición de nuevos antimicrobianos, en especial nuevas cefalosporinas, que eventualmente pueden ser efectivas en el tratamiento de la infección gonocócica. Estas guías no pretenden cubrir todos los posibles tratamientos; más bien, se desea presentar aquellos que llenan unos criterios generales de eficacia, seguridad, facilidad de su administración y costos.

INFECCIONES NO COMPLICADAS EN ADULTOS

Tratamientos Recomendados:

El orden en que aparecen mencionados no indica preferencia alguna.

Tetraciclina: 500 mg, por vía oral, 4 veces al día, por 7 días, para un total de 14 g. La forma de clorhidrato es la mejor, las otras formas no son más efectivas. Todas las tetraciclinas son inefectivas cuando se administran en dosis única. El hclato de doxiciclina por vía oral, a la dosis de 100 mg, dos veces al día, por 7 días, puede ser un sustituto de la tetraciclina.

Ventajas

1. Efectiva contra coinfecciones por *Chlamydia*.

Desventajas

1. Requiere múltiples dosis.
2. Puede estimular la aparición de cepas resistentes a tetraciclina si el esquema recomendado no se sigue estrictamente.
3. No es efectivo en las infecciones anorrectales en el hombre.

Amoxicilina | Ampicilina: Amoxicilina 3 g, o ampicilina 3,5 gr, ambas con 1.0 g. de probenecid por vía oral.

Ventajas

1. Dosis única.

Desventajas

1. No es efectivo en infecciones coexistentes de *Chlamydia*.
2. No es efectivo en las infecciones gonocócicas faríngeas y anorrectales.

Penicilina G. acuosa procaínica: 4,8 millones de unidades por vía intramuscular, aplicando 2,4 millones en cada región glútea, en una sola sesión, con 1,0 g. de probenecid oral.

Ventajas

1. Dosis única.

Desventajas

1. Vía inyectable.
2. Posibilidad de reacciones a la procaína.
3. Posibilidad de reacciones de hipersensibilidad a la penicilina.
4. No es efectivo contra *Chlamydia*.

Un aspecto importante de tener en cuenta en el tratamiento de la uretritis Gonocócica es la coexistencia de infección por *Chlamydia*, la cual ha sido comprobada mediante cultivo en por lo menos el 45% de los pacientes. El tratamiento con tetraciclina/doxiciclina de varios días de duración puede traer el problema de selección de cepas de *N. gonorrhoeae* resistentes, especialmente si no se sigue correctamente el esquema propuesto. Para obviar esta posibilidad se ha sugerido en la infección gonocócica un esquema de tratamiento con dosis única previo el tratamiento con tetraciclina o doxiciclina. Teóricamente este tratamiento combinado es muy atractivo, pero su eficacia y sus efectos colaterales no han sido evaluados. El CDC planea iniciar estos estudios y recomienda que otros grupos lo hagan también.

El tratamiento Combinado Incluye:

Amoxicilina / Ampicilina: Amoxicilina 3,0 g, o ampicilina 3,5 g, con 1,0 g, de probenecid oral, y además:

Clorhidrato de tetraciclina: 500 mg, por vía oral, 4 veces al día, por 7 días, para una dosis total de 14,0g. El hclato de doxiciclina, oral a dosis de 100 mg, dos veces al día, por 7 días, puede ser un sustituto del clorhidrato de tetraciclina.

Ventajas

1. Provee un tratamiento de dosis única para la Uretritis gonocócica.
2. Efectivo contra la infección por Chlamydia.

Desventajas

1. La efectividad y las reacciones colaterales de este esquema no han sido evaluados.

NOTA: La tetraciclina o la penicilina G, acuosa procaínica (PGAP) es el tratamiento de elección para la infección gonocócica faríngea. La amoxicilina y la ampicilina no son efectivas. El homosexual con infección gonocócica no complicada debe tratarse con penicilina procaínica a dosis de 4,8 millones de unidades; 2,4 U IM en cada región glútea, en una sola sesión, más 1,0 g, de probenecid oral. En caso de hipersensibilidad a la penicilina, se debe tratar con 2,0 g, de espectinomicina, vía IM. Tanto uno como otro tratamiento son igualmente efectivos en la uretritis gonocócica y en la infección anorrectal. Sin embargo, la espectinomicina no es efectiva en el tratamiento de la infección gonocócica faríngea.

Otras Consideraciones:

También los pacientes hombres, no homosexuales, que sean alérgicos a la penicilina o al probenecid deben tratarse con tetraciclina o doxiciclina oral como se recomendó anteriormente. Aquellos pacientes alérgicos a la penicilina y que por cualquier situación no pueden tolerar la tetraciclina pueden tratarse con clorhidrato de espectinomicina, con una dosis de 2,0 g, vía intramuscular.

Los pacientes que esten incubando una sífilis (serología negativa sin signos ni síntomas de sífilis) posiblemente pueden

curarse con los esquemas arriba recomendados con excepción del de espectinomicina. Todos los pacientes tratados para uretritis gonocócica deben ser estudiados serológicamente para sífilis.

Los pacientes con uretritis gonocócica, que tengan sífilis o la seguridad de haber tenido contacto con pacientes sifilíticos, deben recibir tratamiento adicional para sífilis, de acuerdo con el estado clínico de ésta (ver sífilis).

Tratamiento de los Compañeros Sexuales:

Los hombres y mujeres expuestos a la uretritis gonocócica deben ser examinados; se deben hacer cultivos; y se deben tratar inmediatamente con alguno de los esquemas recomendados.

Seguimiento

El seguimiento debe hacerse tomando cultivos de los sitios infectados, 4-7 días después de completado el tratamiento. Además, se deben obtener cultivos de recto en todas las mujeres a quienes se haya hecho tratamiento para infección gonocócica genital.

Fallas en el Tratamiento:

Aquellos pacientes en quienes la infección persiste después de recibir un tratamiento, diferente a espectinomicina, deben tratarse con 2,0 g. de espectinomicina por vía intramuscular (ver *Neisseria gonorrhoeae* productora de Penicilinas). Las infecciones gonocócicas que aparecen después de recibir uno de los esquemas de tratamiento recomendados pueden deberse más bien a reinfecciones, e implican por lo tanto la necesidad de una cuidadosa búsqueda de contactos y la educación del paciente. Debido a que las infecciones por NGPP son causa de las fallas en el tratamiento, de investigarse las cepas que se aíslan después del tratamiento, para determinar si son productoras de penicilina.

Drogas no Recomendadas:

Aunque las penicilinas de acción prolongada como la penicilina G. benzatínica son

efectivas en el tratamiento de la sífilis, NO deben utilizarse en la infección gonocócica. Las preparaciones de penicilina oral, como la penicilina V, no se recomiendan para la infección gonocócica.

Neisseria Gonorrhoeae
Productora de Penicilinas:

Los pacientes en quienes se aísle y compruebe una cepa NGPP o en quienes se sospeche la adquisición de infección gonocócica en áreas con alta prevalencia de cepas productoras de penicilinas deben recibir, al igual que sus compañeros sexuales, un tratamiento único con 2,0 g. de espectinomina por vía intramuscular. Se puede adicionar tetraciclina, en caso de infección coexistente por Chlamydia. Aquellos pacientes con persistencia de infección luego de haber recibido espectinomina deben tratarse con cefoxitina 2,0 g. vía intramuscular, en una dosis única, sin probenecid. Las infecciones faríngeas debidas a NGPP pueden tratarse con una simple dosis diaria de 9 comprimidos de trimethoprim-sulfametoxazole (80/400 mg) por 5 días. La espectinomina, así como la cefoxitina, no tiene ningún efecto para esta forma de infección gonocócica.

INFECCION GONOCOCICA
EN EL EMBARAZO

A toda mujer embarazada se le debe tomar, como parte integral del cuidado prenatal, una muestra endocervical para cultivo de *Neisseria gonorrhoeae* en el momento de su primera visita al médico; se debe tomar un segundo cultivo, durante el tercer trimestre, en todas aquellas pacientes con riesgo alto de adquirir infección gonocócica.

El tratamiento de elección es amoxicilina o ampicilina, siempre con probenecid, tal como se describió anteriormente. Las pacientes alérgicas a la penicilina o al probenecid deben tratarse con espectinomina 2,0 g, por vía intramuscular. En las infecciones coexistentes de Chlamydia se debe incluir eritromicina en la forma anteriormente recomendada. El tratamiento de la salpingitis aguda y de la infección

diseminada debe revisarse en la sección correspondiente. Es importante advertir que nunca debe usarse la tetraciclina durante el embarazo por los peligros de reacciones adversas para el feto.

INFECCION GONOCOCICA DISEMINADA

Esquema de Tratamiento

En estos casos se recomienda la hospitalización del paciente, especialmente en aquellos casos en que no haya la certeza de que el paciente pueda recibir un tratamiento completo, tenga un diagnóstico dudoso, o presente artritis séptica u otras complicaciones. Existe un buen número de esquemas aceptables de tratamiento para las infecciones gonocócicas que conforman el síndrome de artritis-dermatitis gonocócica. *Estos esquemas son:

Penicilina G. acuosa cristalina: 10 millones de unidades por vía intravenosa diaria hasta la mejoría del proceso, seguida de amoxicilina o ampicilina a dosis de 500 mg. 4 veces al día, por vía oral, hasta un mínimo de 7 días.

Amoxicilina/ Ampicilina: Amoxicilina 3,0 g, o ampicilina 3,5 g, cada uno con 1,0 g, de probenecid, como dosis inicial, seguida de 500 mg. de amoxicilina o ampicilina, 4 veces al día, por un mínimo de 7 días. La vía de administración para este esquema es la oral.

Clorhidrato de tetraciclina: 500 mg. por vía oral, 4 veces al día, por mínimo de 7 días. En la embarazada no debe utilizarse el clorhidrato de tetraciclina en la infección gonocócica complicada.

Cefoxina/ Cefatoxina: Cefoxina 1,0 g, o cefatoxina 500 mg, 4 veces al día, por vía endovenosa, por un mínimo de 7 días (Tratamiento de elección en las formas diseminadas causadas por NGPP).

*NOTA DEL TRADUCTOR - Cuadros excepcionalmente vistos en Colombia.

Eritromicina: 500 mg, por vía oral, 4 veces al día, por un mínimo de 7 días.

Consideraciones Especiales

No está indicado el drenaje abierto de articulaciones, con excepción de la cadera.

No es necesaria la inyección intra-articular de antibióticos.

MENINGITIS Y ENDOCARDITIS

Los cuadros de meningitis y endocarditis causados por *Neisseria gonorrhoeae* necesitan dosis altas de penicilina por vía endovenosa. No se tiene un criterio uniforme sobre la duración óptima del tratamiento; la mayoría de los autores tratan al paciente por un mes. El tratamiento de pacientes alérgicos a la penicilina debe ser estudiado individualmente.

OFTALMIA GONOCOCICA EN EL ADULTO

Los adultos con oftalmía gonocócica deben hospitalizarse y tratarse con penicilina G acuosa cristalina a dosis de 10 millones de unidades diarias por vía endovenosa, durante 5 días. En caso de cepas de NGPP se debe administrar cefoxitina, 1,0 g, o cefatoxina 500 mg, 4 veces al día, por vía endovenosa. Los ojos deben irrigarse inmediatamente con solución salina o soluciones oftálmicas, esta operación debe repetirse con intervalos de una hora y tantas veces como sea necesario para eliminar las secreciones purulentas. Estos casos necesitan una vigilancia oftalmológica permanente para evitar cualquier complicación.

CONDUCTA EN CASOS DE NIÑOS NACIDOS DE MADRES CON INFECCION GONOCOCICA

El niño nacido de madre que en el momento del parto tiene una infección gonocócica corre un riesgo muy alto de adquirir la infección y necesita, por lo tanto, tratamiento con una sola aplicación de 50.000 unidades de penicilina G. acuosa cristalina por vía intramuscular o endovenosa, si se trata de un niño producto de un embarazo a término y tiene un peso normal. Los niños con un peso bajo deben tratarse

únicamente con 20.000 unidades intramusculares o endovenosas. La profilaxis tópica de la oftalmía neonatal no cubre la posible infección en otros sitios. Los casos clínicos evidentes necesitan tratamiento adicional.

INFECCION GONOCOCICA NEONATAL

Oftalmia Neonatal

El recién nacido con oftalmía gonocócica se debe hospitalizar y aislar por 24 horas e inmediatamente iniciarle el tratamiento.

La oftalmía gonocócica no tratada es muy contagiosa y puede conducir rápidamente a la ceguera. Se debe tratar con administración diaria de penicilina G. cristalina acuosa o dosis de 50.000 unidades/kg./día, por vía endovenosa aplicando la mitad de la dosis diaria cada 12 horas. Este tratamiento debe prolongarse por un mínimo de 7 días. Los ojos deben irrigarse inmediatamente con solución salina o con solución oftálmica tamponada y posteriormente, a intervalos de una hora, tantas veces como sea necesario para eliminar las secreciones purulentas. Las aplicaciones tópicas de antibióticos no son ni suficientes ni necesarias cuando se hace un tratamiento sistémico con antibióticos. Tanto la madre como el padre del niño deben ser tratados.

Infecciones con NGPP

Los recién nacidos con infecciones causadas por *Neisseria gonorrhoeae* resistentes a penicilina deben tratarse con cefatoxina o gentamicina, en las dosis recomendadas para recién nacidos.

Infecciones Complicadas

Los recién nacidos con artritis y septicemia se deben hospitalizar y tratar con penicilina G cristalina acuosa a dosis de 75.000 a 100.000 u/kg./día, administrando dividida la dosis total del día en 4 inoculaciones por vía endovenosa, el tratamiento debe hacerse por lo menos durante 7 días. La meningitis debe tratarse con penicilina G. cristalina acuosa en la dosis de 100.000 u/kg./día, dividiendo esta dosis en 3

administraciones por vía endovenosa; el tratamiento debe continuarse por un tiempo no inferior a 10 días.

INFECCION GONOCOCICA DEL NIÑO

(Ver abuso sexual del niño)

Los niños con un peso corporal de 48 kg. o más deben recibir un tratamiento igual al del adulto. Los niños con peso menor se tratan en la forma siguiente:

Enfermedad no Complicada

Las vulvovaginitis y uretritis no complicadas pueden tratarse con una sola administración de amoxicilina 50 mg/kg, más probenecid 25 mg/kg. (máximo 1,0 g.) ambas por vía oral, o con penicilina G. procaínica acuosa 100.000 u/kg./vía intramuscular, más 25 mg/kg probenecid oral (máximo 1,0 g.). Este último tratamiento se recomienda también en proctitis y faringitis.

N. G. Productora de Penicilinas

Los niños con infecciones causadas por NGPP deben tratarse con espectinomicina o cefatoxina en las dosis apropiadas.

Consideraciones Especiales

La terapia tópica o sistémica con estrógenos no tiene ningún efecto benéfico en las vulvovaginitis. La penicilina de acción prolongada, tal como la penicilina G. benzatínica, no es efectiva. Todo paciente debe tener un seguimiento de control por cultivos. La fuente de infección debe ser identificada, examinada y tratada.

Alergia a la Penicilina

Los niños alérgicos a la penicilina deben tratarse con espectinomicina 40 mg/kg por vía intramuscular. Los niños mayores de 8 años pueden tratarse con tetraciclina oral a dosis de 40 mg/kg/día dividiendo dicha dosis en 4 tomas, por un mínimo de 5 días. En caso de formas complicadas se pueden utilizar los esquemas de tratamiento recomendados para el adulto, usando desde luego las dosis pediátricas.

SINDROMES COMUNMENTE ASOCIADOS CON ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Varios síndromes, a menudo serios, están asociados con las enfermedades de transmisión sexual. Algunos están mejor definidos que otros. Las guías siguientes describen los pasos para su tratamiento inicial, cuando no es posible contar con una evaluación bacteriológica completa, o en tanto se esperan los resultados específicos de laboratorio.

URETRITIS NO GONOCOCICA

La uretritis no gonocócica es causada frecuentemente por *C. trachomatis* o por *Ureaplasma urealyticum*; debe recibir prontamente tratamiento antimicrobiano. Los compañeros sexuales deben ser igualmente evaluados y tratados.

Drogas de Elección

El clorhidrato de tetraciclina a dosis de 500 mg. vía oral, 4 veces al día, por un término no inferior a 7 días, es la mejor opción, o la doxiciclina 100 mg, vía oral, dos veces al día, por 7 días.

Tratamiento Alterno

Para pacientes en los cuales la tetraciclina este contraindicada, o no sea tolerada, se recomienda eritromicina a dosis de 500 mg, por vía oral, 4 veces al día, por 7 días.

Manejo de los Compañeros Sexuales

Toda persona, contacto sexual, de un paciente con uretritis no gonocócica debe ser examinada, y tratada con uno cualquiera de los esquemas anteriores.

Seguimiento

Se debe instruir a los pacientes para que acudan nuevamente a consulta en caso de recurrencia o persistencia de los síntomas.

Persistencia o Recurrencia de la Uretritis no Gonocócica

La recurrencia de la uretritis no gonocócica puede deberse al hecho de no tratar al

compañero sexual. Aquellos pacientes que, luego de un adecuado tratamiento, muestran síntomas claros de uretritis, necesitan una evaluación cuidadosa en búsqueda de causas menos comunes de uretritis.

**ENFERMEDAD PELVICA
INFLAMATORIA AGUDA**
(Endometritis, Salpingitis, Parametritis y/o Peritonitis)

La enfermedad pélvica inflamatoria aguda (EPIA) se refiere al síndrome clínico agudo atribuible a la diseminación ascendente de microorganismos (no relacionada con la gestación, ni con la cirugía), desde la vagina y el endocervix, hacia el endometrio, las trompas de Falopio y/o las estructuras contiguas.

Los agentes etiológicos incluyen *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, bacterias anaeróbicas (comprendidos *Bacteroides* y *Cocos* gram-positivos), bacilos gram-negativos (como *Escherichia coli*), *Actinomyces israelii* y *Mycoplasma hominis*. Como en cada persona en particular es prácticamente imposible establecer las diferencias entre estos agentes, deben emplearse regímenes terapéuticos que sean activos contra el más amplio rango de estos patógenos.

HOSPITALIZACION Y TRATAMIENTO DE PACIENTES

Debe considerarse prioritariamente la hospitalización de pacientes con EPIA, siempre que: 1) Haya duda diagnóstica, 2) deban excluirse las emergencias quirúrgicas, por ejemplo, por apendicitis o por embarazo ectópico, 3) se sospeche un absceso, 4) el estado severo de la enfermedad dificulte el manejo de la paciente en forma ambulatoria, 5) la paciente este gestando, 6) la paciente no sea capaz de seguir o tolerar un régimen fuera del hospital, 7) haya fallado la terapéutica de atención externa, 8) no se pueda asegurar el control clínico a las 48 o 72 horas después de iniciada la terapéutica con antibióticos. Varios expertos recomiendan que toda paciente con EPIA debe hospitalizarse para su tratamiento.

**Racionalización para la
selección de los Antimicrobianos**

No se ha establecido el tratamiento de elección. Ningún agente único es activo contra este espectro de patógenos. Varias combinaciones de sustancias antimicrobianas han demostrado, invitro, un amplio espectro de actividad contra la mayoría de estos patógenos, pero muchas de ellas no han sido evaluadas convenientemente sobre su eficacia en EPIA.

Ejemplos de Esquemas de Combinación con Amplia Actividad contra la mayoría de los Patógenos en EPIA:

Cefoxitina: 2,0 g. IV. cuatro veces al día.

Mantener el suministro endovenoso por no menos de 4 días y hasta 48 horas después de la defervescencia. Luego continuar con *doxiciclina* por vía oral, 100 mg. dos veces al día, hasta completar de 10 a 14 días de tratamiento.

Comentario: Este esquema asegura un cubrimiento óptimo para *N. gonorrhoeae*, incluidas las productoras de Penicilinas, y para *C. trachomatis*. No ha demostrado ser óptima para anaerobios, masas pélvicas o EPIA asociada con dispositivos intrauterinos.

Clindamicina: 600 mg. IV 4 veces al día, más *gentamicina* o *tobramicina*: 2,0 mg/kg, mg/kg, IV, seguidos de 1,5 mg/kg, IV, 3 veces al día, en pacientes con una función renal normal.

Mantener el suministro endovenoso por no menos de 4 días y hasta por lo menos 48 horas después de la defervescencia. Continuar con 450 mg. de *clindamicina* por vía oral, 4 veces al día, hasta completar entre 10 y 14 días de tratamiento.

Comentario: Este esquema asegura una óptima actividad contra anaerobios y contra bacilos gram-negativos facultativos, pero no contra *C. trachomatis* ni *N. gonorrhoeae*.

Doxiciclina: 100 mg, IV, 2 veces al día, más *metronidazol*: 1,0 g, IV, 2 veces al día.

Mantener el tratamiento endovenoso por no menos de 4 días y hasta no menos de 48 horas después de la defervescencia. Continuar luego con ambas drogas suministradas por vía oral, en las mismas dosis, hasta completar de 10 a 14 días de tratamiento.

Comentario: Provée excelente cubrimiento para anaerobios y *C. trachomatis*. Ambas drogas se pueden continuar para la terapia oral. No se ha demostrado óptima actividad de esta combinación contra algunas cepas de *N. gonorrhoeae* incluídas las productoras de Penicilinas y para algunos bacilos gram-negativos facultativos.

TRATAMIENTO AMBULATORIO

En caso de pacientes no hospitalizados se recomienda uno de los siguientes esquemas de combinación para sus tratamientos:

Cefoxitina: 2,0 g, IM, o amoxicilina: 3,0 g, vía oral, o ampicilina: 3,5 g, vía oral, o penicilina G. procaínica acuosa: 4,8 millones de unidades, IM, en dos sitios: combinando cada una de estas drogas con probenecid: 1,0 g, vía oral.

Cualquiera de estas será seguida por:

Doxiciclina: 100 mg, por vía oral, dos veces al día, durante 10 a 14 días.

Comentario: La cefoxitina o una cefalosporina igualmente efectiva, seguidas de doxiciclina (o tetraciclina), tienen actividad contra *N. gonorrhoeae*, incluso productora de penicilinas y contra *C. trachomatis*. Las cepas productoras de penicilinas, asociadas con la EPIA no se pueden tratar adecuadamente con las combinaciones de amoxicilina o ampicilina o penicilina procaínica acuosa, más doxiciclina.

ATENCION A LOS COMPAÑEROS SEXUALES

Toda persona companera sexual de una paciente con EPIA debe examinarse para Enfermedades Sexualmente Transmitidas (EST) y tratarse prontamente con un

esquema efectivo contra la infección gonocócica no complicada o por Chlamydia.

SEGUIMIENTO

Toda paciente tratada en forma ambulatoria debe reevaluarse clínicamente a las 48 horas y 72 horas. Las que no hayan reaccionado favorablemente deben hospitalizarse. Para determinar la curación se debe hacer un cultivo, en forma apropiada, para controlar los patógenos aislados inicialmente.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

El dispositivo intrauterino (DIU) es un factor de riesgo para la EPIA. Aún cuando no se conoce exactamente el efecto que pueda tener la remoción de un DIU sobre el tratamiento antimicrobiano de una salpingitis aguda o sobre el riesgo de una recrudescencia de la salpingitis, se recomienda retirar el DIU lo más pronto posible al comienzo del tratamiento. Cuando se retire un DIU, debe aconsejarse a la paciente sobre sus prácticas anticonceptivas.

EPIDIDIMO — ORQUITIS AGUDA

La epididimo - orquitis aguda tiene dos formas: una de transmisión sexual, por lo general asociada con uretritis y comunmente causada por *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* o ambas; la otra forma, la no sexual, asociada con infecciones del tracto urinario, producida por *Enterobacteriaceae* o por *Pseudomonas*. En todos los pacientes, incluidos aquellos con uretritis, debe hacerse una coloración de Gram y cultivo de muestras de orina para descartar las bacteriurias. Siempre debe mantenerse la alerta por la posible cirugía de urgencia provocada por una torción testicular.

EPIDIDIMO — ORQUITIS TRANSMITIDA SEXUALMENTE

Este tipo de epididimo - orquitis ocurre en adultos jóvenes y se asocia con uretritis, en ausencia o indefinición de patología genitourinaria y en ausencia de bacilos gram-negativos en las coloraciones de Gram en orina.

Esquema terapéutico de Elección:

Tetraciclina HCL: 500 mg, por vía oral, 4 veces al día, durante por lo menos 10 días.

Doxiciclina: 100 mg, por vía oral, 2 veces al día, por no menos de 10 días.

Esquemas Alternos:

Los regímenes alternos no han sido bien estudiados, sin embargo se pueden considerar los siguientes, en pacientes que no toleran la tetraciclina.

Uretritis y Epididimitis Gonocócicas:

Amoxicilina: 500 mg, por vía oral, 3 veces al día, por lo menos durante 10 días (la experiencia clínica para las epididimitis causadas por *N. gonorrhoeae* productoras de penicilinasa es muy limitada, pero se recomienda en estos casos un esquema de 10 días de tratamiento, con *Trimethoprim/sulfametoxazole* por vía oral o con *cefatoxina*, *cefoxitina* o *espectinomycin* por vía parenteral.

Uretritis y Epididimitis No Gonocócica:

Eritromicina: 500 mg, por vía oral, 4 veces por día y durante por lo menos 10 días.
Atención a los Compañeros Sexuales

Los compañeros sexuales de un paciente con Epididimo-orquitis aguda de transmisión sexual deben examinarse lo antes posible para enfermedades de transmisión sexual y tratarse con un régimen efectivo contra la infección gonocócica no complicada y contra la infección por *Chlamydia*.

Tratamiento Concomitante

Se recomienda guardar cama y mantener el escroto elevado hasta que la fiebre y la inflamación local cedan.

Seguimiento:

La falla en la curación, que se manifiesta después de 3 días de tratamiento, obliga la revisión del diagnóstico y de la terapéutica implantada y la consideración de una

hospitalización. Cuando el edema persiste después de un mes, debe pensarse en la posibilidad de un tumor.

*EPIDIDIMO-ORQUITIS AGUDA
NO TRANSMITIDA SEXUALMENTE*

El manejo de estos casos implica el pronto seguimiento de una terapéutica con antimicrobianos de amplio espectro. El tratamiento ideal lo indican, primero la severidad de la infección y luego los resultados de los cultivos de orina y las valoraciones sobre la patología acompañante del tracto urinario. Los tratamientos concomitantes y el seguimiento de los pacientes son los mismos indicados para la epididimo-orquitis de transmisión sexual.

*SINDROMES DE ENFERMEDADES
SEXUALMENTE TRANSMITIDAS
MAS FRECUENTES EN LA MUJER*

En la mujer son 3 los síndromes más comunes asociados con ETS que, aún cuando no han sido bien definidos, sí conviene que sean conocidos por el médico clínico, y con los cuales, se insiste, él debe familiarizarse, porque a más de producir gran cantidad de malestar en las pacientes, suelen asociarse con patógenos importantes.

*FLUJO VAGINAL ASOCIADO CON
GARDNERELLA VAGINALIS
(Antes Haemophilus vaginalis o Corynebacterium vaginalis)*

Este síndrome lo conforman: un flujo blanco grisáceo, fluido, oloroso y no irritante; aumento del pH vaginal (mayor de 4,5); y la producción de aminas malolientes cuando se alcaliniza el flujo con KOH. El examen microscópico da una imagen típica, con ausencia de organismos gram-positivos y presencia de unos pequeños organismos coco-bacilares asociados con células epiteliales (células guía). Hasta el presente se cree que la *Gardnerella* actúa sinérgicamente con la flora anaeróbica para producir el síndrome.

Tratamiento:

Puede emplearse el siguiente tratamiento:

Metronidazol: 500 mg, por vía oral, 2 veces por día, durante 7 días.

Esquema Alterno:

Ampicilina: 500 mg, por vía oral, 4 veces al día, durante 7 días. Es menos efectivo, pero se recomienda para las gestantes o para las pacientes en que esté contraindicado el uso del metronidazol.

Portadoras Asintomáticas :

No se recomienda tratamiento alguno de las portadoras asintomáticas de *G. vaginalis*.

Atención de los compañeros Sexuales :

El tratamiento de los varones compañeros sexuales ha sido muy controvertido, pero puede indicarse en los casos específicos de recurrencia del cuadro en la mujer. Las experiencias acumuladas permiten recomendar el uso, o bien del *metronidazol* : 500 mg, 2 veces al día, durante 7 días, o bien de *ampicilina* : 500 mg, oral, 4 veces al día, durante el mismo tiempo.

CERVICITIS MUCOPURULENTA

Los exudados mucopurulentos endocervicales son a menudo reflejo de cervicitis producidas por infecciones por *Chlamydia* o *N. gonorrhoeae*.

Las cervicitis mucopurulentas no gonocócicas responden al tratamiento con tetraciclina.

Tratamiento:

1) Si se encuentra *N. gonorrhoeae* en las coloraciones de Gram o en los cultivos de las descargas endocervicales o uretrales, debe tratarse la paciente como se indica para la infección gonocócica no complicada del adulto.

2) Si se sospecha o se confirma la infección por *Chlamydia* se suministra el tratamiento descrito para la infección del adulto por este microorganismo.

Esquemas Alternos:

No se han empleado esquemas alternos.

Atención de los Compañeros Sexuales:

Los hombres expuestos a una mujer con cervicitis mucopurulenta atribuible a infección por *Chlamydia* o *N. gonorrhoeae* deben evaluarse para enfermedades sexualmente transmitidas y tratarse de acuerdo con las recomendaciones dadas para los contactos de casos de infección gonocócica o por *Chlamydia*.

Seguimiento:

Están indicados los cultivos post-terapéuticos para todo patógeno (por ejemplo: *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*) aislado antes de comenzar el tratamiento.

SINDROME URETRAL (Síndrome de Disuria y Frecuencia)

Las mujeres con disuria, aumento de la frecuencia urinaria, piuria (10 leucocitos por campo (400 x) en el examen microscópico del sedimento urinario) y una coloración de Gram negativa en una orina sin filamentos (grumosa), tienen un síndrome uretral agudo y pueden estar infectadas con *C. Trachomatis*, *N. gonorrhoeae* o bacilos gram-negativos, presentes en cantidades de 10^2 a 10^4 /ml. Para diferenciar estos gérmenes, en cada paciente deben hacerse cultivos de la uretra y de la orina.

Cuando la disuria no se asocia con aumento de la frecuencia puede ser debida a vaginitis o a una infección genital por virus *Herpes simplex*; en tal caso las pacientes deben ser evaluadas para estas infecciones, así como para las vistas anteriormente.

El tratamiento de los pacientes con un síndrome uretral de transmisión sexual, el manejo de los compañeros sexuales y el seguimiento, son similares a los descritos antes para la cervicitis mucopurulenta.

TRICOMONIASIS

Tratamiento Recomendado:

Metronidazol: 2,0 g, por vía oral, en una sola dosis.

Tratamiento Alterno:

El metronidazol puede administrarse en dosis de 250 mg, por vía oral, tres veces al día, durante 7 días.

MUJERES ASINTOMATICAS

Las mujeres con tricomoniasis asintomáticas deben ser tratadas en la misma forma que las sintomáticas.

CONDUCTA CON LOS COMPAÑEROS SEXUALES

Los hombres compañeros sexuales de las mujeres con tricomoniasis requieren tratamiento con metronidazol a razón de 2,0 g, por vía oral en una sola dosis y además, de un examen para Enfermedades Sexualmente Transmitidas concomitantes.

Seguimiento:

Cuantas veces sea posible deben hacerse pruebas para determinar la curación. Aún cuando raras veces, si se han comunicado resistencias de las *Trichomonas vaginalis* al metronidazol.

TRICOMONIASIS EN EL EMBARAZO

El metronidazol está contraindicado en el primer trimestre del embarazo y debe ser evitado hasta el término de éste. Con clotrimazole, 100 mg, aplicado intravaginalmente en el momento de acostarse, durante 7 días, se logran mejorías sintomáticas y algunas curaciones. Pueden usarse otros tratamientos locales que alivian la sintomatología pero que tienen un bajo rendimiento en curaciones. Durante la lactancia se pueden tratar las mujeres con una sola dosis de metronidazol, 2,0 g, por vía oral, pero debe interrumpirse la alimentación por seno por lo menos durante 24 horas después de suministrado el tratamiento.

INFECCIONES NEONATALES POR TRICOMONAS

Los niños con una tricomoniasis sintomática o con una colonización urogenital por

tricomonas que persista después de la 4ª semana de vida, deben ser tratados con metronidazol: 10 a 30 mg/kg diarios durante 5 a 8 días.

INFECCIONES GENITALES POR VIRUS HERPES SIMPLEX

La infección genital por Herpes es una enfermedad viral que puede hacerse crónica y recurrente y para la cual no se conoce curación alguna.

PRIMER EPISODIO CLINICO

Debe levantarse un cuidadoso historial para determinar que se trata del primer episodio de enfermedad del paciente.

Los clínicos pueden determinar el uso de:

Acyclovir en unguento al 5%: hacer aplicaciones en cantidad suficiente para cubrir completamente las lesiones, cada 3 horas, 6 veces por día, durante 7 días. El tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea posible luego de la aparición de los signos y síntomas.

Este tratamiento reduce la penetración viral y la duración de la enfermedad, en pacientes con una infección primaria que sea tratada antes de 6 días del comienzo de los síntomas; sin embargo, ello no previene las recidivas.

El acyclovir no ha sido probado en las mujeres gestantes o lactantes.

ENFERMEDAD RECURRENTE

No existe tratamiento efectivo para prevenir las recurrencias de la infección genital herpética o para acortar su duración.

Los pacientes deben ser advertidos acerca de la historia natural de la infección genital herpética y sobre la abstención de contactos sexuales mientras estén presentes las lesiones. No se conoce el riesgo de transmisión del virus del herpes durante los períodos asintomáticos. Algunos consultores recomiendan el uso del condón en los

pacientes asintomáticos, pero la eficacia de esta medida no ha sido probada. Las mujeres con infección herpética genital deben hacerse una prueba de Papanicolau una vez al año. Tempranamente en la gestación las mujeres deben informar a su médico acerca de su historial de infección genital herpética.

PAPILOMAS ANO-GENITALES (Condylomata acuminata)

No ha sido bien estudiado el tratamiento de los papilomas ano-genitales. Ningún tratamiento se ha encontrado completamente satisfactorio. Estos papilomas han sido recientemente implicados en el desarrollo del cancer y por esta razón los papilomas atípicos o persistentes deben ser sometidos a biopsia. Se recomiendan para todas las mujeres con papilomas anogenitales los extendidos de Papanicolau. Las mujeres con papilomas cervicales no deben ser tratadas antes de tenerse los resultados del Papanicolau, que servirán como una guía terapéutica. No obstante que la podofilina ha sido usada ampliamente en el tratamiento de los papilomas ano-genitales, algunos consultores piensan que, la crioterapia es preferible a la podofilina.

PAPILOMAS EXTERNOS, GENITALES Y PERIANALES

Podofilina: Entre el 10% y el 25%, en una tintura compuesta en benzoina. Aplicar cuidadosamente sobre los papilomas, evitando los tejidos normales. Lavar profusamente entre una y cuatro horas después. Si los papilomas no regresan después de 4 semanas de aplicación, pueden usarse los tratamientos alternos.

La podofilina no debe usarse durante el embarazo.

Terapéutica Alterna :

Crioterapia (v. g.; nitrógeno líquido, bióxido de carbono sólido).

Electrocirugía.

Exéresis quirúrgica (excisión o curetaje).

PAPILOMAS VAGINALES O CERVICALES

Papilomas Cervicales:

La mayoría de los consultores se pronuncian contra el uso de la podofilina en estos papilomas.

Papilomas Vaginales:

Pueden tratarse con el siguiente esquema:

Podofilina: Se usa en forma de tintura en benzoina, en concentración entre el 10% y el 25%, teniendo especial cuidado de que la zona donde se hace la aplicación esté completamente seca antes de retirar el espéculo. Debido a que la podofilina se absorbe y es tóxica no debe usarse en grandes cantidades.

Tratamiento Alterno:

Igual a lo anotado para los papilomas de los genitales externos y perianales.

PAPILOMAS EN LA URETRA Y EN EL MEATO

Papilomas accesibles en el meato:

Pueden tratarse según el esquema siguiente:

Podofilina: Se emplea en tintura, entre el 10% y el 25%, en benzoina. Debe tenerse especial cuidado en impedir el contacto entre la mucosa normal y la zona tratada en tanto ésta no se haya secado; por las razones antes expuestas.

Terapéutica Alterna:

La misma vista para los papilomas externos, genitales y perianales.

Papilomas Uretrales:

Los papilomas intrauretrales deben sospecharse en el hombre cuando quiera se presenten papilomas del meato en forma recurrente; en tal caso se impone practicar la uretroscopia para hacer su diagnóstico.

En estos pueden ser efectivas, (aún cuando no han sido totalmente evaluadas), las instilaciones intrauretrales de soluciones al 5%, de 5-fluorouracilo o thiotepa. La podofilina está contraindicada.

PAPILOMAS ANORRECTALES

Muchos consultores proscriben el empleo de la Podofilina en estos casos.

Podofilina: En los papilomas accesibles mediante el anoscopio puede usarse este compuesto, en tintura de benzoina al 10% - 25%, guardando especial cuidado de no hacer aplicaciones en la mucosa normal y en esperar a que la zona tratada haya secado por completo antes de retirar el anoscopio.

Terapia Alterna:

La misma anotada para los papilomas de los genitales externos y de los perianales.

Los pacientes con papilomas anorrectales múltiples o proximales deben ser remitidos al proctólogo para su valoración.

PAPILOMAS ORALES

Pueden ser tratados por:

Crioterapia (v.g.: nitrógeno líquido, bióxido de carbono sólido).

Electrocirugía.

Extirpación quirúrgica (excisión o curetaje).

SIFILIS

SIFILIS RECIENTE

Tratamiento Recomendado

La sífilis reciente (primaria, secundaria, latente de menos de un año de evolución) puede tratarse con:

Penicilina G. benzatínica: Un total de 2,4 millones de unidades, por vía intramuscular, en una sola sesión.

Pacientes Alérgicos a la Penicilina:

Los pacientes alérgicos a la penicilina pueden ser tratados con:

Tetraciclina HCl: 500 mg, por vía oral, 4 veces al día, durante 15 días.

La tetraciclina parece ser efectiva, pero no se ha valorado tanto como la penicilina. Como puede ser difícil el que los pacientes sigan estrictamente este régimen, debe tenerse especial cuidado en recomendarles su cumplimiento.

Con los pacientes alérgicos a la penicilina, que no toleran la tetraciclina, una vez reconfirmado su estado alérgico, puede seguirse una de las dos alternativas siguientes:

1) Si se puede asegurar el cumplimiento del paciente y su seguimiento serológico, emplear eritromicina: 500 mg, por vía oral, 4 veces al día durante 15 días.

2) Si no se confía en el cumplimiento del paciente y en la posibilidad de su control serológico, debe remitirse a un especialista para su atención.

SIFILIS CON MAS DE UN AÑO DE EVOLUCION

Esquema Recomendado

La sífilis con más de un año de evolución (sífilis latente tardía, cardiovascular o gomosa benigna) excepción hecha de la neurosífilis, debe ser tratada con:

Penicilina G. benzatínica: 2,4 millones de unidades aplicadas por vía intramuscular una vez a la semana, por tres semanas consecutivas; (7,2 millones de unidades en total).

El esquema óptimo de tratamiento para la sífilis de más de un año de evolución no tiene aún el mismo grado de seguridad que el de la sífilis reciente. Por regla general, la sífilis de larga duración requiere de tratamiento más prolongado.

En las sífilis cardiovasculares se requiere la terapéutica concomitante para tratar el proceso patológico de asociación, el cual no reviste con el uso de los antibióticos.

Pacientes Alérgicos de la Penicilina

No se han producido suficientes estudios clínicos que prueben en forma adecuada la eficacia de drogas distintas a la penicilina en el tratamiento de la Sífilis de un año o más de evolución. En pacientes para los cuales se tengan que emplear estos esquemas, siempre debe hacerse un examen previo del Líquido Cefalorraquídeo.

Los pacientes alérgicos a la penicilina pueden ser tratados con:

Tetraciclina HCl: 500 mg, por vía oral, 4 veces al día, durante 30 días. Es importante convencer al paciente de la necesidad de cumplir fielmente el esquema de tratamiento, por cuando se sabe que los pacientes suelen abandonar fácilmente el consumo de drogas.

Para los pacientes alérgicos a la penicilina y que no toleran la tetraciclina, una vez confirmado su estado alérgico caben dos

- 1) Si se puede confiar en el cumplimiento del paciente y en que se le pueda controlar serológicamente, se le formulará eritromicina: 500 mg, por vía oral, 4 veces al día, durante 30 días.

- 2) Si no se puede confiar en el cumplimiento del esquema de tratamiento por parte del paciente o en la seguridad de su control serológico, el paciente debe ser hospitalizado.

EXAMEN DEL LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

En todo paciente con síntomas clínicos compatibles con neurosífilis debe hacerse examen del líquido cefalorraquídeo; pero también es conveniente practicarlo en todo paciente con un proceso sífilítico de más de un año de evolución, para descartar las posibles neurosífilis asintomáticas.

NEUROSIFILIS

Los estudios publicados muestran que la penicilina G, suministrada en dosis totales entre 6,0 y 9,0 millones de unidades en un lapso de 3 o 4 semanas, tiene respuestas clínicas satisfactorias en el 90% de los pacientes con neurosífilis. Esta información debe ser considerada con la observación de que los esquemas que emplean penicilina benzatínica o procaínica en dosis diarias menores de 2,4 millones de unidades no logran niveles de penicilina consistentes en el líquido cefalorraquídeo y, en el conocimiento de varias comunicaciones sobre falla de estos esquemas para curar la neurosífilis.

Esquemas Terapéuticos

Los esquemas terapéuticos potencialmente efectivos, ninguno de los cuales ha sido estudiado a cabalidad, incluyen:

Penicilina G. cristalina acuosa: de 12 a 24 millones de unidades, IV, por día (2 a 4 millones de unidades de cada 4 horas) durante 10 días; seguidos de *Penicilina G. benzatínica*, 2,4 millones de unidades, IM, semanalmente, por 3 semanas.

Penicilina G. procaínica acuosa: 2,4 millones de unidades, IM, diariamente, más probenecid 500 mg, por vía oral, 4 veces al día, ambos durante 10 días; seguidos de penicilina G. benzatínica, 2,4 millones de unidades, IM, semanalmente, durante 3 semanas.

Penicilina G. benzatínica: 2,4 millones de unidades, IM, semanalmente, durante 3 semanas.

Pacientes Alérgicos a la Penicilina

Los pacientes con un historial de alergia a la penicilina deben ser examinados para confirmar su alergia y luego remitidos a un especialista.

SIFILIS DURANTE LA GESTACION

Evaluación de la Mujer Gestante:

A toda mujer gestante debe practicársele en su primera consulta prenatal una prueba

serológica no treponémica, para sífilis; por ejemplo un VDRL o un RPR. Las pruebas treponémicas, como el FTA-ABS, no se usan rutinariamente. En las mujeres en las cuales se sospeche un alto riesgo de infección por sífilis debe practicarse una segunda prueba no treponémica durante el tercer trimestre del embarazo, y debe luego examinarse la sangre del cordón umbilical para buscar la presencia de anticuerpos contra la sífilis.

Las pacientes seroactivas deben evaluarse con gran cuidado. Esta evaluación incluye una historia clínica con examen físico prolijo, y las pruebas no treponémicas cuantitativa y FTA-ABS confirmatoria. Si se encuentra evidencia clínica o serológica de sífilis o si el diagnóstico de sífilis no puede excluirse con una certeza razonable, la paciente debe ser tratada como se señala adelante.

En las pacientes con un adecuado tratamiento antisifilítico en el pasado, debidamente documentado, no se debe hacer tratamiento alguno a menos que aparezca una evidencia clínica o serológica de reinfección, por ejemplo lesión positiva al campo oscuro o un aumento en 4 diluciones en la prueba no treponémica cuantitativa.

Tratamiento Recomendado:

En todas las pacientes, sin importar el tiempo de su embarazo, que no sean alérgicas a la Penicilina, debe usarse esta droga en un esquema de dosificación apropiada según el estado de la sífilis, tal como se recomienda para las pacientes no embarazadas.

Pacientes Alérgicas a la Penicilina

Para las pacientes que tienen una documentada alergia a la penicilina no importa el tiempo del embarazo, puede seguirse una de las dos alternativas siguientes:

1) Si se pueden asegurar el cumplimiento de la pacientes y su control serológico, se administra eritromicina según el esquema de dosificación apropiado para su estado sifilítico, tal como se recomienda en el tratamiento de pacientes no embarazadas.

Los niños nacidos de madres tratadas durante el embarazo con eritromicina para sífilis reciente, deben ser tratados con penicilina.

2) Si no se puede confiar en el cumplimiento de la paciente y en su control serológico, ésta debe hospitalizarse y confiar su cuidado a un especialista.

No es recomendable el uso de la Tetraciclina durante el embarazo por los efectos adversos sobre el feto.

Seguimiento:

Las mujeres gestantes que han sido tratadas para sífilis deben someterse a una prueba serológica no treponémica cuantitativa cada mes durante todo el término del embarazo. Las mujeres que presentan un aumento de cuatro diluciones en sus títulos serológicos deben ser tratadas de nuevo. El seguimiento después del parto debe hacerse como se indicó para las pacientes no embarazadas.

SIFILIS CONGENITA

La sífilis congénita puede presentarse cuando la madre hace una sífilis durante el embarazo. Si la madre recibe un adecuado tratamiento con penicilina durante la gestación, el riesgo para el niño es mínimo. Sin embargo, todo niño debe ser examinado cuidadosamente al momento del nacimiento, a intervalos frecuentes, hasta que las pruebas serológicas no treponémicas sean negativas.

Por lo general, los niños infectados son asintomáticos en el momento de nacer y pueden ser seronegativos si la infección materna ocurrió avanzada la gestación. Los niños deben ser tratados luego del nacimiento: si el tratamiento materno fue inadecuado, desconocido, o con drogas distintas a la penicilina, o si es imposible asegurar un conveniente seguimiento del niño.

A todo niño con sífilis congénita se le debe practicar un examen del líquido cefalorraquídeo antes de iniciar su tratamiento.

Niños Sintomáticos o Asintomáticos con Líquido Cefalorraquídeo Anormal

Penicilina G. cristalina Acuosa: 50.000 unidades/kg, IM, o IV, diariamente, divididos en 2 dosis, por un mínimo de 10 días, o

Penicilina G. procaínica Acuosa: 50.000 unidades/kg, IM, diariamente, por un mínimo de 10 días.

Niños Asintomáticos con Líquido Cefalorraquídeo Normal

Penicilina G., benzatínica: 50.000 unidades/kg, intramuscular, en una dosis. Aún cuando la penicilina benzatínica se ha recomendado previamente como de uso universal, se carece de datos clínicos publicados sobre su eficacia en neurosífilis congénita. Si no se puede excluir la neurosífilis se recomienda el uso de las penicilinas acuosas, cristalina, o procaínica. Para la sífilis congénita neonatal se recomiendan como únicos los tratamientos con penicilina.

Después del período neonatal, la terapéutica con penicilina para la sífilis congénita sigue el mismo esquema que se emplea para la sífilis neonatal congénita. Para los niños bien desarrollados, no es necesario que la dosis total de penicilina sobrepase la dosificación empleada en la sífilis de más de un año de evolución en el adulto. Después del período neonatal la dosificación de tetraciclina para sífilis congénita en pacientes que son alérgicos a la penicilina debe hacerse individualizada, pero no requiere sobrepasar la dosificación empleada en la sífilis de más de un año de evolución, del adulto. No debe suministrarse tetraciclina en niños menores de 8 años de edad.

SEGUIMIENTO DESPUES DE LOS TRATAMIENTOS O RETRATAMIENTOS

Todos los pacientes con sífilis reciente o sífilis congénita deben ser advertidos para que vuelvan a control, con pruebas no treponémicas cuantitativas, por lo menos a los 3, 6 y 12 meses después del tratamiento. Las pruebas no treponémicas cuantitativas de estos pacientes deben revertir a no

reactivas o a reactivas a bajos títulos, un año después del tratamiento efectivo con penicilina G benzatínica. Los títulos de las pruebas serológicas disminuyen más lentamente en los pacientes tratados por enfermedad de larga duración; por esta causa, los pacientes con sífilis de más de un año de duración deben tener otro control serológico 24 meses después de su tratamiento. El seguimiento serológico debe ser más cuidadoso en los pacientes tratados con antibióticos distintos a la penicilina; en ellos, como parte del control final, debe hacerse un examen al líquido cefalorraquídeo. Todos los pacientes con neurosífilis deben ser seguidos con cuidadosos controles serológicos periódicos y evaluación clínica, por lo menos cada 6 meses, con la práctica del examen final del líquido cefalorraquídeo, al menos durante 3 años.

Cuando un paciente que ha tenido una sífilis reciente requiera de un segundo tratamiento, debe pensarse siempre en la posibilidad de una reinfección. En estos casos el examen del líquido cefalorraquídeo antes del tratamiento puede omitirse, si se establece que se trata de una reinfección y el diagnóstico es de sífilis reciente.

Los segundos tratamientos deben considerarse cuando:

- 1) Los signos y síntomas de sífilis persisten o recurren.
- 2) Se presenta un aumento de cuatro diluciones en los títulos de las pruebas no treponémicas.
- 3) El título de la prueba no treponémica inicial fue alto y no ha disminuído en por lo menos 4 diluciones después del año.

Los pacientes deben ser tratados nuevamente de acuerdo con el esquema recomendado para la sífilis de más de un año de evolución. Por lo general los pacientes necesitan de solo un tratamiento segundo, si permanecen estables, si los títulos de las pruebas no treponémicas son bajos, o si tienen daños anatómicos no reversibles.

TRATAMIENTO EPIDEMIOLOGICO

Las personas que se han expuesto a la infección sifilítica dentro de los 3 meses inmediatamente anteriores, y toda personas que epidemiológicamente esté en un alto riesgo de sífilis reciente, deben ser tratadas con el esquema para sífilis reciente. Deben hacerse todos los esfuerzos para determinar si tales personas tienen o no sífilis.

INFECCION POR HAEMOPHILUS DUCREYI (CHANCROIDE)

El chancroide puede ser la causa más común de las úlceras genitales, de lo que hasta el momento se reconoce. El mejor método diagnóstico es el aislamiento del *Haemophilus ducreyi*, de las úlceras o de los ganglios satélites fluctuantes, en un apropiado medio selectivo.

Esquema de Tratamiento

Eritromicina: 500 mg, por vía oral, 4 veces al día.

Trimethoprim-sulfametoxazol: tabletas de doble acción (160/800 mg), por vía oral, 2 veces al día.

El tratamiento debe continuarse por un mínimo de 10 días y hasta que hayan curado las úlceras y los nódulos linfáticos.

Tratamiento de las Lesiones

Los nódulos linfáticos fluctuantes deben aspirarse a través de la piel sana adyacente. La incisión y drenaje, o la excisión, de los nódulos están contraindicados porque demoran la curación.

Deben aplicarse compresas sobre las úlceras para remover el material necrótico.

Compañeros Sexuales

Los compañeros sexuales se deben tratar durante 10 días con uno de los fármacos vistos atrás.

NOTA: Debe hacerse una prueba de sensibilidad antimicrobiana de *H. ducreyi* aislado

de los pacientes que no responden a la terapéutica recomendada.

LINFOGRANULOMA VENEREO: GENITAL, INGUINAL O ANORRECTAL

La infección por un linfogranuloma venéreo, causado por un serotipo de *C. trachomatis* debe ser tratada en la siguiente forma:

Esquema Terapéutico de Elección:

Tetraciclina HCl: 500 mg, por vía oral, 4 veces al día, al menos por 2 semanas.

Esquemas Alternos:

Las drogas siguientes son activas in-vitro, contra los serotipos del linfogranuloma venéreo pero no han sido ampliamente evaluadas en los casos confirmados por cultivo.

Doxiciclina: 100 mg, por vía oral, 2 veces al día, al menos por 2 semanas, o

Sulfametoxazole: 1,0 g., por vía oral, 2 veces al día, al menos por 2 semanas. Pueden usarse otras sulfonamidas, en dosificación equivalente.

Cuidado de las Lesiones:

Los nódulos linfáticos fluctuantes pueden aspirarse a través de la piel sana adyacente. La incisión y drenaje o la excisión de los nódulos están contraindicados porque dilatan la curación. Las secuelas, tales como retracciones o fístulas, requieren ser intervenidas quirúrgicamente.

ESCABIOSIS (sarna)

ADULTOS Y NIÑOS MAYORES

Tratamiento:

Lindano (1%): Una onza de loción o 30 gr. de crema, aplicados en capa delgada en todas las áreas del cuerpo, de la nuca hacia abajo, y lavados profusamente después de 8 horas. No se recomienda para mujeres embarazadas o en lactancia.

Tratamientos Alternos

Crotamitón (10%): Aplicado en todo el cuerpo, de la nuca hacia abajo, por la noche, durante dos noches seguidas. lavado abundantemente 24 horas después de la segunda aplicación.

Azufre (6%) en vaselina (petrolato): aplicar sobre todo el cuerpo, de la nuca hacia abajo, por la noche, durante 3 noches consecutivas. Los pacientes deben bañarse antes de reaplicar la droga y luego 24 horas después de la última aplicación.

NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS DE EDAD. Y MUJERES EMBARAZADAS Y EN LACTANCIA

Trátese con una de las siguientes drogas:

Crotamitón (10%): como se anotó arriba, o **azufre (6%) en vaselina**: como se anotó anteriormente.

CONTACTOS

Los contactos sexuales y los contactos intradomiciliarios se tratarán como se indicó antes.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Después de un adecuado tratamiento puede persistir el prurito durante varias semanas. Si no hay una mejoría clínica consistente, puede aplicarse un nuevo tratamiento después de una semana del primero. Los tratamientos semanales adicionales solamente están indicados si se demuestran ácaros vivos.

Las ropas personales y de cama, que hayan sido contaminadas por el paciente en los dos días anteriores, deben lavarse y secarse en máquina (con un ciclo caliente en cada proceso) o limpiarse en seco.

PEDICULOSIS PUBICA

Esquema de Tratamiento

Lindano (1%); **loción o crema** : aplicar en capa delgada, en el pelo infestado y en las

áreas adyacentes y lavar abundantemente después de 8 horas; o lindano (1%) en champú aplicando durante 4 minutos y enjuagando luego abundantemente. No se recomienda para las mujeres gestantes o en lactancia.

Piretrinas y butóxido de piperonil : aplicarlos en el pelo infestado y en las áreas adyacentes, lavándolos después de 10 minutos.

La repetición del tratamiento está indicada después de 7 días, si se encuentran piojos (Ladillas) o si se observan huevos en la conjunción del pelo con la piel. Las ropas personales y de cama que hayan sido contaminadas por el paciente durante los 2 días anteriores, deben ser lavadas y secadas en máquina (con ciclo caliente en cada proceso) o limpiadas en seco.

CONTACTOS

Los contactos sexuales se tratarán como se indicó arriba.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

La pediculosis de las pestañas debe tratarse con la aplicación de ungamentos oftálmicos oclusivos sobre el reborde de los párpados, 2 veces al día, por 10 días, para asfixiar los adultos y las ninfas. El lindano o cualquier otra droga no deben aplicarse sobre los ojos.

INFECCIONES ENTERICAS

Los tratamientos de las proctitis y enterocolitis deben basarse en el diagnóstico etiológico. En todo caso debe hacerse un estudio gastroenterológico completo. Los individuos infectados, asintomáticos, que tienen costumbre de practicar contactos sexuales anales u orales deben tratarse de acuerdo con las recomendaciones hechas para los individuos sintomáticos; en igual forma deben tratarse las personas que por su condición de trabajo o situación social se asocien con un riesgo de transmisión (por ejemplo, manipuladores de alimentos, trabajadores hospitalarios, empleados de guarderías, etc.). Deben evaluarse los

compañeros sexuales en riesgo de transmisión fecal u oral. Se debe tener una cuidadosa atención en el lavado de las manos y en la práctica de otras medidas higiénicas.

CAMPYLOBACTER JEJUNI

La droga de elección para las proctitis y enterocolitis sintomáticas es:

Eritromicina: 500 mg, por vía oral, 4 veces al día, durante 7 días.

SHIGELOSIS

El antibiótico de elección se determina por las pruebas de sensibilidad practicadas con los agentes aislados. Cuando se requiere un tratamiento inmediato, este se seleccionará de acuerdo con los patrones de sensibilidad en la localidad. Los patrones de sensibilidad común en la nación (Estados Unidos de Norte América) sugieren que la droga de elección es:

Trimethoprim-Sulfametoxazole: Tableta de doble potencia (160/800 mg, por vía oral, 2 veces al día, durante 7 días.

Una alternativa está en la ampicilina, 500 mg, por vía oral, 4 veces al día, durante 7 días, aún cuando debe considerarse la variabilidad regional de la sensibilidad de las Shigellas a la ampicilina. La amoxicilina no es un sustituto aceptable.

SALMONELOSIS (Excluida Fiebre Tifoidea)

No se recomienda por lo general el tratamiento de los portadores asintomáticos o de los sintomáticos no complicados. Deben evaluarse los compañeros sexuales.

AMEBIASIS

El diagnóstico por el laboratorio puede verse complicado con el uso anterior de agentes antidiarréicos y de antibióticos tales como la tetraciclina o la eritromicina.

Pacientes Sintomáticos

En los pacientes sintomáticos el régimen terapéutico de elección consiste en una

droga sistémica, más un amebicida del lumen intestinal.

Metronidazol: 750 mg, por vía oral, 3 veces al día, durante 5 a 10 días, más cualquiera de los siguientes:

Iodoquinol (diiodohydroxyquin): 650 mg, por vía oral, 3 veces al día, por 20 días; o *furoato de diloxanida*: 500 mg, por vía oral, 3 veces al día, durante 10 días, (se consigue en el CDC).

Una alternativa puede ser el sólo uso del metronidazol seguido secuencialmente por uno de los amebicidas del lumen intestinal, si no se logra la curación.

El régimen de segunda instancia es:

Paromomicina: 25 a 30 mg/kg/día, divididos en 3 dosis, durante 7 días; (esta droga se consigue por intermedio del CDC).

Esta droga se usa sola. Aún cuando en un principio se le tuvo como amebicida del lumen intestinal, se ha visto que tiene un efecto tisular superficial. Una enfermedad severa o extraintestinal debe ser atendida en forma apropiada y pronta, remitiéndose el paciente a un especialista.

Portadores Asintomáticos de Quistes

Para los portadores asintomáticos de quistes amebianos es suficiente el tratamiento con solo amebicidas del lumen intestinal (*iodoquinol* 650 mg, por vía oral, 3 veces al día, durante 20 días o *furoato de diloxanida* 500 mg, por vía oral, 3 veces al día, durante 10 días).

GIARDIASIS

La droga de elección para las infecciones sintomáticas o asintomáticas es: metronidazol.*

*NOTA DE LOS TRADUCTORES: En el texto original de los autores recomiendan Quinacrina.

En caso de la coexistencia de amebiasis y giardiasis sintomáticas la droga de preferencia es el *metronidazol* en su más alta dosificación (véase amebiasis). Como ocurre con otros protozoos patógenos está indicado en tratamiento en las recurrencias, sean por recidiva o por reinfección, dependiendo de las circunstancias epidemiológicas del individuo.

NOTA: Las infecciones rectales por *Chlamydia* y por *N. gonorrhoeae* fueron discutidas en la sección relativa a estos organismos. Hasta el momento no hay un tratamiento específico para la proctitis asociada con la infección por virus *Herpes simplex*.

PREVENCION DE LA OFTALMIA NEONATAL

La profilaxis neonatal debe dirigirse tanto contra la oftalmia gonocócica, potencial enfermedad encefaloparalítica, como contra la conjuntivitis por *Chlamydia*. Se recomienda la instilación de un agente profiláctico en los ojos del recién nacido, como es obligatorio por ley en varios Estados.

El tratamiento preventivo eficaz contra las dos enfermedades se logra por la aplicación inmediatamente después del nacimiento de un unguento oftálmico de eritromicina (0,5%) o tetraciclina (1%) en el saco conjuntival de ambos ojos, sin previo lavado de éstos. Es preferible usar tubos o ampollas de aplicación única, que tubos o ampollas de aplicación múltiple. Estos tratamientos no modifican el estado portador de *C. trachomatis* en la nasofaringe y no previenen las infecciones subsecuentes del tracto respiratorio bajo.

El nitrato de plata es un agente profiláctico efectivo para la oftalmia gonocócica pero no previene la oftalmia por *Chlamydia*. Se desconoce la eficacia de la tetraciclina y de la eritromicina en la prevención de la oftalmia por *N. gonorrhoeae* productora de penicilinas. No se recomienda la bacitracina.

PREVENCION DE INFECCIONES MATERNAS Y NEONATALES ESPECIALES VIRUS HERPES SIMPLEX

No se conoce tratamiento alguno efectivo como terapia antiviral de la infección por virus *Herpes simplex* en las pacientes embarazadas. Se hace necesario llevar a cabo estudios bien diseñados para comparar entre sí las estrategias a seguir en la prevención de la infección perinatal por el virus *Herpes simplex*. Como no se conoce el manejo óptimo, se recomienda a los médicos consultar con el Colegio Paramericano de Obstetricia y Ginecología y con la Academia Americana de Pediatría (EE.UU.), que han hecho recomendaciones para la vigilancia y manejo del parto en las mujeres con riesgo de infección por virus de *Herpes simplex*.

CITOMEGALOVIRUS

Han sido fallidos los tratamientos con medicación antiviral en los niños con enfermedad severa por *citomegalovirus* transmitidos congénitamente. No se han hecho intentos para tratar la infección por *citomegalovirus* en las mujeres embarazadas, porque la mayoría de estas infecciones son subclínicas y por lo tanto no reconocibles y porque las drogas antivirales son potencialmente teratogénicas.

El mayor riesgo de infección congénita por *citomegalovirus* se presenta cuando hay infección primaria de la madre. A pesar de que la mayoría de las infecciones primarias maternas por *citomegalovirus* son asintomáticas, algunas pocas pueden presentarse como un síndrome semejante al de la Mononucleosis. Así pues, si una mujer gestante desarrolla síntomas sugestivos de Mononucleosis, debe practicársele una prueba heterófila; si esta es negativa, se descarta la Mononucleosis y entonces, debe hacerse el esfuerzo para confirmar la infección por *citomegalovirus*, por medios serológicos o virológicos. Con tales pruebas sólo pueden ser reconocidos unos pocos casos de infección primaria. El reconocimiento de la infección primaria por *citomegalovirus* en la embarazada permite al médico informar a la paciente acerca del riesgo de continuar con el embarazo.

ENFERMEDAD POR STREPTOCOCCUS DEL GRUPO B

El estado actual de los conocimientos sobre la epidemiología de la enfermedad por Streptococcus del Grupo B no es suficiente como para recomendar el tratamiento rutinario de las mujeres embarazadas o de sus compañeros sexuales, o una profilaxis rutinaria en el recién nacido.

ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMITIDAS Y SU MANEJO EN VICTIMAS DE VIOLACION Y EN NIÑOS SOMETIDOS A ABUSOS SEXUALES

Estas recomendaciones se limitan al manejo de las infecciones sexualmente transmitidas. Claro está que también tienen parte en el manejo integral, los aspectos medicolegales, el posible embarazo y los traumas físicos y psicológicos.

No se tienen datos ciertos para poder estimar el riesgo de que una persona asaltada sexualmente contraiga una Enfermedad Sexualmente Transmitida. Con base en la prevalencia de infecciones en la población general, puede predecirse que las enfermedades más comunes a las cuales se expone este tipo de pacientes son: las infecciones por *Chlamydia*, *N. gonorrhoeae*, *Herpes genital*, *Citomegalovirus* y *Tricomonirosis*. Lógicamente, si el agresor tiene sífilis o hepatitis B, la víctima estará en mayor riesgo de adquirir estas enfermedades.

VIOLACION

El examen inicial de la víctima de una violación debe incluir:

- 1) Cultivo para *N. gonorrhoeae* de todo sitio de infección potencial.
- 2) Si es posible, cultivos para *C. trachomatis* de todo sitio de infección potencial.
- 3) Examen directo para *T. vaginalis* y si es posible cultivo.
- 4) En las mujeres un examen pélvico bimanual.

- 5) Pruebas serológicas para sífilis, y
- 6) Una muestra de suero, que se conserva congelada para pruebas futuras.

Hasta donde se conoce, el riesgo de infección después de una violación se estima bajo. Si se quiere hacer una profilaxis, porque el médico considere que está indicada o por que el paciente lo exija, debe usarse el siguiente esquema:

Tetraciclina: 500 mg, por vía oral, 4 veces al día, durante 7 días.

Doxiciclina: 100 mg, por vía oral, 2 veces al día, durante 7 días.

Los pacientes alérgicos a la tetraciclina y las mujeres embarazadas se tratarán con:

Amoxicilina | *Ampicilina*: Amoxicilina 3.0 g, o ampicilina 3,5 gr. suministradas una con 1,0 gr. de probenecid como una dosis oral simple.

Los pacientes deben ser vistos médicamente a los 7 días para repetirles los estudios mencionados anteriormente, excepción hecha de las pruebas serológicas para sífilis. Es importante practicar una prueba serológica para sífilis 6 semanas después del incidente, en caso de que el asalto haya sido perpetrado por individuos con riesgo de sífilis.

Deben hacerse todos los esfuerzos posibles para establecer si el asaltante estaba infectado con alguna enfermedad de transmisión sexual. Las víctimas recibirán entonces tratamiento por exposición a las Enfermedades Sexualmente Transmitidas documentadas en el asaltante.

ABUSO EN NIÑOS

Cualquier infección sexualmente transmitida que se presente en un niño debe considerarse como evidencia de un abuso sexual, mientras no se pruebe lo contrario. Todo caso de infección sexualmente transmitida que se encuentre en un niño y toda comunicación de abuso sexual hecha por un

niño o por un adolescente deben comunicarse a las autoridades pertinentes para que investiguen el posible abuso sexual.

Los niños de los cuales se ha abusado sexualmente serán mejor manejados por un equipo de profesionales experimentados, que puedan atender sus necesidades físicas y psicológicas.

Se estima que en los niños víctimas de un asalto sexual o de un abuso sexual el riesgo de adquirir una infección sexualmente transmitida es menor que el riesgo en una

víctima adulta. Estos niños deben ser investigados para descartar Enfermedades Sexualmente Transmitidas, tal como se anotó para el manejo de las víctimas de violación pero teniendo especial cuidado en el manejo de los procedimientos clínicos que puedan traumatizar su sensibilidad.

Cuando quiera que se presente enfermedad, está indicado el tratamiento. Sin embargo, el tratamiento profiláctico antes del diagnóstico no está indicado en general, a menos que exista evidencia de infección en el asaltante.