Guía de Práctica Clínica

para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital

Para uso de profesionales de salud. 2013 - Guía No. 16

Centro Nacional de Investigación
en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

© Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias

Guía de Práctica Clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital.
Guía No. 16

ISBN: 978-958-8838-12-0
Bogotá. Colombia
Abril de 2013

Nota legal
Con relación a la propiedad intelectual debe hacerse uso de lo dispuesto en el numeral 13 de la convocatoria 500 del 2009 y la cláusula DECIMO TERCERA -PROPIEDAD INTELECTUAL "En el evento en que se llegaren a generar derechos de propiedad intelectual sobre los resultados que se obtengan o se pudieran obtener en el desarrollo de la presente convocatoria y del contrato de financiamiento resultante de ella, estos serán de COLCIENCIAS y del Ministerio de Salud y Protección Social", de conformidad con el clausulado de los contratos suscritos para este efecto.

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUÍZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
Viceministro de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

JOSÉ LUIS ORTÍZ HOYOS
Jefe de la Oficina de Calidad

CARLOS FOSECA ZÁRATE
Director General

PAULA MARCELA ARIAS PULGARÍN
Subdirectora General

ARLEYS CUESTA SIMANCA
Secretario General

ALICIA RÍOS HURTADO
Directora de Redes de Conocimiento

CARLOS CAICEDO ESCOBAR
Director de Fomento a la Investigación

VIANNEY MOTAVITA GARCÍA
Gestora del Programa de Salud en Ciencia, Tecnología e Innovación

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

HÉCTOR EDUARDO CASTRO JARAMILLO
Director Ejecutivo

AURELIO MEJÍA MEJÍA
Subdirector de Evaluación de Tecnologías en Salud

IVÁN DARÍO FLÓREZ GÓMEZ
Subdirector de Producción de Guías de Práctica Clínica

DIANA ESPERANZA RIVERA RODRÍGUEZ
Subdirectora de Participación y Deliberación

RAQUEL SOFÍA AMAYA ARIAS
Subdirección de Difusión y Comunicación

GRUPO DESARROLLADOR GAI-ITS:

INVESTIGADOR PRINCIPAL – LÍDER DE LA GUÍA

HERNANDO GUILLERMO GAITÁN DUARTE,
Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia yGinecología, Magíster en Epidemiología Clínica, Profesor Titular Departamento de Obstetricia y Ginecología, y del Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Coordinador Editorial Grupo Cochrane de Infecciones de Transmisión Sexual.

EQUIPO DESARROLLADOR

ANDREA ESPERANZA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ,
Médico Cirujano, Especialista en Estadística Aplicada, Magíster en Epidemiología Clínica, Docente Auxiliar de Postgrado-Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional de Colombia, Coordinadora Metodológica de la Guía.

INGRID ARÉVALO RODRÍGUEZ,
Psicóloga, Magíster en Epidemiología Clínica, Universidad Nacional de Colombia, PhD (c) en Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Barcelona.

CARLOS FERNANDO GRILLO ARDILA,
Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Magíster en Epidemiología Clínica, Docente Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Nacional de Colombia, Miembro Comité Editorial Grupo Cochrane de Infecciones de Transmisión Sexual. Monitor de la Guía.

CAROL ZUSSANDY PÁEZ CANRO,
Médico Cirujano, Candidata a Magíster en Epidemiología Clínica, Docente becaria del Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional de Colombia, Monitora de la Guía.

JUAN MANUEL REYES SÁNCHEZ,
Químico Farmacéutico, Candidato a Magíster en Epidemiología Clínica, Docente becario del Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional de Colombia, Monitor de la Guía.

EDITH ANGEL MÜLLER,
Médica Cirujana, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Fellow en Infectología Gineco-obstetrica y Perinatal, Profesora Asociada Departamento de Obstetricia y Ginecología Universidad Nacional de Colombia, Representante de la Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. Miembro Comité Editorial Grupo Cochrane de Infecciones de Transmisión Sexual.

HUGO ENRIQUE LÓPEZ RAMOS,
Médico Cirujano, Especialista en Urología, Candidato a Magíster en Epidemiología Clínica, Miembro de Número de la Sociedad Colombiana de Urología, Representante de la Sociedad Colombiana de Urología en la elaboración de la Guía.

JESÚS SANTIAGO ESTRADA MESA,
Médico Cirujano, Especialista en Microbiología y Parasitología Médica, Director General Laboratorio Clínico Congregación Mariana Fundación Santa María, Medellín-Antioquia. Representante de la Asociación Colombiana de Infectología ACIN.

FRANCISCO ALBERTO FERNÁNDEZ RINCÓN,
Médico Cirujano, Especialista en Computación para la Docencia, Alcaldía Villavicencio, Coordinador de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría Local de Salud, Docente de la Facultad de Medicina, Universidad Cooperativa de Colombia, Experto en Atención Primaria.

IMMY CASTAÑEDA CASTANEDA,
Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Profesor Universidad Militar Nueva Granada, Representante de la Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología.

EDWAR EUGENIO HERNÁNDEZ VARGAS,
Psicólogo, Secretario de la Red Interuniversitaria por la Diversidad de Identidades Sexuales REDDES, Afiliado a la Sociedad Colombiana de Sexología, Experto en Psicología.

NATALIA MARCELA CALDERÓN BENITEZ,
Enfermera Jefe, Magíster en Enfermería, Asesora Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA. Experta en Enfermería.

MIGUEL HERNANDO DÍAZ ORTEGA,
Bacteriólogo y Laboratorista Clínico, Magíster en Epidemiología Clínica, Contratista de la Universidad Nacional de Colombia, Coordinador de búsquedas del Grupo Cochrane de Infecciones de Transmisión Sexual.

CONSTANZA COLLAZOS VIDAL,
Médico Cirujano, Magíster en Epidemiología, Asesora Externa, Subdirección Científica, Sociedad Colombiana de Anestesiología, Especialista en Investigación Cualitativa.

EQUIPO DE DIRECCIÓN

DIRECTOR GENERAL:
RODRIGO PARDO TURRIAGO,
Médico Cirujano, Especialista en Neurología Clínica, Magíster en Epidemiología Clínica, Profesor Asociado, Departamento de Medicina Interna e Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

COORDINADORA ACADÉMICA:
PAOLA ANDREA MOSQUERA MÉNDEZ,
Psicóloga, Especialista en Epidemiología, Magíster en Política Social, Candidata a Doctora en Salud Pública, Investigadora Asociada, Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional de Colombia.

COORDINADOR DE GUÍAS:
EDGAR CORTÉS REYES,
Fisioterapeuta-Economista, Magíster en Epidemiología Clínica, Profesor Asociado, Departamento del Movimiento Corporal Humano e Instituto de Investigaciones Clínicas, Director del Departamento de Movimiento Corporal Humano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

GERENTE ADMINISTRATIVO:
RICARDO LOSADA SAENZ,
Ingeniero Industrial, Magíster en Suficiencia Investigadora y Magíster en Salud Pública, Gerente de la Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología.

ASESORA:
BEATRIZ STELLA JIMÉNEZ CENDALES,
Médico Cirujano, Especialista en Auditoria en Salud- Gerencia de IPS, Magíster en Evaluación Tecnológica Médica Internacional, Investigador, Universidad Nacional de Colombia.

DOCUMENTALISTA:

MIGUEL HERNANDO DÍAZ ORTEGA,

Bacteriólogo y Laboratorista Clínico, Magíster en Epidemiología Clínica, Contratista de la Universidad Nacional de Colombia, Coordinador de búsquedas del Grupo Cochrane de Infecciones de Transmisión Sexual.

EQUIPO DE EVALUACIONES ECONÓMICAS:

LILIANA ALEJANDRA CHICAIZA BECERRA ,

Administradora de Empresas, Especialista en Evaluación Social de Proyectos, Doctora en Economía y Gestión de la Salud, Coordinadora del Doctorado de Ciencias Económicas, Profesora Titular, Universidad Nacional de Colombia, Coordinadora de Evaluaciones Económicas.

JORGE AUGUSTO DÍAZ ROJAS,

Químico Farmacéutico, Especialista en Farmacología, Magíster en Ciencias Económicas, Profesor Asociado del Departamento de Farmacia, Universidad Nacional de Colombia, Coordinador Evaluación Económica de la Guía

JOSE RICARDO URREGO NOVOA,

Químico Farmacéutico, Especialista en Administración-Farmacología, Magíster en Toxicología-Administración, Contratista, Instituto Nacional de Salud, Experto en Evaluaciones Económicas.

MABEL JULIET MORENO VISCAYA,

Economista, Especialista en Estadística, Profesional en Modelamiento de Guías de Práctica Clínica, Universidad Nacional de Colombia, Experta en Evaluaciones Económicas.

VICTOR ALFONSO PRIETO MARTÍNEZ,

Economista, Profesional en Evaluaciones Económicas, Universidad Nacional de Colombia, Experto en Evaluaciones Económicas.

FREDDY RODRÍGUEZ PÁEZ,

Médico Cirujano, Especialista en Evaluación Social de Proyectos, Magíster en Salud Pública, Coordinador Académico de Posgrados en Salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano, Asesor de Costos.

GIANCARLO ROMANO GÓMEZ,

Economista, Profesor Investigador, Universidad Nacional de Colombia, Documentalista.

EQUIPO DE EQUIDAD:

JAVIER HERNANADO ESLAVA SCHMALBACH

Médico Anestesiólogo, UniversidadNacional de Colombia, Magister en Dirección en Universitaria,Universidad de los Andes, Magister en Epidemiología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana, Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

ANA CAROLINA AMAYA ARIAS,

Psicóloga, Especialista en Teorías, métodos y técnicas en investigación social, Candidata a Magister en Epidemiología Clínica, Investigadora Asociada Instituto de Investigaciones Clínicas.Grupo de Equidad en Salud.

ANGELA MARCELA GORDILLO MOTATO,

Nutricionista, Universidad Nacional de Colombia Magíster en Estudios Políticos, Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales IEPRI, Universidad Nacional de Colombia, Investigadora del Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional – OBSAN.

EQUIPO DE COMUNICACIONES:

CARLOS HERNÁN CAICEDO ESCOBAR,
Ingeniero Metalúrgico y Administrador de Empresas, Especialista en Gestión Tecnológica y en Sistemas de Información, Magíster en Investigación, Magíster en Ciencias de la Gestión, Profesor Asociado Facultad de Ingeniería; Director del Instituto de Comunicación y Cultura, Universidad Nacional de Colombia.

VIVIAN MARCELA MOLANO SOTO,
Comunicadora Social-Periodista, Magíster en Estudios Políticos, Asesora del Instituto de Comunicación y Cultura, Universidad Nacional de Colombia.

SILVIA ANGÉLICA PUERTAS CÉSPEDES,
Lingüista, Asistente del Equipo de Comunicaciones, Universidad Nacional de Colombia.

EDNA PAOLA CORDOBA CORTÉS,
profesional en Estudios Literarios, Asistente del Equipo de Comunicaciones. Universidad Nacional de Colombia.

LEIDY JOHANNA CEPEDA SAAVEDRA
Enfermera, Enfermera Jefe, Clínica El Bosque, Profesional en el manejo de comentarios de la página web de la Alianza Cinets

LEONARDO ANDRÉS ANCHIQUE LEAL
Ingeniero de Sistemas, Webmaster, Consultor, Administrador de la página web del Proyecto de Guías de Atención Integral.

JOHN FREDY UMAÑA ECHEVERRI
Diseñador Gráfico, Universidad Nacional de Colombia. Diagramador Guías de Práctica Clínica.

EQUIPO DE COORDINACIÓN DE GUÍA DE PACIENTES

MARISOL MORENO ANGARITA
Fonoaudióloga, Magíster en comunicación, Ph.D en Salud Pública, profesora asociada a la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Asesora en comunicaciones.

LINA PAOLA BONILLA MAHECHA
Fonoaudióloga, Magíster en Comunicación y Medios (c). Experta en comunicaciones.

REPRESENTANTE DE PACIENTES:

JENNY PAOLA BONILLA CORREA,
Enfermera Jefe, Servicio Urgencias-UCI, Clínica Sabana de Occidente, Facatativá, Cundinamarca.

AGRADECIMIENTOS

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Isabel Cristina Idárraga Vásquez,
Consultora Estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y la Sífilis Congénita, Dirección General de salud Pública, Ministerio de Salud y Protección Social.

Johana Castrillón,
Gestión de la Demanda, Ministerio de Salud y Protección Social.

Daniel M. García, Unfpa,
Ministerio de Salud y Protección Social.

Tevia Moreno,
Observatorio de VIH, Ministerio de Salud y Protección Social.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Amparo Sabogal,
Vigilancia y Control en Salud, Grupo ITS, Instituto Nacional de Salud.

Constanza Cuéllar,
Vigilancia y Control en Salud, Grupo ITS, Instituto Nacional de Salud.

Rubén Robayo,
Vigilancia y Control en Salud, Grupo ITS, Instituto Nacional de Salud.

Jeny Carolina Peralta,
Vigilancia y Control en Salud, Grupo ITS, Instituto Nacional de Salud.

Lida Martínez,
Vigilancia y Control en Salud, Grupo ITS, Instituto Nacional de Salud.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - BOGOTÁ

Manuel González,
Médico Cirujano, Magíster en Salud Pública, Grupo Técnico Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría Distrital de Salud.

Blanca Lilia Méndez,
Grupo Técnico Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría Distrital de Salud.

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMPRESAS DE MEDICINA INTEGRAL - ACEMI

Juan Manuel Diaz Granados,
Presidente Ejecutivo ACEMI

ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

Esperanza Morales Correa,
Enfermera Jefe, Presidenta Asociación Nacional de Enfermeras ANEC

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO E INVESTIGACIONES MÉDICAS - IDEIM

Adriana Cruz,
Médica Dermatóloga, Research Fellow en Inmunología. Coordinadora Investigación en Sífilis, Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas IDEIM, Cali-Valle.

OTROS PROFESIONALES

Jorge Eliécer Duque Martinez,
Médico-Cirujano, Magíster en salud Pública. UNICÁNCER

Mercy Yolima Martínez Velásquez,
Médica Cirujana, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Ultrasonido Obstétrico, Clínica de Maternidad SALUDCOOP.

Nidia Patricia Espíndola.
Bibliotecóloga, Coordinadora de Circulación y Préstamo, Biblioteca Pública Virgilio Barco.

ESCUELA DE ESTUDIOS DE GÉNERO – UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Florence Thomas,
Psicóloga, Magister en Psicología Social, Docente e Investigadora de la Escuela de Estudios Género, Universidad Nacional de Colombia

Juan Simbaqueba Vargas,
Psicólogo, Magíster en Salud Pública, Director de la Red Colombiana de Personas Viviendo con VIH.

Juanita María Barreto Gama,
Trabajadora Social, Magister en política Social. Docente e Investigadora de la Escuela de Estudios Género, Universidad Nacional de Colombia.

Martha Clemencia Buriticá Céspedes,
Docente e Investigadora de la Escuela de Estudios de Género, Universidad Nacional de Colombia

ASESORES EXTERNOS:

CARLOS GOMEZ RESTREPO,
Médico Psiquiatra, Magíster en Epidemiologia Clínica. Profesor asociado Departamento de Epidemiologia y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana.

PAUL BROWN,
Economista, Magíster en Economía, Doctor en Economía, Professor, University of California, Merced, School of Social Sciences, Humanities and Arts.

CINDY FARQHUAR,
Médica, Especialista en Gineco-obstetricia, Sub-especialista en Endocrinología Reproductiva e Infertilidad, Universidad de Auckland, Editora Grupo de Desórdenes Menstruales e Infertilidad, Cochrane.

ANNE LETHABY,
Investigadora en Proyectos de Medicina Basada en la Evidencia, New Zealand Guidelines Group, Editora Grupo de Desórdenes Menstruales e Infertilidad, Cochrane.

EVALUACIÓN EXTERNA DE LA GAI:

MARIO TRISTAN
Médico, Epidemiólogo, Director en IHCAI FOUNDATION- COCHRANE CENTRAL AMERICA & CARIBBEAN BRANCH.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS PARTICIPANTES:

Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG).

Sociedad Colombiana de Urología (SCU).

Asociación Colombiana de Infectología (ACIN).

Contenido

16 Objetivos de la GAI.

16 Introducción y justificación de la guía.

19 Metodología.

21 Recomendaciones por tópico.

22 Consideraciones a tener en cuenta en la atención de la (del) paciente que consulta por síntomas de infección del tracto genital.

23 Consideraciones de métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual.

24 Manejo de síndromes específicos.

24 1. Síndrome de infección cervical.

27 2. Síndrome de descarga uretral

28 3. Síndrome de úlcera genital

34 4. Síndrome de flujo vaginal

38 5. Síndrome de inflamación escrotal

40 6. Sindrome de dolor abdominal bajo agudo (enfermedad pélvica inflamatoria)

43 7. Bubón inguinal

46 Plan de seguimiento y evaluación de implementación

48 ¿Qué es una guía de práctica clínica?

49 Niveles de evidencia GRADE.

49 Grados de recomendación GRADE.

50 Fuente de financiación.
50 Derechos de autor.
50 Actualización de la guía.
50 Declaración de independencia editorial.
52 Flujogramas de manejo para cada uno de los síndromes.
52 Flujograma general de manejo de ITS/ITG en mujeres.
56 Flujograma general de manejo de ITS/ITG en hombres.
58 Flujograma síndrome de cervicitis.
60 Flujograma de recurrencia o persistencia en el síndrome de cervicitis.
62 Flujograma síndrome de descarga uretral.
63 Flujograma del síndrome de flujo vaginal.
64 Flujograma de síndrome de úlcera.
66 Flujograma del síndrome inflamación escrotal.
68 Flujograma síndrome de dolor pélvico (EPI).
70 Flujograma del síndrome de bubón inguinal.
72 Bibliografía.

Introducción

OBJETIVOS de la GAI

- Reducir la variabilidad de la práctica en el manejo de las infecciones del tracto genital y de las infecciones de transmisión sexual.
- Brindar a los profesionales de la salud que atienden pacientes con ITG/ITS, la más reciente evidencia respecto a la efectividad y seguridad de las intervenciones para la prevención primaria, secundaria y terciaria de estos pacientes.
- Cortar la cadena de transmisión de las ITS.
- Reducir la carga de la enfermedad asociada a las ITG/ITS en el territorio colombiano.
- Generar un documento al alcance de los pacientes con ITG/ITS, a sus parejas y familias, sin interesar el régimen de aseguramiento al que pertenezcan.
- Generar indicadores de implementación de la guía y su impacto en la salud pública.
- Presentar un plan de implementación de la guía que tome en cuenta el contexto nacional en los diferentes niveles de atención.

Introducción y justificación de la guía

Las ITG son causadas por microorganismos normalmente presentes en el tracto reproductivo o que son introducidos desde el exterior durante el contacto sexual o durante procedimientos médicos, los cuales afectan tanto a mujeres como a hombres(1). Entre las ITG se encuentran las ITS, que corresponden a aquellas infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual. Estas infecciones son causadas por diferentes agentes etiológicos: bacterias como *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis* y protozoarios como *Trichomonas vaginalis*; virus como el Virus Herpes Simple (VHS), el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el Virus del Papiloma Humano (VPH)(2) . Estos microorganismos producen cuadros clínicos específicos que pueden ser agrupados en síndromes tales como síndrome de úlceras, síndrome de flujo vaginal, síndrome de descarga uretral, entre otros(3). Desde el punto de vista epidemiológico, en países en vías de desarrollo, las ITS son una de las principales causas de morbilidad, con consecuencias importantes a nivel sanitario, social y un alto costo para el sistema de salud y para los pacientes(4). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha estimado que cada año ocurren 448 millones de casos nuevos de ITS en adultos de 15 a 49 años a nivel global. Éstas son causadas especialmente por Sífilis, Gonorrea, *Chlamydia y Trichomonas* y no incluye casos de VIH u otras ITS (5). Al tener en cuenta la infección por el VPH, el HSV y el VIH, el número de nuevos casos podría ser tres veces superior. También tienen un importante efecto en términos de pérdida de años de vida saludables así como costos económicos. En Sudáfrica se ha estimado que las ITS producen el 26% de las muertes y más de 5 millones de años de vida ajustados por discapacidad, en especial, por causa del VIH/SIDA(6) .

En Colombia, el informe sobre la situación de las ITS 1976-2000, está casi exclusivamente dedicado a la situación del VIH/SIDA y se informan 406.722 años de vida potencialmente perdidos por muerte (AVPP) entre 1991 y 1998. Por otra parte, se considera que con una prevalencia del 6% de infección por *C. Trachomatis,* se incurrió en costos superiores a US $28 millones y con una incidencia del 1.7% de infección por *N. gonorrhoeae*, se incurrieron en costos cercanos a los US $7 millones para el mismo año(7). La pérdida de años de vida y de años de vida ajustados por discapacidad de las ITS no VIH/SIDA, están relacionadas con la presencia de complicaciones a las que se asocian tales como: Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) (2) , cáncer(8) complicaciones del embarazo como embarazo ectópico, corioamnionitis o infección puerperal y complicaciones en el hombre como epididimitis y prostatitis. También están asociadas a las secuelas que producen entre las cuales se incluyen dolor pélvico crónico e infertilidad(9) . Por otra parte, el mantener el estado de portador, se ha asociado a incremento en la transmisión y la recurrencia de la enfermedad en las comunidades(10).

La disponibilidad de una guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento sindrómico de las ITG, ayudará a los administradores y profesionales de la salud a tener elementos para la toma de decisiones en salud donde se utilicen tecnologías con relevancia clínica y económica en el manejo de las ITS/ITG, con el fin de garantizarles a las pacientes un manejo a través de intervenciones eficaces/efectivas, seguras y con la mejor relación costo-efectividad, mejorando así la calidad en todos los niveles de atención en Salud Sexual y Reproductiva del territorio nacional. En el año 2000 y como parte de la Resolución 412 del Ministerio de Salud, se publicó en Colombia, la *Guía de Atención de Enfermedades de Transmisión Sexual*, la cual propuso un abordaje sindrómico para las personas con síndromes de ITS/ITG(11). Vale la pena anotar que esta guía no ha sido actualizada como sí lo fue la Guía de VIH/SIDA en las guías publicadas por el Ministerio de la Protección Social en el año 2007 y adicionalmente enfrenta los siguientes problemas. El HSV tipo 2 se está convirtiendo rápidamente en la causa más frecuente del síndrome de úlcera genital, lo que podría afectar negativamente el resultado del tratamiento, si no se administra un antiviral adecuado. Por otra parte, ha aumentado la resistencia a los agentes antimicrobianos de varios agentes patógenos transmitidos sexualmente, por lo que en algunos tratamientos de bajo costo se ha reducido la eficacia(12).

En las mujeres, las ITG no transmitidas por vía sexual son aún más comunes, particularmente el caso de la Vaginosis Bacteriana (VB), la cual corresponde al tipo de infección vaginal más común entre mujeres en edad reproductiva y representa la causa más común de síndrome de flujo vaginal(2). Por último, se debe dar la mayor importancia a la identificación de los comportamientos de riesgo en la prevención, detección y manejo de las ITS. En este contexto, las *Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual* de la OMS (2005) recomiendan

identificar los principales factores de riesgo asociados a las ITS en adolescentes de la población local, los cuales deben considerar la situación social, conductual y epidemiológica de la región específica y adaptar consecuentemente la evaluación de riesgo, con el propósito de aumentar la especificidad del manejo del síndrome de flujo vaginal.

Teniendo en cuenta el impacto clínico y económico de las ITS/ITG, las nuevas tecnologías que podrían ser utilizadas en el manejo sindrómico, así como el estado actual de GPC en el tema a nivel nacional, y considerando la necesidad de estandarizar los procesos de atención, reducir la variabilidad en la toma de decisiones concernientes a las intervenciones clínicas, mejorar la calidad de atención y aumentar la equidad en salud de la población con ITS/ITG, se hace prioritario hacer una actualización de la *Guía de Atención de Enfermedades de Transmisión Sexual.*

Metodología

El Grupo Desarrollador de la Guía (GDG) se conformó con expertos temáticos en atención primaria, urólogos, infectólogos, expertos en infecciones de transmisión sexual, ginecólogos, psicólogos, enfermeras, químico farmacéutico, comunicadores y expertos en salud pública y diseño de políticas. Además participaron epidemiólogos clínicos, economistas, estadísticos, expertos en investigación cualitativa y expertos en búsquedas de literatura médica. También se contó con representantes de pacientes quienes aportaron sus opiniones en diferentes fases del desarrollo de la guía. No se vincularon pacientes, dada la naturaleza de las infecciones abordadas en esta guía que a su vez suelen generar incomodidad en el paciente y señalamiento social.

Una vez formuladas las preguntas clínicas, el GDG procedió a realizar una búsqueda sistemática de Guías de Práctica Clínica (GPC) orientada a identificar las GPC nacionales e internacionales disponibles. La búsqueda sistemática de GPC coincidentes con los tópicos incluidos en la GAI se realizó en los siguientes sitios de búsqueda: AHRQ-Clearinghouse, NHS, Guías Salud, Guidelines International Network, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, National Institute for Clinical Excellence, Australian National Health and Medical Research Council, New Zealand Guidelines Group, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, TRIP database, Medline vía PUBMED, LILACS vía BVS (Biblioteca Virtual de la Salud), búsqueda de literatura gris y en páginas de Ministerios de Salud de la región vía Google. Los términos empleados en la búsqueda fueron Sexual* transmit* infection*; Sexual* transmit* disease*; Venereal*; STD*; enfermedades de transmisión sexual con los filtros (Medline) "Practice Guideline"[ptyp] OR practice guideline*[tiab] OR guideline*[ti] OR recommendation*[ti] OR "Practice guidelines as topic"[Mesh].

Luego de evaluar la calidad de las guías obtenidas con los Instrumentos DELBI y AGREE II se decidió adaptar la guía "M*anagement of acute pelvic inflammatory disease" del* Royal College of Obstetricians and Gynaecologist (RCOG), año 2008(13). Para los otros tópicos de la guía se decidió realizar una guía de novo.

Para realizar la adaptación se utilizó la metodología del New Zealand Guidelines Group bajo la cual se tuvieron en cuenta el alcance y aplicabilidad de la guía a adaptar, verificación de preguntas no cubiertas por la guía, verificación de las fuentes de la evidencia, verificación de la calidad de las recomendaciones y se obtuvo el permiso del RCOG para adaptar la guía. Adicionalmente, se realizó una actualización de la búsqueda desde el año anterior a la publicación de la guía (2007) con el fin de verificar si existían GPC, revisiones sistemáticas o ensayos clínicos (ECA) que cambiaran radicalmente las recomendaciones ya presentes en la guía del RCOG. También se realizó otra búsqueda con el fin de dar respuesta a la pregunta no cubierta por la guía a adaptar (pregunta huérfana). Ambas búsquedas fueron hechas en las bases de datos PUBMED, LILACS, COCHRANE,

EMBASE. La calidad de estos artículos fue evaluada por medio de las herramientas AMSTAR (Revisiones sistemáticas y meta-análisis) y SIGN (ECA's, cohortes y estudios de casos y controles). Posteriormente, se construyeron las tablas de evidencia con el software GRADEpro™ versión 3.6. Los niveles de evidencia fueron graduados según la clasificación GRADE.

Para el desarrollo de novo de los otros tópicos de la guía, se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas y meta-análisis en las bases de datos PUBMED, OVID, EMBASE, COCHRANE y LILACS. La calidad de las revisiones sistemáticas obtenidas fue evaluada con el instrumento AMSTAR y se consideró de buena calidad con un puntaje de 7/11 o superior. Para aquellas preguntas en las que no se encontraron revisiones sistemáticas o donde éstas un eran de alta calidad, se realizó una búsqueda de estudios primarios partiendo de ensayos clínicos, seguidos por estudios de cohorte, casos y controles y estudios descriptivos. Para algunos tópicos, principalmente las infecciones de baja prevalencia fue necesario recurrir a recomendaciones de otras GPC pues la evidencia era muy escasa. Se utilizaron las bases de datos PUBMED, OVID, EMBASE, COCHRANE y LILACS y se limitó a los últimos 10 años. Cuando no se encontraron artículos en este periodo de tiempo, fue necesario ampliar este criterio. Una vez obtenidos los artículos en texto completo fueron evaluados por medio de las herramientas SIGN correspondientes según el diseño del estudio. Posteriormente, se elaboraron las tablas de evidencia con ayuda del software GRADEpro Versión 3.6. Los niveles de evidencia fueron graduados según la clasificación GRADE.

Para la elaboración de recomendaciones, se llevaron a cabo consensos informales de expertos. Para elaborar y graduar las recomendaciones se utilizó la metodología GRADE con la cual se tuvieron en cuenta la calidad de la evidencia, el balance riesgo-beneficio, los costos y las preferencias de los pacientes. Las preguntas para las que no se logró generar la recomendación por consenso informal, fueron sometidas a consenso formal de expertos.

Recomendaciones por tópico

Las infecciones del tracto genital se abordarán bajo una aproximación síndromica. Bajo esta aproximación se parte del supuesto de que los diferentes síndromes son causados por grupos de agentes etiológicos específicos(4). Se busca que el paciente reciba un diagnóstico con base en los síntomas que refiere, la valoración del riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS) y los signos que identifica el trabajador de la salud que atiende el caso, para recibir en esa misma consulta el tratamiento orientado a los gérmenes que causan el síndrome que presenta el paciente (Nivel de Evidencia Moderada) (Recomendación: Fuerte a favor). En los casos indicados se dará manejo a la pareja. De ser posible se enviará con el (la) paciente el tratamiento, éste se denomina "tratamiento expedito".

Los síndromes que se acompañan las afecciones del tracto genital, objeto de esta guía, son los siguientes(4):

- Síndrome de infección cervical (mujeres)
- Síndrome de descarga uretral (hombres)
- Síndrome de úlcera genital
- Síndrome de flujo vaginal (mujeres)
- Síndrome de dolor pélvico agudo (mujeres)
- Síndrome de inflamación escrotal (hombres)
- Síndrome de bubón inguinal

Consideraciones a tener en cuenta en la atención de la (del) paciente que consulta por síntomas de infección del tracto genital

Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 1.** La atención debe ser individual en un área privada, en un ambiente totalmente confidencial. Se sugiere utilizar un lenguaje sencillo, neutro sin hacer juicios de valor. La historia clínica deberá averiguar sobre la presencia de síntomas, tales como: lesiones externas, secreción por la uretra, flujo vaginal, mal olor, prurito, secreciones rectales, disuria, dolor abdominal o dolor testicular. Además se averiguará sobre la presencia de factores de riesgo para ITS, por ejemplo: no uso regular de condón, relaciones sexuales casuales, múltiples compañeros sexuales en los últimos seis meses, sexo anal, relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas alucinógenas entre otros. Se continúa con el examen físico en busca de adenopatías (en especial las inguinales), fiebre, dolor abdominal a la palpación o dolor de "rebote". Con el examen pélvico se deberá buscar la presencia de úlceras o lesiones genitales en labios mayores, menores y ano en mujeres o en el pene, escroto y ano en hombres, la presencia de secreción uretral, anal o vaginal. Se deberá colocar un especulo para visualizar el cérvix y allí evaluar la presencia de secreción endocervical o sangrado fácil y examinar las paredes vaginales. Por último en mujeres hacer un tacto vaginal para detectar dolor o masas anexiales. En hombres se deberá examinar el epidídimo y región testicular y realizar un examen rectal en caso de relaciones penetrativas anales. (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 2.** Con base en la historia clínica se hará un diagnóstico síndrómico, se administrará el tratamiento especifico, recordando que puede haber más de un agente etiológico causal y se hará una consejería que deberá incluir orientación sobre el síndrome que presenta, prácticas sexuales seguras y modificación de prácticas inseguras (Nivel de Evidencia Alta).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 3.** Explicar a la (el) paciente la necesidad de tratamiento del compañero sexual cuando este indicado y discutir con ella (el) la vía más adecuada de notificación del compañero y administración del tratamiento (Nivel de Evidencia Alta).

Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 4.** En pacientes en embarazo se hará el manejo sindrómico indicado, sin embargo se remitirá a control prenatal para seguimiento y prevención de complicaciones (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 5.** Se debe notificar al sistema de vigilancia epidemiológica, el síndrome que se manejó. (Nivel Evidencia muy baja).

Consideraciones de métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual

Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 6.** Se realizará una consejería comportamental para todos los adolescentes sexualmente activos. Para los adultos, se recomienda evaluar la presencia de comportamientos sexuales de riesgo cuando la o el paciente acuda a consultar por síntomas de infección del tracto genital, como también durante la consulta de planificación familiar(2, 14). (Nivel de evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 7.** Se recomienda el uso de condones de látex o poliuretano para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual(2, 15). (Nivel de evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte en contra	**RECOMENDACIÓN 8.** No se recomienda el uso de condones de membrana natural para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual(2, 16). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte en contra	**RECOMENDACIÓN 9.** No se recomienda el Nonoxinol - 9 para la prevención de infecciones de transmisión sexual(17). (Nivel de Evidencia Moderada).
Recomendación fuerte en contra	**RECOMENDACIÓN 10.** No se recomienda el uso de espermicidas que contengan Nonoxinol - 9 para prevención de Infecciónes de Transmisión Sexual(2, 17, 18). (Nivel de Evidencia Moderada).
Recomendación fuerte a favor.	**RECOMENDACIÓN 11.** En pacientes con ITS, se deberá dar tratamiento farmacológico a los contactos sexuales con base en los gérmenes que causan los diferentes síndromes(2, 15, 19, 20). (Nivel de Evidencia Baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 12.** Se realizarán estrategias educativas de reducción en la conducta sexual de riesgo como una herramienta útil en alcanzar una reducción en la prevalencia de cualquier tipo de enfermedades de transmisión sexual(21). (Nivel de Evidencia Muy baja).

Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 13.** Se sugiere la educación en la abstinencia como una estrategia efectiva para la reducción en la actividad sexual(21). (Nivel de Evidencia Muy baja).

Manejo de síndromes específicos

Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 14.** Se utilizará una sola dosis para tratar la (el) paciente, la cual será administrada en el centro de atención donde acude, el mismo día de la consulta, para asegurar que el o la paciente reciben el tratamiento indicado de manera oportuna. Cuando este indicado se enviará el tratamiento a la pareja. (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 15.** Se sugiere la implementación de consultas de salud sexual en ambientes idóneos en donde se realicen asesorías similares a las pre y post-test de VIH pero aplicadas a las ITS ya mencionadas. No obstante el diagnóstico y tratamiento se deben iniciar al primer contacto con el caso índice. (Nivel de Evidencia Baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 16.** Se sugiere que el tratamiento expedito se acompañe de un folleto informativo sobre la ITS. (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 17.** En pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual se dará el tratamiento expedito de los contactos sexuales de los últimos 60 días y éste se acompañará de una consulta a estos contactos. (Nivel de Evidencia Muy baja).

1. Síndrome de infección cervical

El síndrome de infección cervical incluye principalmente los siguientes agentes etiológicos: *Chlamydia trachomatis, N gonorrhoeae(2)*. (Nivel de Evidencia Moderada).

Recomendación Fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 18.** En pacientes con al menos uno de los comportamientos sexuales de riesgo, tales como: uso irregular de condón, relaciones sexuales casuales, múltiples compañeros sexuales en los últimos seis meses, sexo anal, relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas alucinógenas, se recomienda realizar una prueba rápida para *C. trachomatis y N. gonnorhoeae*. Esta prueba rápida se realizará en el sitio de la atención en el mismo momento de la atención. Un resultado positivo es indicación de tratamiento para el síndrome de cervicitis(22).

Recomendación Fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 19.** Para el manejo sindrómico de la paciente con infección Cervical se utilizará Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única más Ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única (2,23-28). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 20.** Para el tratamiento de pacientes con sospecha de infección cervical por *Chlamydia trachomatis* se utilizará como primera opción Azitromicina 1 gr vía oral dosis única. En casos de no disponer de Azitromicina o haber contraindicaciones para su uso se utilizará como segunda opción Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días(23-26). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación Fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 21.** Para el tratamiento de pacientes con sospecha de infección cervical por *Neisseria gonorrhoeae* se utilizará como primera opción Ceftriaxona 500 mg IM dosis única. En casos de no disponer de Ceftriaxona o haber contraindicaciones para su uso se utilizará como segunda opción Cefixime 400 mg vía oral dosis única. Por otro lado, en casos de posible sensibilidad cruzada a las penicilinas como tercera opción de tratamiento se recomienda Espectinomicina 2 gramos intramuscular dosis única(2, 27, 28). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte en contra	**RECOMENDACIÓN 22.** No se recomienda el uso de ciprofloxacina 500 mg, vía oral, dosis única en el manejo de pacientes con sospecha de infección por *Neisseria gonorrhoeae* debido a los reportes de resistencia bacteriana(2). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 23.** Se sugiere realizar un control clínico a las 2 semanas de inicio del tratamiento a los (las) pacientes con cervicitis(28, 29). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 24.** Se administrará al compañero o compañera de los pacientes con sospecha infección cervical el tratamiento compuesto por Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única más Cefexime 400 mg vía oral dosis única(30, 31). (Nivel de Evidencia muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 25.** El tratamiento de la pareja será enviado con la paciente como primera opción o administrado en el lugar de consulta de acuerdo a lo que se considere mas adecuado para el caso en particular que se maneja(30, 31). (Nivel de Evidencia Alta).

Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 26.** En pacientes con cervicitis se recomienda el tratamiento expedito de los contactos sexuales de los últimos 60 días y que se acompañe de una consulta a estos contactos(2). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 27.** Se sugiere que el tratamiento expedito se acompañe de un folleto informativo sobre la ITS. (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 28.** Para el manejo sindrómico de pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de síndrome de infección cervical se utilizará Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única más Cefixime 400 mg vía oral dosis única(2, 32-36). (Nivel de Evidencia muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 29.** Para el tratamiento de pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de síndrome de infección cervical por *Chlamydia trachomatis* se utilizará como primera opción Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única. En casos de no disponer de Azitromicina o haber contraindicaciones para su uso se utilizará como segunda opción de tratamiento Amoxicilina 500 mg cada 8 horas vía oral por 7días(32-34). (Nivel de Evidencia baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 30.** Para el tratamiento de pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de síndrome de infección cervical por *Neisseria gonorrhoeae* se utilizará como primera opción Cefixime 400 mg vía oral dosis única. En casos de no disponer de Cefixime o haber contraindicaciones para su uso se utilizará como segunda opción Ceftriaxona 125 mg intramuscular dosis única. En caso de sospecha de alergia a penicilinas se recomienda como tercera opción Espectinomicina 2 gramos intramuscular dosis única(2, 35, 36). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 31.** Para el manejo sindrómico de pacientes con sospecha de Infección cervical persistente o recurrente se utilizará Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12horas por 7 días más Ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única(25, 28). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Punto de buena practica	**RECOMENDACIÓN 32.** Se debe indagar acerca de tratamiento a la pareja, adherencia al tratamiento y las recomendaciones del mismo (relaciones sexuales con uso de condón durante el tratamiento con todas las parejas sexuales, administración del total de las dosis).

Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 33.** Para el tratamiento de pacientes con sospecha del Síndrome de infección cervical persistente o recurrente producido por *Chlamydia trachomatis* se utilizará Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días(25). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 34.** Para el tratamiento de pacientes con sospecha del Síndrome de infección cervical persistente o recurrente producido por *Neisseria gonorrhoeae* como primera opción se utilizará Ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única. En casos de no disponer de Ceftriaxona o haber contraindicaciones o en casos de sensibilidad cruzada a penicilinas para su uso, se utilizará como segunda opción de tratamiento Espectinomicina 2 gramos intramuscular dosis única(28). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Punto de buena practica	**RECOMENDACIÓN 35.** En casos de recurrencia se deberá indagar acerca de tratamiento a la pareja, adherencia al tratamiento y las recomendaciones del mismo (relaciones sexuales con uso de condón durante el tratamiento con todas las parejas sexuales, administracióndel total de las dosis). En casos de segunda recurrencia se deberá tomar hacer cultivo para *N. gonorrhoeae* con determinación del perfil resistencia en laboratorios de salud publica de referencia regional.

2. Síndrome de descarga uretral

El síndrome de descarga uretral incluye principalmente los siguientes agentes etiológicos: *Chlamydia trachomatis, N gonorrhoeae y Trichomonas vaginalis(37)*. (Nivel de Evidencia Muy Baja).

Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 36.** Para el manejo sindrómico de pacientes con sospecha de síndrome de descarga uretral se utilizará Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única más Ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única más Tinidazol 2 gramos vía oral dosis única(23, 38, 39). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 37.** Para el tratamiento de pacientes con sospecha del Síndrome de Descarga uretral producido por *Chlamydia trachomatis* se utilizará de primera opción Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única. En casos de no disponer de Azitromicina o haber contraindicaciones para su uso se utilizará Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días(23, 28, 38, 39). (Nivel de Evidencia Muy baja).

Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 38.** Para el tratamiento de pacientes con sospecha del Síndrome de Descarga uretral producido por *Neisseria gonorrhoeae* se utilizará como primera opción Ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única. En casos de no disponer de Ceftriaxona o haber contraindicaciones para su uso o en caso de riesgo de sensibilidad cruzada a penicilinas, se utilizará Espectinomicina 2 gramos intramuscular dosis única(28). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte en contra	**RECOMENDACIÓN 39.** No se recomienda el uso de ciprofloxacina 500 mg dosis única en el manejo de pacientes con sospecha de infección por *Neisseria gonorrhoeae* debido a los reportes de resistencia bacteriana(2). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor.	**RECOMENDACIÓN 40.** Se sugiere realizar un control clínico a las 2 semanas de inicio del tratamiento a los (las) pacientes con descarga uretral(23, 28). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 41.** Para el tratamiento de la pareja se utilizará Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única más Cefixime 400 mg vía oral dosis única más Tinidazol 2 gramos vía oral dosis única(31). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 42.** El tratamiento de la pareja será enviado con el paciente como primera opción o administrado en el lugar de consulta de acuerdo a lo que se considere más adecuado para el caso en particular que se maneja(30, 31). (Nivel de Evidencia Alta).
Recomendación débil a favor.	**RECOMENDACIÓN 43.** En pacientes con descarga uretral se recomienda el tratamiento expedito de los contactos sexuales de los últimos 60 días y se programe una consulta para que los contactos sexuales reciban asesoría sobre las ITS(2). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Punto de buena practica	**RECOMENDACIÓN 44.** Individualizar el manejo según orientación sexual del paciente y rol dentro de las relaciones sexuales. Estas recomendaciones se fundamentan a partir de la evidencia indirecta de la efectividad del tratamiento de la pareja con infecciomes cervicales por *C. trachomatis y N. gonorrhoeae.*

3. Síndrome de úlcera genital

El síndrome ulcera genital incluye principalmente los siguientes agentes etiológicos: *Treponema pallidum, Virus Herpes simple, Haemophylus ducreyi, Chlamydia trachomatis,* (LGV serovars 1,2,3)(4, 14). (Nivel de Evidencia Muy Baja).

Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 45.** Para el manejo sindrómico de la úlcera genital se utilizará(2, 40-59) Penicilina G Benzatinica 2.400.000 UI dosis única intramuscular para el tratamiento de la sífilis, más azitromicina 1gr vía oral dosis única (cubrimiento de *H. ducreyi*). Solo en casos de alergia documentada a la penicilina se utilizará Doxiciclina 100 mg vía oral dos veces al día por 14 días. Sumado al anterior, uno de los siguientes: • Cuando se sospeche de infección por Virus del Herpes Simple adicionar Aciclovir 200 mg vía oral 5 veces al día por 6 días. • Cuando se sospeche infección por linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal se adicionará Azitromicina 1 gramo vía oral una vez a la semana por 3 semanas o doxiciclina 100 mg vía oral, 2 veces al día por 21 días. (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 46.** No se recomienda prueba de alergia a la penicilina de rutina; deberá realizarse una historia clínica detallada con énfasis en antecedentes de reacciones alérgicas sistémicas (Tipo I) como edema angioneurótico, reacción alérgica generalizada o dificultad respiratoria, entre otras. En caso de existir éstos antecedentes o dudas sobre posibles reacciones sistemicas a la administración de penicilina no se deberá administrar éste medicamento (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 47.** En pacientes con sospecha de infección por *Treponema pallidum* en cuidado primario se utilizará como tratamiento de elección la Penicilina G Benzatínica (2'400.000 UI) Intramuscular, dosis única(2, 40-44). (Nivel de Evidencia Baja).
Recomendación débil en contra	**RECOMENDACIÓN 48.** No se sugiere el uso de Azitromicina 2 gramos oral dosis única para tratamiento de sífilis primaria, dados los reportes de resistencia bacteriana(2). (Nivel de Evidencia muy baja).
Recomendación débil en contra	**RECOMENDACIÓN 49.** No se sugiere el uso de Ceftriaxona 3 gramos IM dosis única o de 2 gramos IM dosis diaria por dos días o de 2 gramos IM dosis diaria por cinco días para el tratamiento de sífilis primaria(44). (Nivel de Evidencia Baja).
Recomendación débil en contra	**RECOMENDACIÓN 50.** No se recomienda el uso de pruebas rápidas (point-to-care test) para el diagnóstico de la infección por sífilis primaria en pacientes con úlceras genitales(43). (Nivel de Evidencia Baja).

Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 51.** En pacientes con posible infección por *Treponema pallidum* y sospecha de alergia a la penicilina se tendrá como segunda opción Doxiciclina 100 mg vía oral dos veces al día por 14 días(60). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Punto de buena practica	**RECOMENDACIÓN 52.** No se recomienda prueba de alergia a la penicilina de rutina; deberá realizarse una historia clínica con énfasis en antecedentes de reacciones alérgicas sistémicas (Tipo I) como edema angioneurótico, reacción alérgica generalizada o dificultad respiratoria, entre otras.
Punto de buena practica	**RECOMENDACIÓN 53.** En caso de dudas relacionadas con posibles reacciones alérgicas sistémicas a la penicilina se recomienda administrar el régimen alternativo sugerido o realizar desensibilización por vía oral del paciente evaluado.
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 54.** Para el tratamiento de pacientes con sospecha de infección por *Haemophylus ducreyi* se utilizará como primera opción Azitromicina 1 gramo oral dosis única. En caso de no disponer de Azitromicina o haber contraindicaciones para su uso se utilizará como segunda opción la Ceftriaxona 250 mg intramuscular en dosis única En caso de no disponer de Ceftriaxona o presentar alguna contraindicación se utilizará como tercera opción de manejo Eritromicina 500 mg vía oral 3 veces al día por 7 días(45-47). (Nivel de Evidencia Moderada).
Recomendación fuerte en contra	**RECOMENDACIÓN 55.** No se recomienda el uso de Ciprofloxacina 500 mg dosis única en el manejo de pacientes con sospecha de infección de *Haemophylus ducreyi* debido a los reportes de resistencia bacteriana(2). (Nivel de Evidencia muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 56.** Para el tratamiento de pacientes con sospecha de linfogranuloma venéreo se utilizará como primera opción Azitromicina 1 gramo vía oral una vez a la semana por 3 semanas(48-51). (Nivel de Evidencia Moderada).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 57.** Para el tratamiento de pacientes con sospecha de linfogranuloma venéreo y no disponer de Azitromicina o haber contraindicaciones para su uso se utilizará Doxiciclina 100 mg 2 veces al día vía oral por 21 días(50, 51). (Nivel de Evidencia Baja).

Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 58.** Para el tratamiento de pacientes con sospecha de granuloma inguinal se utilizará como primera opción el uso de Azitromicina 1 gramo vía oral por semana durante 3 semanas o hasta la curación completa de las lesiones. En caso de no disponer de Azitromicina o haber contraindicaciones para su uso se utilizará Doxiciclina 100 mg vía oral 2 veces al día durante 3 semanas o hasta la curación completa de las lesiones(2, 52-54). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 59.** Para el tratamiento de pacientes con sospecha de primer episodio de infección genital por herpes simple tipo 1 o 2 se utilizará como primera opción Aciclovir 200 mg vía oral 5 veces al día por seis días(55-58). (Nivel de Evidencia Moderada).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 60.** Para el tratamiento de pacientes con sospecha de primer episodio de infección genital por herpes simple tipo 1 o 2 y no disponer de Aciclovir se utilizará como segunda opción Valaciclovir 1 gramo vía oral 2 veces al día por 7 a 10 días(58). (Nivel de Evidencia Alta).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 61.** En pacientes con episodio recurrente agudo de herpes genital se utilizará Aciclovir 200 mg 5 veces al día por 6 días(59). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 62.** En pacientes con episodio recurrente agudo de herpes genital y no disponer Aciclovir o haber contraindicaciones de su uso se utilizará Valaciclovir 500 mg 2 veces al día por tres días(59). (Nivel de Evidencia Moderada).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 63.** En pacientes en los que se sospeche herpes genital recurrente definido como al menos 6 episodios de herpes por año se utilizará con tratamiento profilactico Aciclovir 400 mg via oral 2 veces al día por 1 año(2, 59). (Nivel de Evidencia Alta).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 64.** En casos de no disponer de Aciclovir se utilizará como segunda opción Valaciclovir 500 mg vía oral dos veces al día hasta por un año(2, 59). (Nivel de Evidencia Alta).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 65.** Realizar un control clínico a las 2 semanas de inicio del tratamiento a los (las) pacientes con síndrome de úlcera(2, 14). (Nivel de Evidencia Muy baja).

Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 66.** La(s) pareja(s) de la o el paciente con diagnostico sindrómico de úlcera genital deben ser tratados(2, 14, 20, 61). En pacientes con síndrome de úlcera genital se recomienda el tratamiento expedito de los contactos sexuales de los últimos 90 días con el esquema recomendado para el paciente índice. Esto es Penicilina G Benzatinica 2.400.000 UI dosis única para el tratamiento de la sífilis más azitromicina 1gr vía oral dosis única (cubrimiento de *H. ducreyi*). Solo en casos de alergia documentada a la penicilina se utilizará Doxiciclina 100 mg vía oral dos veces al día por 14 días(2, 40-59). Sumado al anterior, en pareja con lesión sospechosa de infección por Virus del Herpes Simple, se administrará Aciclovir 200 mg vía oral 5 veces al día por 6 días(55-58). (Nivel de Evidencia Muy baja)
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 67.** Se recomienda una consulta en la que los contactos sexuales reciban asesoría y tratamiento sobre la ITS (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 68.** Se sugiere la implementación de consultas de salud sexual en ambientes idóneos en donde se realicen asesorías similares a las pre y post-test de VIH pero aplicadas a las ITS ya mencionadas. No obstante el diagnóstico y tratamiento se deben iniciar al primer contacto con el caso índice. (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 69.** Para el manejo sindrómico de la úlcera genital en pacientes embarazadas o en lactancia, se utilizará (2, 14, 45, 46, 48, 52-58, 62, 63) Penicilina G Benzatínica 2.400.000 UI dosis única intramuscular para el tratamiento de la sífilis más Azitromicina 1gr vía oral dosis única (cubrimiento de *H. ducreyi*). En casos de alergia documentada a la Penicilina se administrará el mismo medicamento previa desensibilización. Sumado a lo anterior se agregará uno de los siguientes: • Cuando se sospeche de infección por Virus del Herpes Simple adicionar Aciclovir 200 mg vía oral 5 veces al día por 6 días.

Recomendación fuerte a favor	• Cuando se sospeche linfogranuloma venéreo, adicionar Azitromicina 1 gramo vía oral por semana durante 3 semanas o hasta la curación de las lesiones. • Cuando se sospeche granuloma inguinal se adicionará Eritromicina base 500 mg vía oral 4 veces al día por al menos 3 semanas o hasta la curación completa de las lesiones (no administrar estolato de eritromicina en embarazadas). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Punto de buena practica	**RECOMENDACIÓN 70.** Se sugiere el manejo sindrómico de la paciente gestante o en lactancia con úlceras genitales junto con la oportuna remisión para la realización de pruebas confirmatorias de la etiología de la infección.
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 71.** En pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de sífilis primaria se recomienda el uso de Penicilina Benzatínica 2.400.000 UI intramuscular, dosis única(62, 63). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 72.** Para el tratamiento de pacientes gestantes o en lactancia con diagnóstico confirmado de sífilis primaria e historia de alergia a la penicilina, se utilizará penicilina Benzatínica 2.400.000 UI intramuscular, dosis única, previa desensibilización(2, 14). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 73.** Para el tratamiento en pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de infección por *Haemophylus ducreyi* se utilizará Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única(45, 46). (Nivel de Evidencia Baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 74.** Para el tratamiento en pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de infección por *Haemophylus ducreyi* y no disponer de Azitromicina o haber contraindicaciones para su uso, se utilizará como segunda opción de tratamiento Ceftriaxona 250 mg intramuscular dosis única. En caso de no disponer Ceftriaxona se utilizará como tercera opción Eritromicina base 500 mg oral 4 veces al día por 21 días (no administrar estolato de eritromicina en embarazadas) (45, 46). (Nivel de Evidencia Baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 75.** Para el tratamiento en pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de infección de linfogranuloma venéreo se utilizará como primera opción Azitromicina 1 gramo vía oral una vez a la semana por 3 semanas o hasta la curación completa de las lesiones(48). (Nivel de Evidencia Muy baja).

Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 76.** Para el tratamiento en pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de infección de linfogranuloma venéreo y de no disponer de Azitromicina o haber contraindicaciones para su uso, se utilizará Eritromicina base 500 mg vía oral 4 veces al día por 21 días (no administrar estolato de eritromicina en embarazadas)(14). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 77.** Para el tratamiento en pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de infección genital por granuloma inguinal se utilizará como primera opción Eritromicina base 500 mg vía oral 4 veces al día por al menos 3 semanas o hasta la curación completa de las lesiones (no administrar estolato de eritromicina en embarazadas) (2, 52-54). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 78.** Para el tratamiento de pacientes embarazadas o en lactancia con primer episodio o recurrente de infección genital por herpes simple tipo 1 o 2 se utilizará como primera opción Aciclovir 200 mg vía oral 5 veces al día por 6 días(55-58). (Nivel de Evidencia Moderada).

4. Síndrome de flujo vaginal

El síndrome de flujo vaginal incluye principalmente las infecciones por: Vaginosis bacteriana, infección por *Candida albicans* e infección por *Trichomonas vaginalis* (2, 14, 64). (Nivel de Evidencia Moderada).

En pacientes con factores de alto riesgo para ITS también podrían ser agentes causales *C. trachomatis y N. gonorroheae*(4). (Nivel de Evidencia Moderada).

Recomendación fuerte a favor.	**RECOMENDACIÓN 79.** Para el manejo sindrómico de la paciente con flujo vaginal se utilizará tinidazol 2.0 gramos vía oral dosis única. Si se sospecha infección concomitante de *Candida albicans* sea adicionará Fluconazol 150 mg vía oral dosis única(65-70). (Nivel de Evidencia Moderada).
Recomendación de equidad Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 80.** Se sugiere el manejo con dosis única (tinidazol 2 gr + fluconazol 150 mg) para el tratamiento del flujo vaginal en mujeres en situación de desventaja (condiciones de pobreza, trabajadoras sexuales, etc.) (71).

Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 81.** Para el tratamiento de pacientes con síndrome de flujo vaginal asociado a vaginosis bacteriana se utilizará como primera opción el uso de Tinidazol 2.0 gr dosis única vía oral. En caso de no disponer de Tinidazol se utilizará como segundo opción Secnidazol 2 gr dosis única vía oral. En caso de contraindicación a los imidazoles o no disponibilidad de Secnidazol como tercera opción se utilizará Clindamicina crema vaginal al 2%, 5gr intravaginal, una vez al día por siete días(65-68). (Nivel de Evidencia Moderada).
Punto de buena practica	**RECOMENDACIÓN 82.** Los pacientes deben ser aconsejados de evitar el consumo de alcohol durante el tratamiento con Metronidazol o Tinidazol. La abstinencia debe ser hasta 24 horas posterior a terminar la terapia con Metronidazol y hasta 72 horas con el Tinidazol.
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 83.** Para el tratamiento de pacientes con síndrome de flujo vaginal asociado a *Trichomonas vaginalis* se utilizará como primera opción Tinidazol 2 gramos vía oral dosis única. Si no hay disponibilidad de Tinidazol, se utilizará como segunda opción Metronidazol 2gr via oral dosis única(67, 69). (Nivel de Evidencia Baja).
Punto de buena practica	**RECOMENDACIÓN 84.** Los pacientes deben ser aconsejados de evitar el consumo de alcohol durante el tratamiento con Metronidazol o Tinidazol. La abstinencia debe ser hasta 24 horas posterior a terminar la terapia con Metronidazol y hasta 72 horas con el Tinidazol.
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 85.** Para el tratamiento de pacientes con síndrome de flujo vaginal en que se sospeche como agente causal *Candida albicans* se utilizará como primera opción Fluconazol 150 mg vía oral dosis única. En casos de no disponer de Fluconazol o se encuentre contraindicado se utilizará como segunda opción Clotrimazol 500 mg vía vaginal dosis única(67, 70). (Nivel de Evidencia Baja).
Punto de buena practica	**RECOMENDACIÓN 86.** El fluconazol aumenta significativamente los valores plasmáticos de fenilhidantoína, astemizol, antagonista de los canales de calcio, cisaprida, hipoglicemiantes orales, rifampicina, zidovudina, rifabutina, ciclosporina, sulfonilureas y warfarina. Modifica poco el metabolismo de la teofilina, la terfenadina y de los anticonceptivos orales. Los sujetos que reciben más de 400mg al día o los hiperazoémicos pueden presentar interacciones medicamentosas poco frecuentes.

Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 87.** Para el manejo sindrómico de la paciente embarazada o en lactancia con flujo vaginal se utilizará Metronidazol 500mg vo cada 12 horas por 7 días. Si se sospecha infección concomitante de *Candida albicans* se añadirá Clotrimazol 100 mg una tableta vaginal por día durante 7 días(2, 37, 72-75). (Nivel de Evidencia Moderada).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 88.** Para el tratamiento en pacientes embarazadas o en lactancia con sospecha de vaginosis bacteriana se utilizará como primera opción Metronidazol 500 mg cada 12 horas vía oral por 7 días. En caso de no disponer de Metronidazol o se encontrará contraindicado se utilizará como segunda opción Clindamicina 300 mg cada 12 horas vía oral por 7 días(37, 72). (Nivel de Evidencia Moderada).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 89.** Para el tratamiento en pacientes en embarazo o en lactancia con Síndrome de flujo vaginal asociado a *Trichomonas vaginalis* se utilizará como primera opción Metronidazol 2 gramos vía oral dosis única(73, 74). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 90.** Para el tratamiento en pacientes en embarazo o en lactancia con Síndrome de flujo vaginal asociado a *Trichomonas vaginalis* y no disponer de Metronidazol o se encontrara contraindicada, se utilizará como segunda opción Tinidazol 2 gramos vía oral dosis única(2). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Punto de buena practica	**RECOMENDACIÓN 91.** En las mujeres en lactancia, se debe aconsejar suspender temporalmente la lactancia durante el tratamiento con Metronidazol hasta 24 horas posterior a la última dosis para reducir al exposición del infante; si se utiliza Tinidazol, la interrupción de la lactancia se recomienda durante el tratamiento hasta 3 días posterior a la última dosis.
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 92.** Para el tratamiento en pacientes en embarazo o en lactancia con sospecha de candidiasis vaginal se utilizará como primera opción Clotrimazol tableta vaginal de 100 mg por 7 días. En caso de no disponer de Clotrimazol o se encontrará contraindicado, se utilizará como segunda opción Terconazol 0.4% crema 5 gramos intravaginal por 7 días(75). (Nivel de Evidencia Baja).

Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 93.** Para el tratamiento del compañero sexual de la paciente con sospecha de infección por *Trichomonas vaginalis* se utilizará el tratamiento simultáneo con Tinidazol 2 gramos vía oral dosis única. En casos de no disponer de Tinidazol se utilizará como segunda opción el tratamiento simultáneo con Metronidazol 2 gramos vía oral dosis única(76). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte en contra	**RECOMENDACIÓN 94.** No se recomienda el tratamiento del compañero sexual de la paciente con candidiasis vaginal(77). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte en contra	**RECOMENDACIÓN 95.** No se recomienda el tratamiento del compañero sexual de la paciente con vaginosis bacteriana(2). (Nivel de Evidencia Baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 96.** En pacientes con flujo vaginal por *Trichomonas vaginalis* se recomienda el tratamiento expedito de los contactos sexuales de los últimos 60 días y se programe una consulta para que los contactos sexuales reciban asesoría sobre las ITS. El tratamiento será enviado con la paciente como primera opción o administrado en el lugar de consulta de acuerdo a lo que se considere mas adecuado para el caso en particular que se maneja(20). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor.	**RECOMENDACIÓN 97.** Los tratamientos expeditos deben ir acompañados de un folleto con información acerca de administración del medicamento, posibles efectos adversos e información general acerca de la ITS para la cual está siendo tratada(0). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Punto de buena practica	**RECOMENDACIÓN 98.** Se recomienda a la pareja asistir a la consulta de consejería contra las enfermedades de transmisión sexual.
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 99.** Para profilaxis de Vaginosis bacteriana recurrente o persistente se utilizará Metronidazol óvulos vaginales 2 veces por semana por 4 meses(78). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 100.** Para el tratamiento de Candidiasis vaginal recurrente o persistente se utilizará Clotrimazol crema 1 gramo una vez al mes por 6 meses(77). (Nivel de Evidencia Baja).

Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 101.** En caso de no disponer de Clotrimazol o estuviera contraindicado se utilizará como segunda opción el uso de Fluconazol 150 mg vía oral semanal por 6 meses como terapia profiláctica(77). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Punto de buena practica	**RECOMENDACIÓN 102.** La candidiasis vulvovaginal recurrente se define como la presencia de cuatro o más episodios sintomáticos en el año y constituye una entidad poco frecuente. Las mujeres con candidiasis vaginal recurrente deben ser estudiadas para descartar condiciones subyacentes (Diabetes Mellitus Tipo 2, VIH etc.). Se deben obtener cultivos de las pacientes con candidiasis vaginal recurrente para confirmar el diagnóstico clínico e identificar especies inusuales incluyendo particularmente *Candida glabrata* y otras especies de Candida no albicans que se pueden observar hasta en el 20% de las pacientes con candidiasis vulvovaginal recurrente y para las cuales la terapia referida suele no ser efectiva.
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 103.** Instruir a las pacientes con flujo vaginal asociado a *Trichomonas vaginalis* de regresar a una visita de seguimiento si los síntomas persisten(79, 80). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 104.** Instruir a las pacientes con infección flujo vaginal asociado a *Candida albicans* de regresar a una visita de seguimiento si los síntomas persisten o de presentar un episodio de recurrencia en los 2 primeros meses posteriores al inicio de los síntomas(14, 81). (Nivel de evidencia Muy baja).

5. Síndrome de inflamación escrotal

El síndrome de inflamación escrotal incluye principalmente las infecciones por: *N. gonorrhoeae, C. trachomatis* y enterobacterias. (Nivel de Evidencia Muy Baja).

Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 105.** Para el manejo del Síndrome inflamación escrotal se utilizará Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 10 días más Ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única. En pacientes mayores 40 años o que practiquen relaciones sexuales penetrativas anales en rol activo adicionar al tratamiento Levofloxacina 500 mg cada 24 horas por 10 días(2, 14, 28, 82). (Nivel de Evidencia Muy baja).

Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 106.** Para el tratamiento del síndrome inflamación escrotal producido por *Chlamydia trachomatis* se utilizará Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 10 días(2, 14). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 107.** Para el tratamiento del síndrome inflamación escrotal producido por *Neisseria gonorrhoeae* se utilizará como primera opción Ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única. En caso de no disponer de Ceftriaxona se utilizará como segunda opción Cefixime 400 mg vía oral dosis única(28). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 108.** Para el tratamiento del síndrome de inflamación escrotal producido por gérmenes entéricos se utilizará Levofloxacina 500 mg cada 24 horas por 10 días(2, 14, 82). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 109.** Se recomienda realizar un control clínico a las 2 semanas de inicio del tratamiento a los pacientes con síndrome de inflamación escrotal(23, 28, 29). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 110.** En pacientes con Síndrome de inflamación escrotal se utilizará el tratamiento expedito de los contactos sexuales de los últimos 60 días, tratamiento compuesto por Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única más Cefixime 400 mg vía oral dosis única. En hombres que tienen sexo con hombres se adicionará al tratamiento Levofloxacino 500 mg una vez al día por 10 días(2, 14, 28, 30, 31, 82). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 111.** Se recomienda que el tratamiento expedito se acompañe de un folleto informativo sobre la ITS. La(s) pareja(s) del paciente con diagnóstico sindrómico de inflamación escrotal debe(n) se tratada(s). (Nivel de Evidencia Muy baja) .
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 112.** Se sugiere la implementación de consultas de salud sexual en ambientes idóneos en donde se realicen asesorías similares a las pre y post-test de VIH pero aplicadas a las ITS ya mencionadas. No obstante el diagnóstico y tratamiento se deben iniciar al primer contacto con el caso índice.

6. Sindrome de dolor abdominal bajo agudo (enfermedad pélvica inflamatoria)

El síndrome de dolor abdominal bajo agudo, incluye principalmente las infecciones por: *N. gonorrhoeae, C. trachomatis*, bacterias gramnegativas, anaerobios y *G. vaginalis*(2, 4). (Nivel de Evidencia Muy Baja).

Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 113.** El diagnóstico de la enfermedad pélvica inflamatoria se hará con un umbral de sospecha bajo, con el objetivo de iniciar el tratamiento lo mas temprano posible y reducir el riesgo de secuelas(13). (Nivel de Evidencia Baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 114.** El diagnóstico de EPI se hará ante la presencia de dolor abdominal bajo o dolor a la palpación de los anexos o dolor a la movilización del cérvix y al menos uno de los siguientes criterios: secreción endocervical purulenta, flujo vaginal o dolor abdominal de rebote, temperatura corporal mayor o igual a 38° C. En caso de disponer de hemograma se podrá tener como criterio un recuento leucocitario mayor a 10500 o conteo de neutrófilos mayor a 80%(83-86). (Nivel de Evidencia Baja).
Recomendación débil en contra	**RECOMENDACIÓN 115.** No se recomienda el uso rutinario de laparoscopia, ultrasonido vaginal, la tomografía computarizada o la Resonancia nuclear magnética en el diagnostico de la EPI(83, 84, 87-93). (Nivel de Evidencia Baja).
Recomendación fuerte a favor.	**RECOMENDACIÓN 116.** Se recomienda dar tratamiento empírico de la EPI ante la presencia de mínimos signos y/o síntomas sugestivos de EPI, lo más pronto posible, debido a la falta de criterios diagnósticos clínicos definitivos y a las potenciales consecuencias de no tratarla. En casos severos se recomienda remitir para manejo hospitalario y para la realización de pruebas diagnósticas adicionales(94-96). (Nivel de Evidencia Moderada).
Punto de buena practica	**RECOMENDACIÓN 117.** Se debe obtener información sobre el tratamiento farmacológico actual.
Punto de buena practica	**RECOMENDACIÓN 118.** Se deben tener en cuenta las interacciones entre tratamientos antibióticos y anticonceptivos hormonales u otros medicamentos, en el manejo de la EPI.

Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 119.** El tratamiento antibiótico ambulatorio debe basarse en el siguiente esquema: Ceftriaxona intramuscular de 500 mg dosis única, más Azitromicina 1g vía oral por semana durante dos semanas más Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas durante 14 días(97-102). (Nivel de Evidencia Moderada).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 120.** En caso de alergia a las cefalosporinas o no poderse asegurar la administración o adherencia al anterior tratamiento se recomienda manejo intrahospitalario(2, 102). (Nivel de Evidencia Moderada).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 121.** A las pacientes con EPI se les debe brindar una explicación detallada sobre su condición, haciendo especial énfasis en las implicaciones a largo plazo para su salud y para la salud de sus contactos sexuales. Esto debería ser reforzado con información escrita clara y precisa para la paciente y sus contactos(13). (Nivel de Evidencia Muy Baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 122.** El tratamiento hospitalario debe basarse en terapia endovenosa que debe ser continuada hasta 24 horas después de que la paciente experimente mejoría clínica. Posteriormente se continuará con terapia oral(13). (Nivel de Evidencia Moderada).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 123.** Para el manejo intrahospitalario de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria se utilizará como primera opción Clindamicina 600 mg Intravenosa cada 6 horas más Gentamicina intravenosa con una dosis de carga de 2mg/Kg peso seguido de una única dosis diaria de 7mg/Kg peso. Posteriormente continuar con Clindamicina 300 mg vía oral cada 6 horas hasta completar 14 días(100, 103). (Nivel de Evidencia Moderada).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 124.** En caso de no disponer Clindamicina o Gentamicina se utilizará segunda opción Ceftriaxona 2g/día por infusión intravenosa, seguido de doxiciclina oral 100 mg dos veces al día más Metronidazol por vía oral 500 mg dos veces al día por 14 días(2, 97, 98, 100, 103). (Nivel de Evidencia Moderada).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 125.** Si se utiliza Gentamicina parenteral, debe ser monitorizada la función renal(13). (Nivel de Evidencia Moderada).
Recomendación fuerte en contra	**RECOMENDACIÓN 126.** No se recomienda administrar la Gentamicina en más de una dosis diaria por mayor riesgo de nefrotoxicidad(13). (Nivel de Evidencia Baja).

Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 127.** Tener un bajo umbral diagnóstico y terapéutico en mujeres con EPI menores de 25 años debido a la alta incidencia de enfermedades en este grupo etario y al potencial impacto sobre la fertilidad futura(13). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 128.** Retirar el dispositivo intrauterino (DIU) en mujeres que presentan EPI, si los síntomas no se resuelven en 72 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico(104, 105). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 129.** En caso de ser necesario el retiro del DIU se debe explicar a la paciente la razón del procedimiento y debe ser ofrecida anticoncepción de emergencia y de rutina. (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 130.** Se realizará tratamiento quirúrgico cuando se trate de casos severos o cuando haya evidencia de la presencia de absceso pélvico(106, 107). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Punto de buena practica	**RECOMENDACIÓN 131.** Al realizar el drenaje de un absceso se debe considerar la posibilidad de que éste pueda tener origen en el apéndice o en el colon.
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 132.** Los contactos sexuales de la paciente con EPI deben ser contactados. Se les debe ofrecer tratamiento sindrómico que cubra *N. gonorrhoeae y C. trachomatis*(108, 109). Para el tratamiento de la pareja de la paciente con Enfermedad Pélvica Inflamatoria se utilizará Azitromicina 1gr vía oral dosis única más Cefixime 400mg vía oral dosis única(13). (Nivel de Evidencia Baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 133.** Se sugiere que el tratamiento expedito se acompañe de un folleto informativo sobre la ITS. (Nivel de Evidencia Muy Baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 134.** Se sugiere que el tratamiento expedito se acompañe de una consulta en la que los contactos sexuales reciban asesoría sobre las ITS(13). (Nivel de Evidencia Muy Baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 135.** Se recomienda en la paciente con tratamiento ambulatorio para EPI, hacer un control a las 72 horas de iniciado el tratamiento antibiótico(2, 4, 14, 110). (Nivel de Evidencia Muy baja).

7. Bubón inguinal

El síndrome de bubón inguinal, incluye principalmente las infecciones por: *C. trachomatis y H. ducreyi (2, 4, 14).* (Nivel de Evidencia Muy Baja).

Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 136.** Para el Manejo Sindrómico de pacientes con sospecha de Bubón Inguinal se utilizará Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 21 días más Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única(2, 14). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 137.** Para el tratamiento de pacientes con sospecha del síndrome de bubón inguinal producido por linfogranuloma venéreo se utilizará como primera opción Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 21 días. En caso de no disponer de Doxiciclina o encontrarse contraindicado se utilizará como segunda opción Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 21 días. Si no dispone de Eritromicina se utilizará como tercera opción Azitromicina 1 gramo vía oral una vez a la semana por 3 semanas(2, 14). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 138.** Para el tratamiento de pacientes con sospecha del síndrome de bubón inguinal producido por chancroide se utilizará como primera opción Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única. En caso de no disponer de Azitromicina o encontrarse contraindicado se utilizará Ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única(2, 14). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 139.** Se recomienda realizar un control clínico a las 2 semanas de inicio del tratamiento a los (las) pacientes con síndrome de bubón inguinal l(23, 28, 29). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 140.** En pacientes síndrome de bubón inguinal se recomienda el tratamiento expedito de los contactos sexuales de los últimos 60 días, tratamiento compuesto por Azitromicina 1 gramo vía oral una vez a la semana por 3 semanas(30, 31). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 141.** El tratamiento expedito deberá estar acompañado de un folleto informativo sobre la ITS. La(s) pareja(s) de la o el paciente con diagnostico sindrómico de bubón inguinal deben ser tratados(2, 4). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 142.** Se recomienda la programación de una consulta para que los contactos sexuales reciban asesoría sobre las ITS. (Nivel de Evidencia Alta).

Recomendación débil a favor.	**RECOMENDACIÓN 143.** Se sugiere la implementación de consultas de salud sexual en ambientes idóneos en donde se realicen asesorías similares a las pre y post-test de VIH pero aplicadas a las ITS ya mencionadas. No obstante el diagnóstico y tratamiento se deben iniciar al primer contacto con el caso índice. (Nivel de Evidencia Muy baja).
Punto de buena practica	**RECOMENDACIÓN 144.** Individualizar el manejo según orientación sexual del paciente y rol dentro de las relaciones sexuales.
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 145.** Para manejo sindrómico de pacientes embarazadas o en lactancia con síndrome de bubón inguinal se utilizará Eritromicina 500 mg cada 6 horas por 21 días más Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única(2, 14). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación fuerte a favor	**RECOMENDACIÓN 146.** Para el tratamiento del síndrome de bubón inguinal producido por linfogranuloma venéreo en pacientes embarazadas o en lactancia se utilizará como primera opción Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 21 días (no administrar estolato de eritromicina en embarazadas). En caso de no disponer de Eritromicina o de encontrarse contraindicado para su uso, se utilizará como segunda opción Azitromicina 1 gramo vía oral una vez a la semana por 3 semanas(2, 14). (Nivel de Evidencia Muy baja).
Recomendación débil a favor	**RECOMENDACIÓN 147.** Para el tratamiento del síndrome de bubón inguinal producido por chancroide en pacientes embarazadas o en lactancia se utilizará como primera opción Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única. En caso de no disponer de Azitromicina o de encontrarse contraindicado para su uso, se utilizará como segunda opción Ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única(2, 14). (Nivel de Evidencia Muy baja).

Plan de seguimiento y evaluación de implementación

En este documento se estima que la implementación de la GAI de infección de transmisión sexual supone no sólo que los Profesionales Médicos dispongan de la adherencia suficiente para que la GAI sea desplegada, para lo cual debe disponerse de indicadores que la identifiquen y la midan, sino que además se disponga de un entorno institucional favorable. Para estimar todo lo anterior se propone un Tablero General de Indicadores que busca identificar y medir procesos centrales que pueden afectar la implementación de la GAI de infecciones de transmisión sexual y del tracto genital. Los indicadores se muestran a continuación, agrupados por el ente o entes a cargo.

Ministerio de Salud

- El Ministerio de Salud deberá desarrollar un formulario de reporte, una base de datos y presentar informes del análisis de los datos recogidos.
- Disponibilidad de las pruebas rápidas para *C trachomatis y N gonorrhoeae* por institución por nivel de atención.
- Porcentajes de cepas resistentes a los antibióticos de las recomendaciones.

Secretarías de Salud

- Número de sujetos que recibieron actividades de promoción y prevención por institución.
- Número de actividades de capacitación a usuarios por organismo local o regional de salud.
- Número de diagnósticos sindrómicos y tipo de diagnóstico sindrómico reportados al sistema de vigilancia epidemiológica por institución.
- Disponibilidad de las pruebas rápidas para *C trachomatis y N gonorrhoeae* por institución por nivel de atención.
- Número de pacientes remitidos a los laboratorios de salud pública regionales o instituciones centinela por recurrencia para estudio etiológico y de resistencia.
- Porcentajes de cepas resistentes a los antibióticos de las recomendaciones.

IPS - EPS

- Disponibilidad de consulta de salud sexual y reproductiva en las Instituciones (IPS ESEs).
- Disponibilidad de consulta de Infecciones del tracto genital en las Instituciones (IPS ESEs).
- Oportunidad de las citas en salud sexual y reproductiva.
- Oportunidad en las citas de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital.

- Número de actividades de capacitación a usuarios por institución.
- Disponibilidad de las pruebas rápidas para *C trachomatis y N gonorrhoeae* por institución por nivel de atención.
- Número de pacientes que recibieron los medicamentos para manejo sindrómico, en la misma institución el mismo día de la consulta.
- Número de pacientes que recibieron los medicamentos para manejo d la pareja por tipo de manejo sindrómico (cuando se requiera), en la misma institución el mismo día de la consulta.
- Número de tratamientos para la pareja que fueron negados por las EPS.
- Número de tratamientos para la pareja que fueron glosados por las EPS.
- Número de quejas por no disponibilidad del tratamiento de la (el paciente) y / o la pareja en entidades relacionadas con el manejo sindrómico de las Infecciones de transmisión sexual.
- Número de pacientes remitidos a los laboratorios de salud pública regionales o instituciones centinela por recurrencia para estudio etiológico y de resistencia.

Pacientes

- Número de quejas por no disponibilidad del tratamiento de la (el paciente) y / o la pareja en entidades relacionadas con el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual.

Apéndice

¿Qué es una guía de práctica clínica?

Una Guía de Práctica Clínica (GPC) es un conjunto de recomendaciones dirigidas a apoyar a los profesionales de la salud, a los pacientes y los grupos de interés en la toma de decisiones, que permitan una atención en salud integral basada en la mejor evidencia (111) respecto de las opciones disponibles de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para situaciones clínicas o problemas de salud específicos.

Las GPC pretenden contribuir con el incremento de la capacidad resolutiva de los prestadores de servicios de salud, fomentando el mejoramiento continuo mediante la definición de estándares y el desarrollo de instrumentos de evaluación de la calidad de la atención que conlleven la disminución de la variabilidad de manejo frente a una situación clínica determinada. Así mismo, una GPC propende por la actualización y educación continua del talento humano en salud y por el mejoramiento de la comunicación médico-paciente (112).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección social, en asocio con grupos expertos, adelantó el proceso de desarrollo de un grupo de guías en temas prioritarios para la salud de los colombianos. Se espera que las guías, además de contribuir en los aspectos antes mencionados, promuevan el uso racional de los recursos cada vez más escasos de salud y faciliten la implementación de procesos administrativos, científicos y logísticos de las patologías o condiciones de salud abordadas.

En consecuencia, el componente clínico de desarrollo de las guías en conjunto con la Evaluación Económica (EE) hacen parte de lo que el Ministerio de Salud y Protección Social ha denominado Guías de Atención Integral (GAI), las cuales incluyen además un tercer componente la guía de pacientes que orientan la toma de decisiones a nivel gubernamental. Estos tres componentes se desarrollan de manera articulada, integral y continua, y pretenden contribuir al fortalecimiento de las políticas y programas de salud que garanticen integralmente la salud individual y colectiva en condiciones de calidad, equidad y eficiencia, con impacto en los resultados de salud de la población en general.

Niveles de evidencia GRADE:

Calificación	Juicio	Características
A	Alta ⊕⊕⊕⊕	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado.
B	Moderada ⊕⊕⊕◯	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado
C	Baja ⊕⊕◯◯	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado
D	Muy baja ⊕◯◯◯	Cualquier resultado estimado es muy incierto

Grados de recomendación GRADE:

Fuerza de la Recomendación	Significado
Fuerte a favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. SE RECOMIENDA HACERLO
Débil a favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. SE SUGIERE HACERLO
Débil en contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. SE SUGIERE NO HACERLO
Fuerte en contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. SE RECOMIENDA NO HACERLO
Punto de buena práctica	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica del Grupo Desarrollador de la Guía.

Fuente de financiación

El desarrollo de la presente guía ha sido financiado por el Ministerio de Salud y Protección Social y por COLCIENCIAS, mediante Contrato No. 159 de 2010 suscrito con la Universidad Nacional de Colombia, institución seleccionada entre quienes se presentaron a la Convocatoria 500 de 2009 para la elaboración de GAI en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Derechos de autor

De acuerdo con el Artículo 20 de la Ley 23 de 1982, los derechos patrimoniales de esta obra pertenecen al Departamento de Ciencia, Tecnología e Innovación COLCIENCIAS (institución que otorgó el apoyo económico y realizó la supervisión de su ejecución) y al Ministerio de Salud y Protección Social (institución que diseñó los lineamientos generales para la elaboración de GAI en el País), sin perjuicio de los derechos morales a los que haya lugar de acuerdo con el Artículo 30 de la misma ley.

Esta guía hace parte de un grupo de 25 GAI basadas en la evidencia que incorporan consideraciones económicas y de implementabilidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (SGSSS), y que se desarrollaron por iniciativa del Ministerio de Salud y la Protección Social en temas prioritarios y de alta prevalencia en el país, mediante contrato otorgado a la Universidad Nacional de Colombia.

Actualización de la guía:

Las recomendaciones de esta Guía deben actualizarse en los próximos tres (3) años o previamente en caso de disponer de nuevas evidencias que modifiquen las recomendaciones aquí anotadas.

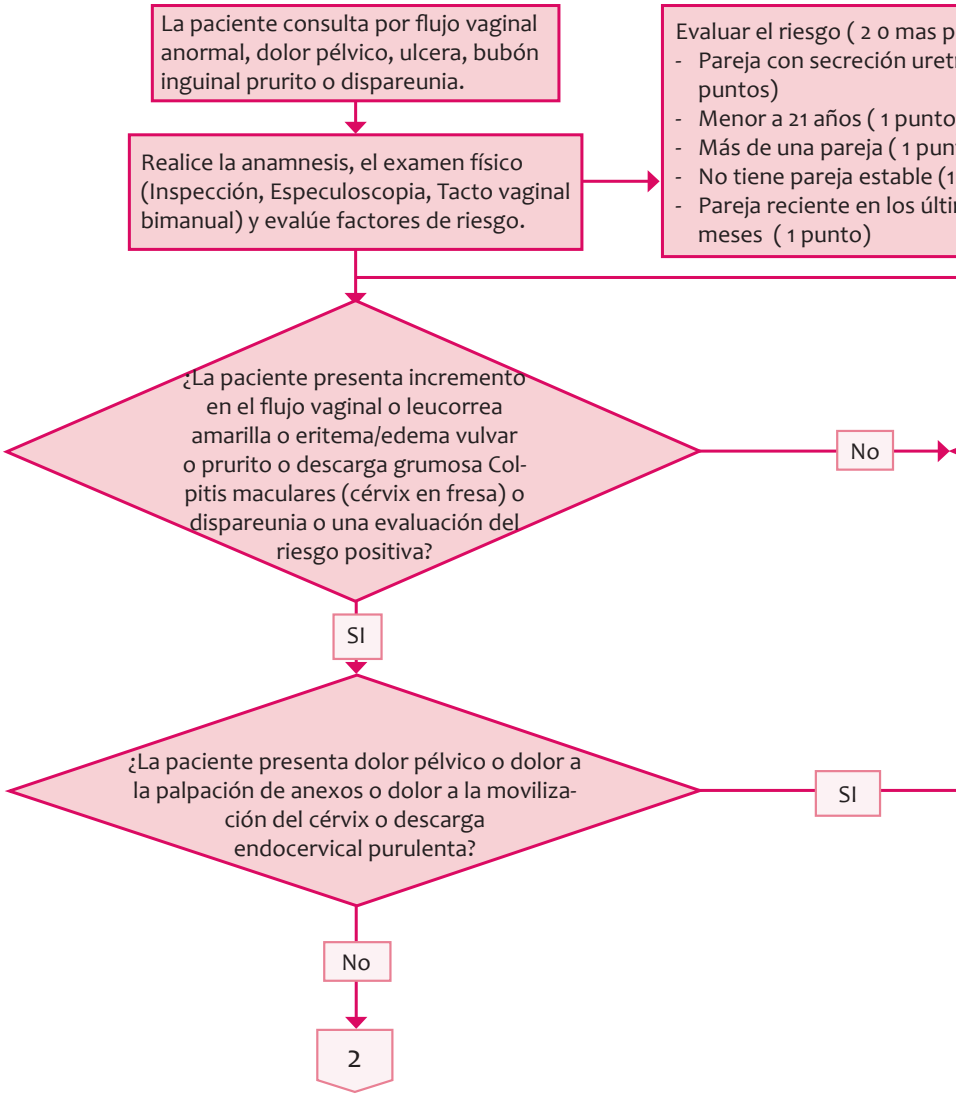
Declaración de independencia editorial

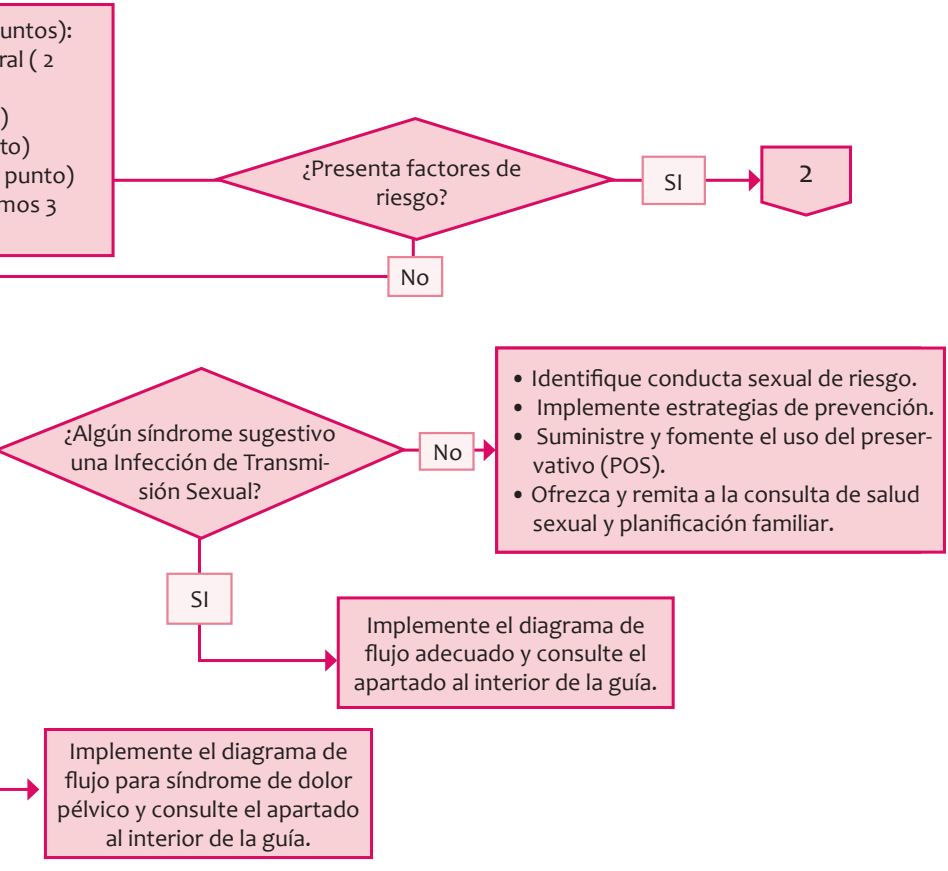
Las entidades financiadoras han brindado acompañamiento a la elaboración del presente documento garantizando con ello la transferibilidad y aplicabilidad de su contenido al contexto del SGSSS. El trabajo científico de investigación así como la elaboración de las recomendaciones incluidas en el presente documento, fue realizado de manera independiente por el Grupo Desarrollador de Guías de la Universidad Nacional de Colombia.

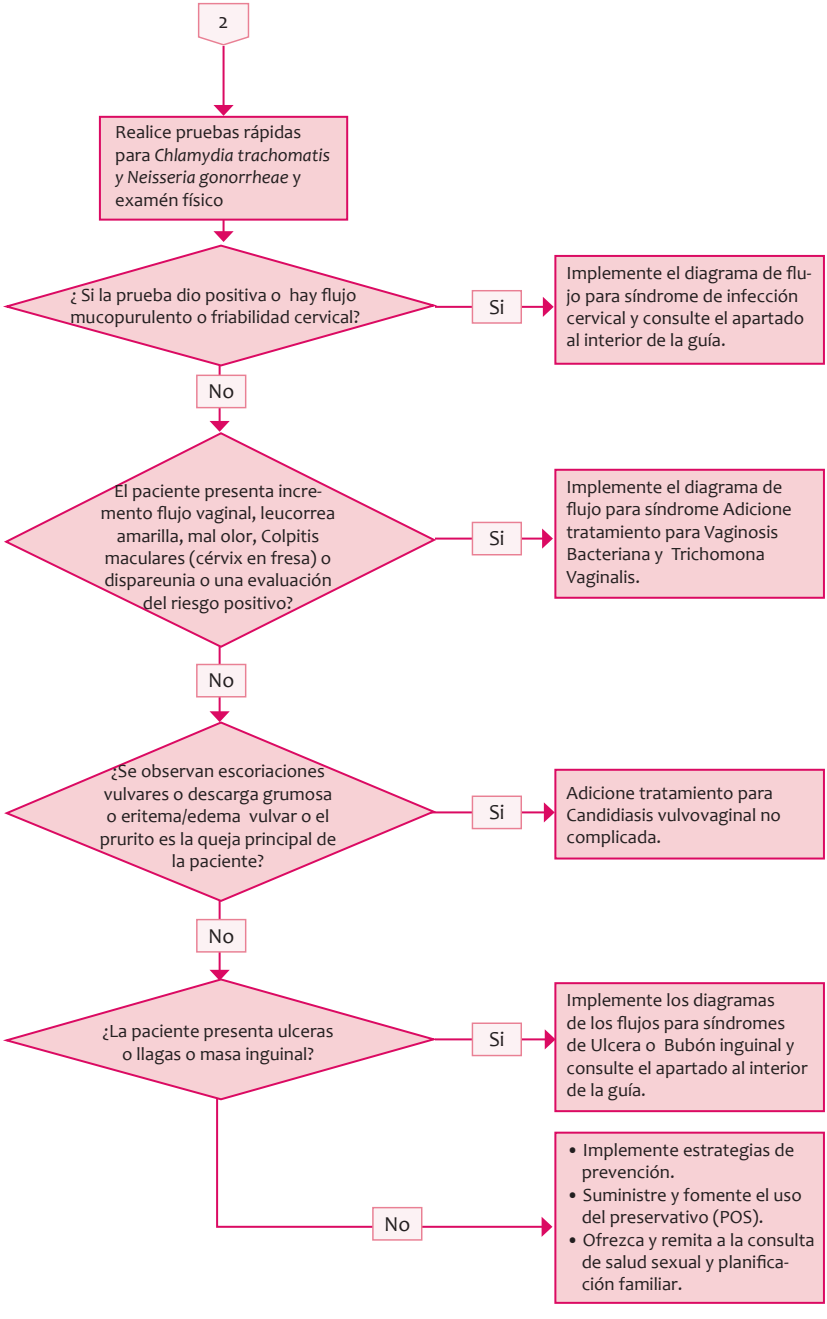
Todos los miembros del Grupo Desarrollador, así como las personas que han participado tanto en la colaboración experta y en la revisión externa, han realizado la declaración de conflictos de interés.

Flujogramas de manejo para cada uno de los síndromes

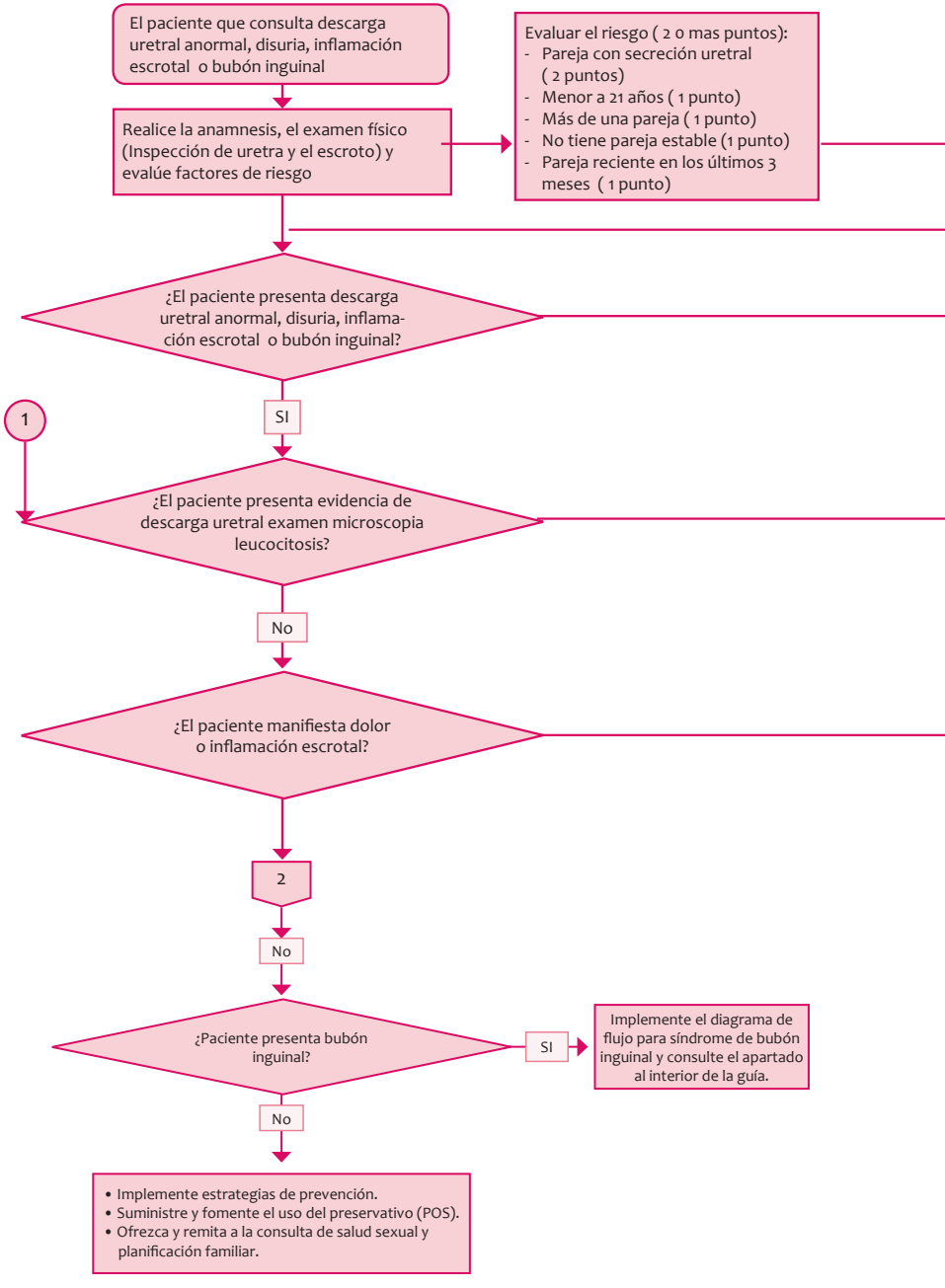
Flujograma general de manejo de ITS/ITG en mujeres

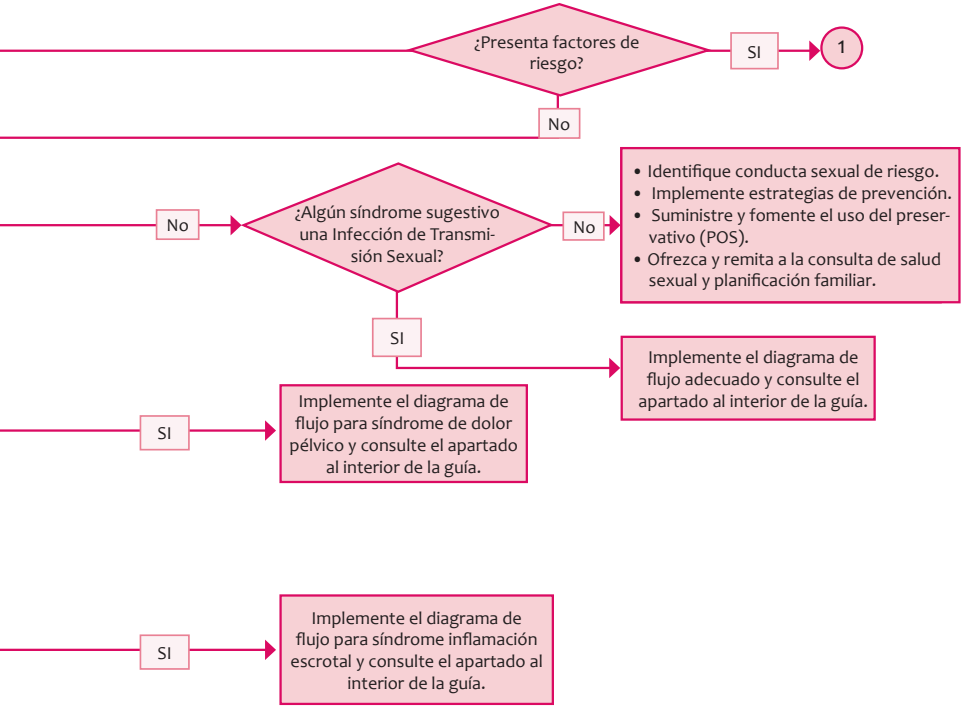



untos):
ral (2
)
to)
punto)
mos 3
¿Presenta factores de riesgo?
SI
2
No
¿Algún síndrome sugestivo una Infección de Transmisión Sexual?
No
• Identifique conducta sexual de riesgo.
• Implemente estrategias de prevención.
• Suministre y fomente el uso del preservativo (POS).
• Ofrezca y remita a la consulta de salud sexual y planificación familiar.
SI
Implemente el diagrama de flujo adecuado y consulte el apartado al interior de la guía.
Implemente el diagrama de flujo para síndrome de dolor pélvico y consulte el apartado al interior de la guía.

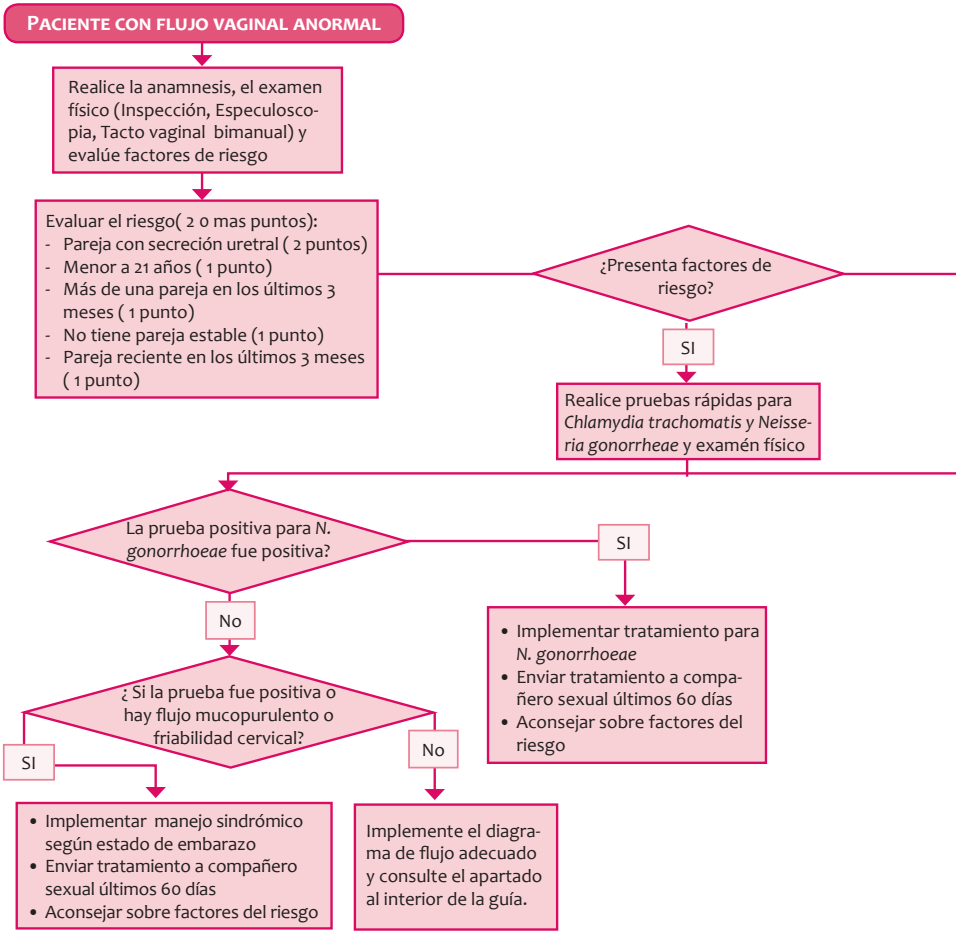

2
Realice pruebas rápidas para *Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrheae* y examén físico
¿ Si la prueba dio positiva o hay flujo mucopurulento o friabilidad cervical?
Si
Implemente el diagrama de flujo para síndrome de infección cervical y consulte el apartado al interior de la guía.
No
El paciente presenta incremento flujo vaginal, leucorrea amarilla, mal olor, Colpitis maculares (cérvix en fresa) o dispareunia o una evaluación del riesgo positivo?
Si
Implemente el diagrama de flujo para síndrome Adicione tratamiento para Vaginosis Bacteriana y Trichomona Vaginalis.
No
¿Se observan escoriaciones vulvares o descarga grumosa o eritema/edema vulvar o el prurito es la queja principal de la paciente?
Si
Adicione tratamiento para Candidiasis vulvovaginal no complicada.
No
¿La paciente presenta ulceras o llagas o masa inguinal?
Si
Implemente los diagramas de los flujos para síndromes de Ulcera o Bubón inguinal y consulte el apartado al interior de la guía.
No
• Implemente estrategias de prevención.
• Suministre y fomente el uso del preservativo (POS).
• Ofrezca y remita a la consulta de salud sexual y planificación familiar.

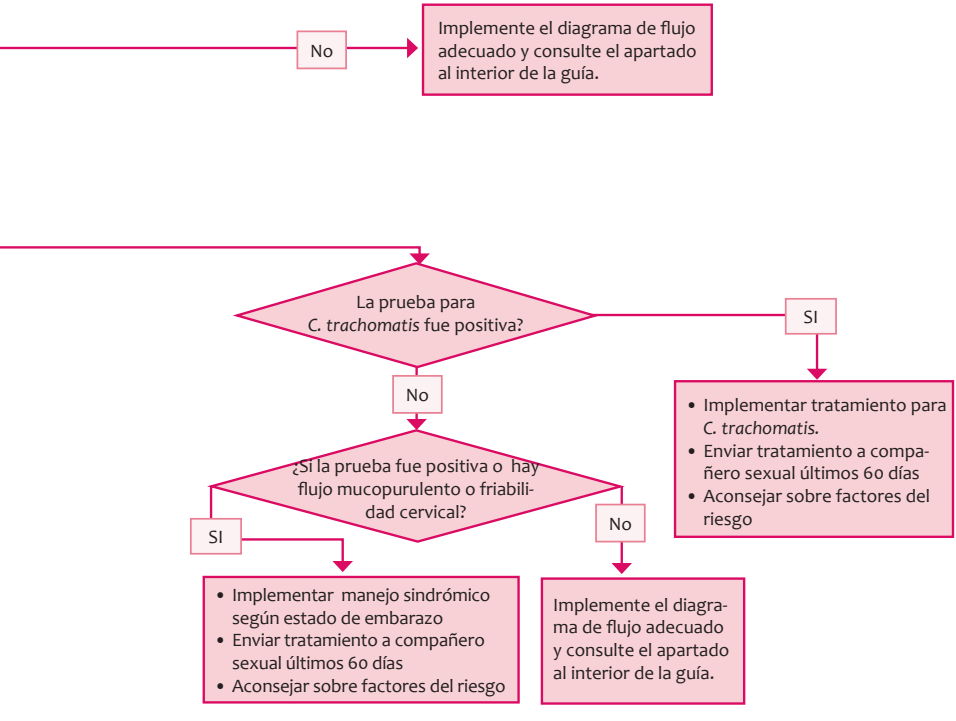
Flujograma general de manejo de ITS/ITG en hombres



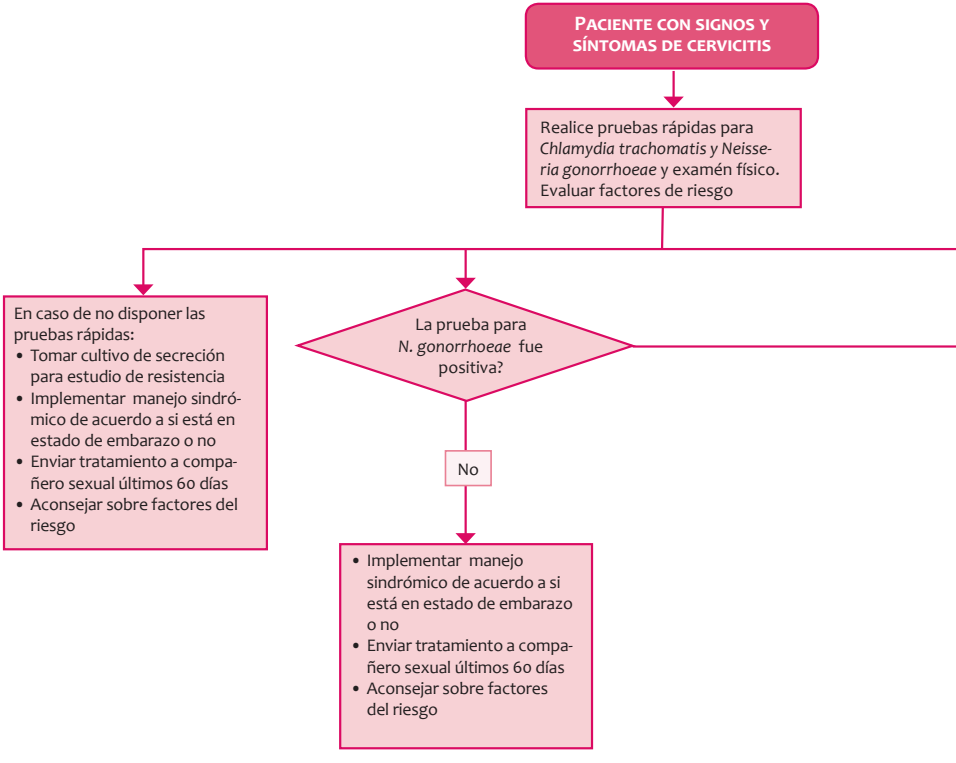

¿Presenta factores de riesgo?
SI
1
No
No
¿Algún síndrome sugestivo una Infección de Transmisión Sexual?
No
• Identifique conducta sexual de riesgo.
• Implemente estrategias de prevención.
• Suministre y fomente el uso del preservativo (POS).
• Ofrezca y remita a la consulta de salud sexual y planificación familiar.
SI
Implemente el diagrama de flujo adecuado y consulte el apartado al interior de la guía.
SI
Implemente el diagrama de flujo para síndrome de dolor pélvico y consulte el apartado al interior de la guía.
SI
Implemente el diagrama de flujo para síndrome inflamación escrotal y consulte el apartado al interior de la guía.

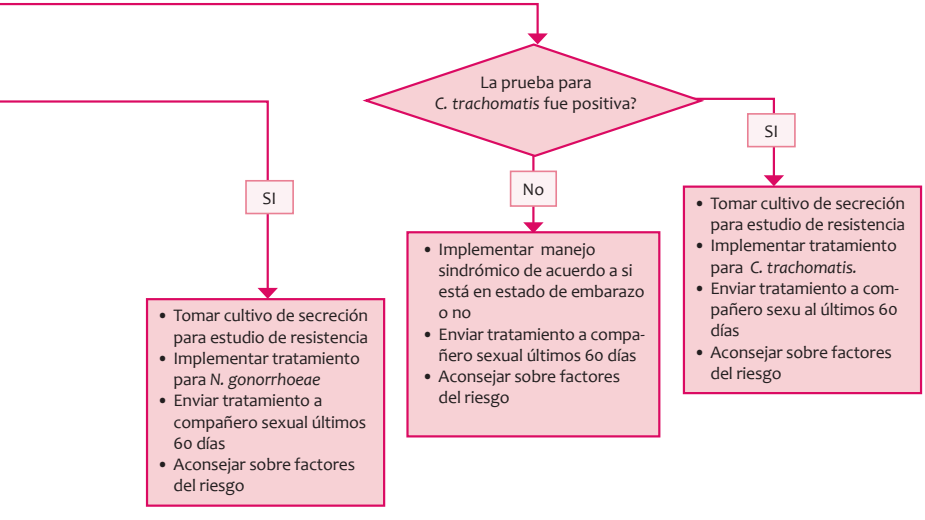
Flujograma síndrome de cervicitis



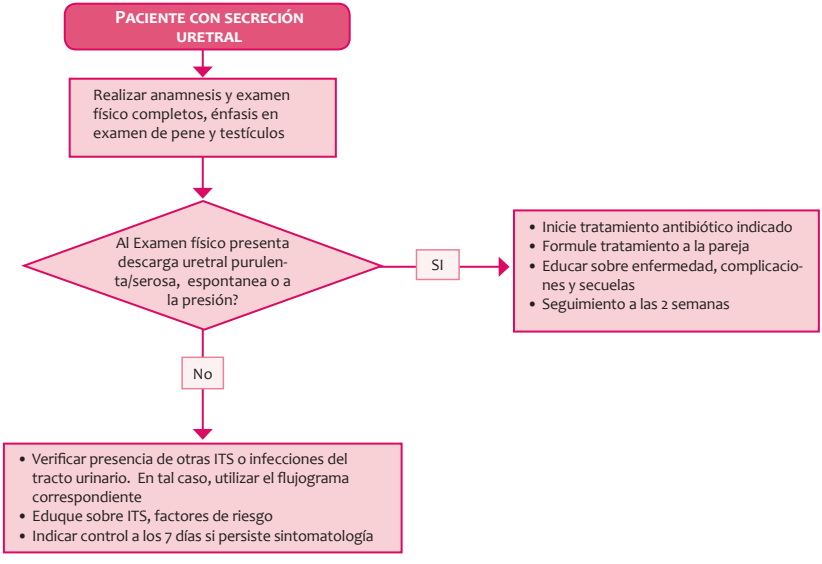

No
Implemente el diagrama de flujo adecuado y consulte el apartado al interior de la guía.
La prueba para C. trachomatis fue positiva?
SI
• Implementar tratamiento para C. trachomatis.
• Enviar tratamiento a compañero sexual últimos 60 días
• Aconsejar sobre factores del riesgo
No
¿Si la prueba fue positiva o hay flujo mucopurulento o friabilidad cervical?
SI
No
• Implementar manejo sindrómico según estado de embarazo
• Enviar tratamiento a compañero sexual últimos 60 días
• Aconsejar sobre factores del riesgo
Implemente el diagrama de flujo adecuado y consulte el apartado al interior de la guía.

Flujograma de recurrencia o persistencia en el síndrome de cervicitis

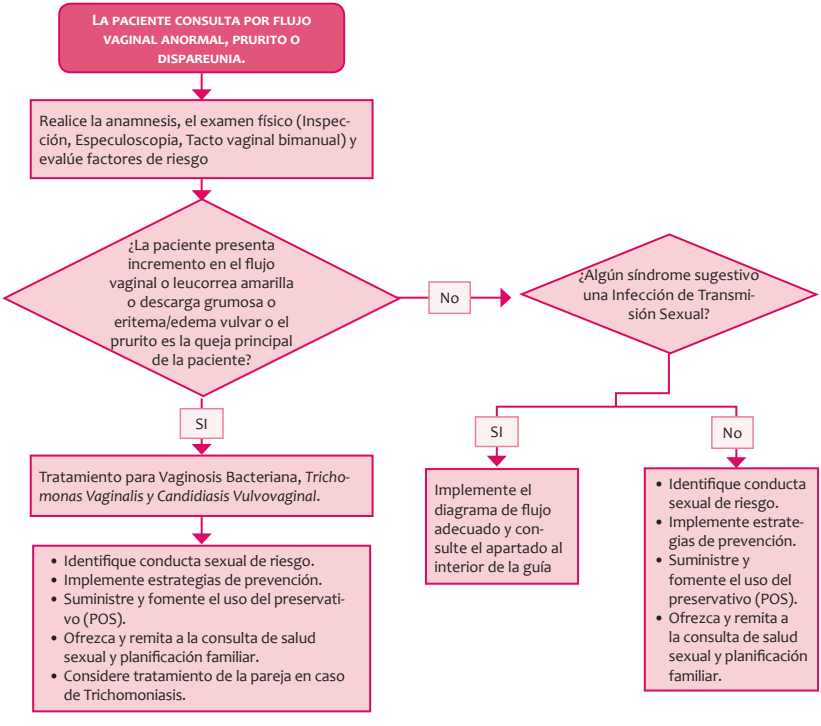



La prueba para
C. trachomatis fue positiva?
SI
No
SI
• Tomar cultivo de secreción para estudio de resistencia
• Implementar tratamiento para N. gonorrhoeae
• Enviar tratamiento a compañero sexual últimos 60 días
• Aconsejar sobre factores del riesgo
• Implementar manejo sindrómico de acuerdo a si está en estado de embarazo o no
• Enviar tratamiento a compañero sexual últimos 60 días
• Aconsejar sobre factores del riesgo
• Tomar cultivo de secreción para estudio de resistencia
• Implementar tratamiento para C. trachomatis.
• Enviar tratamiento a compañero sexu al últimos 60 días
• Aconsejar sobre factores del riesgo

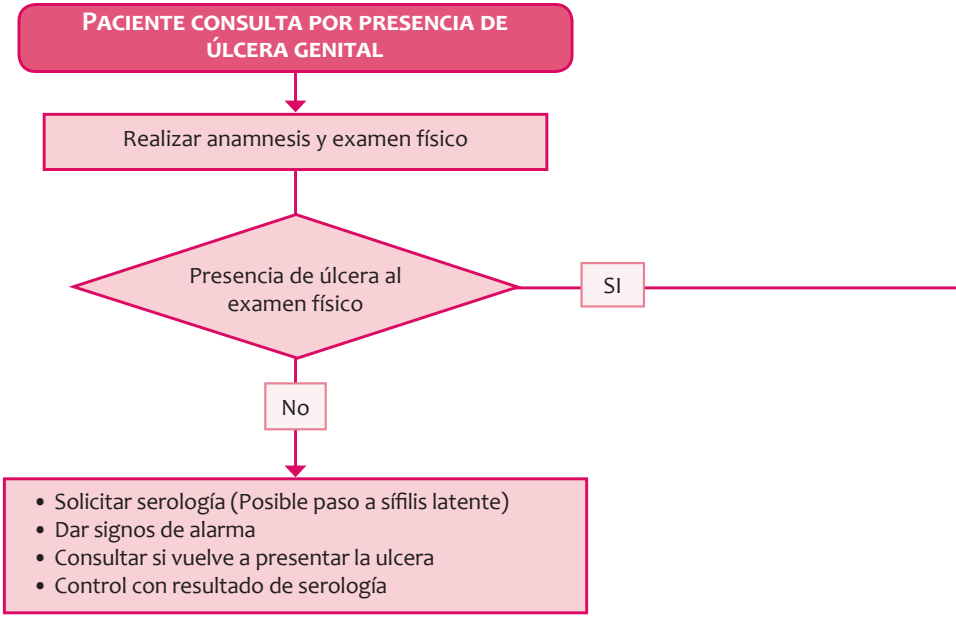
Flujograma síndrome de descarga uretral

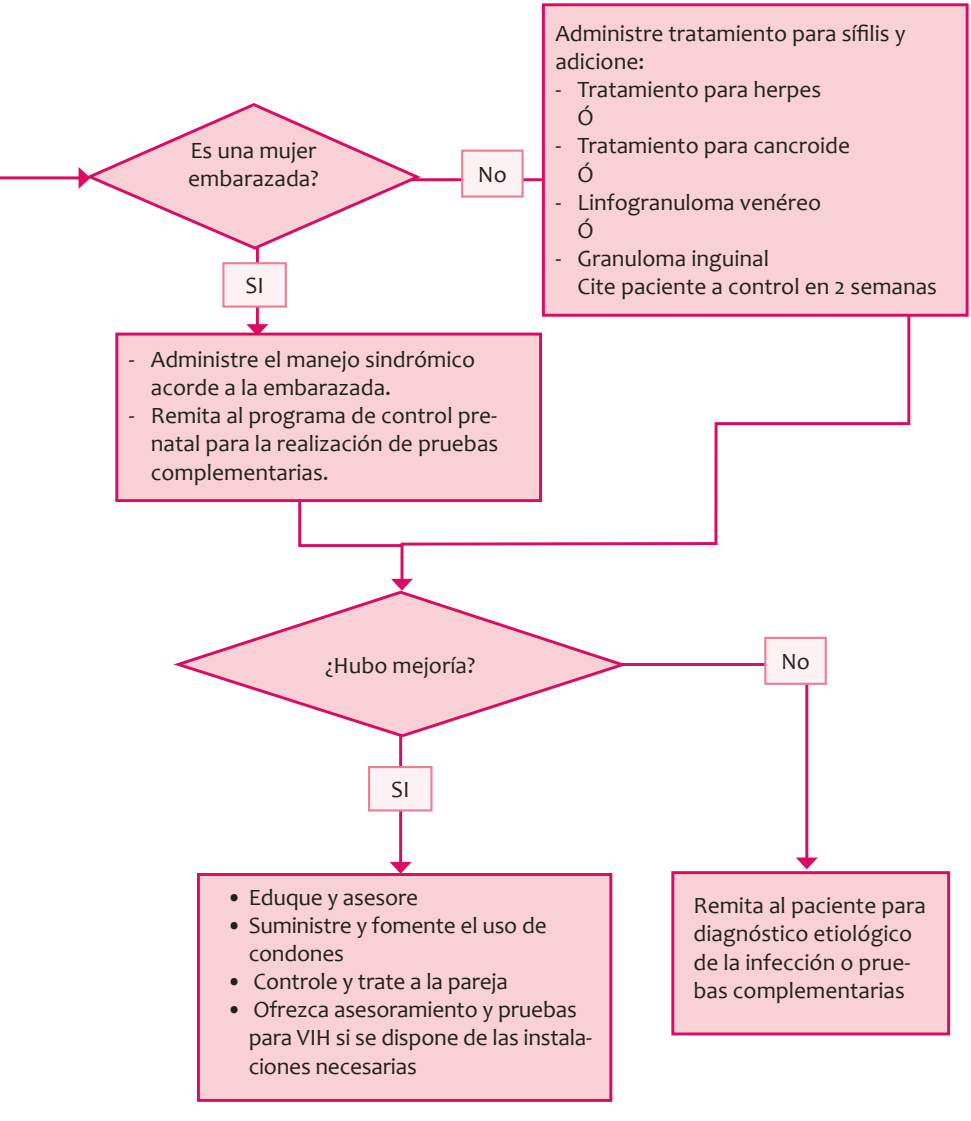


Flujograma del síndrome de flujo vaginal

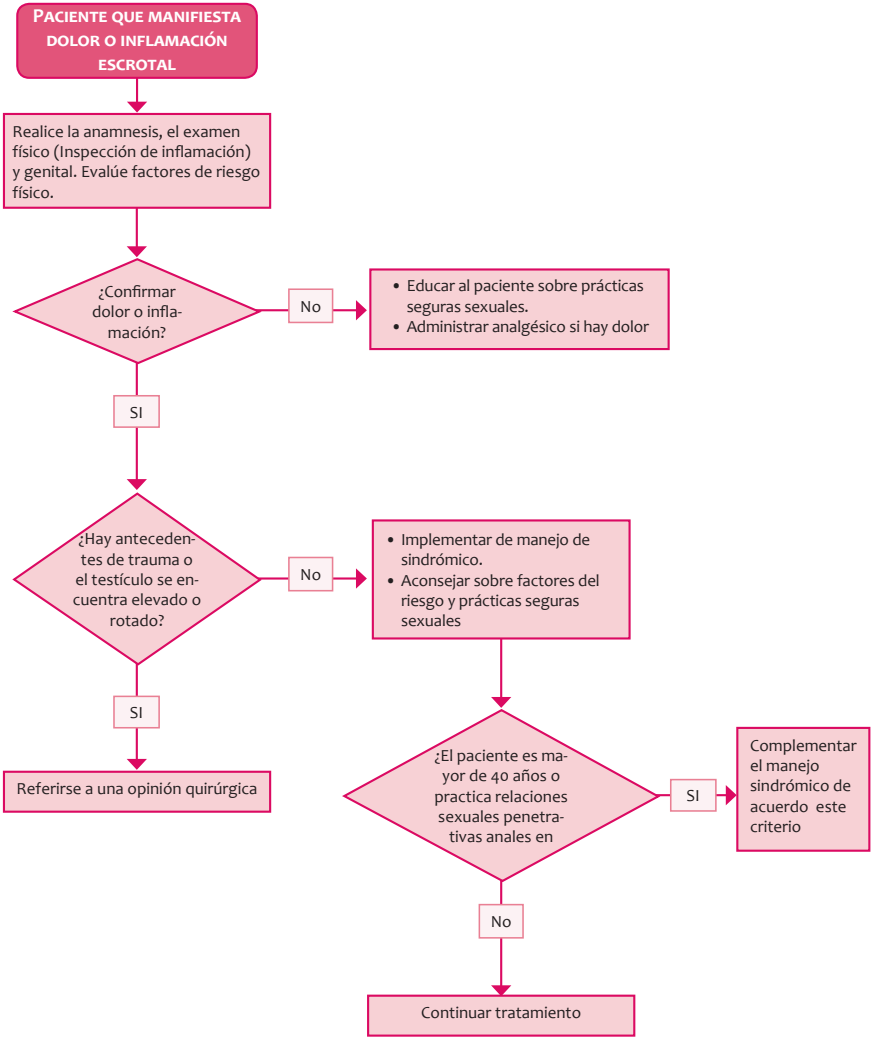


Flujograma de síndrome de úlcera

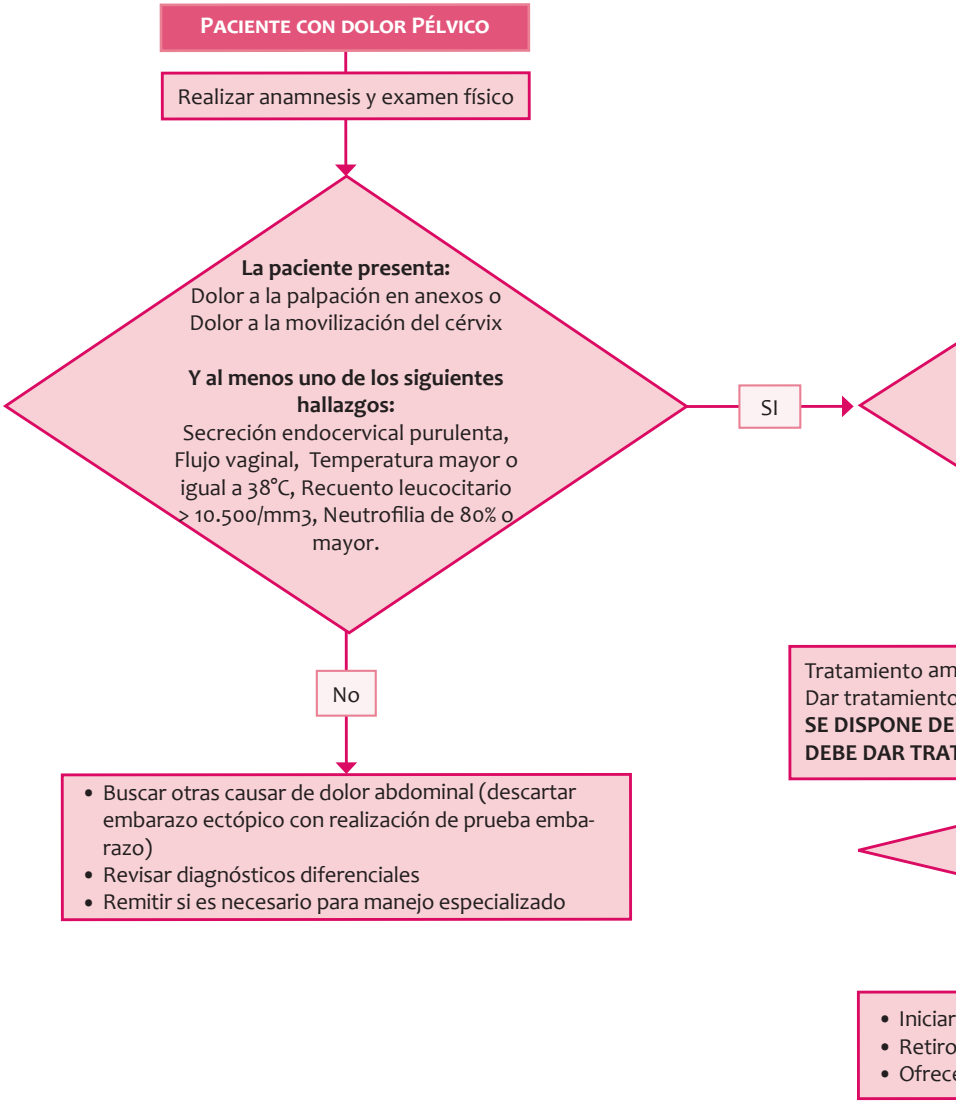


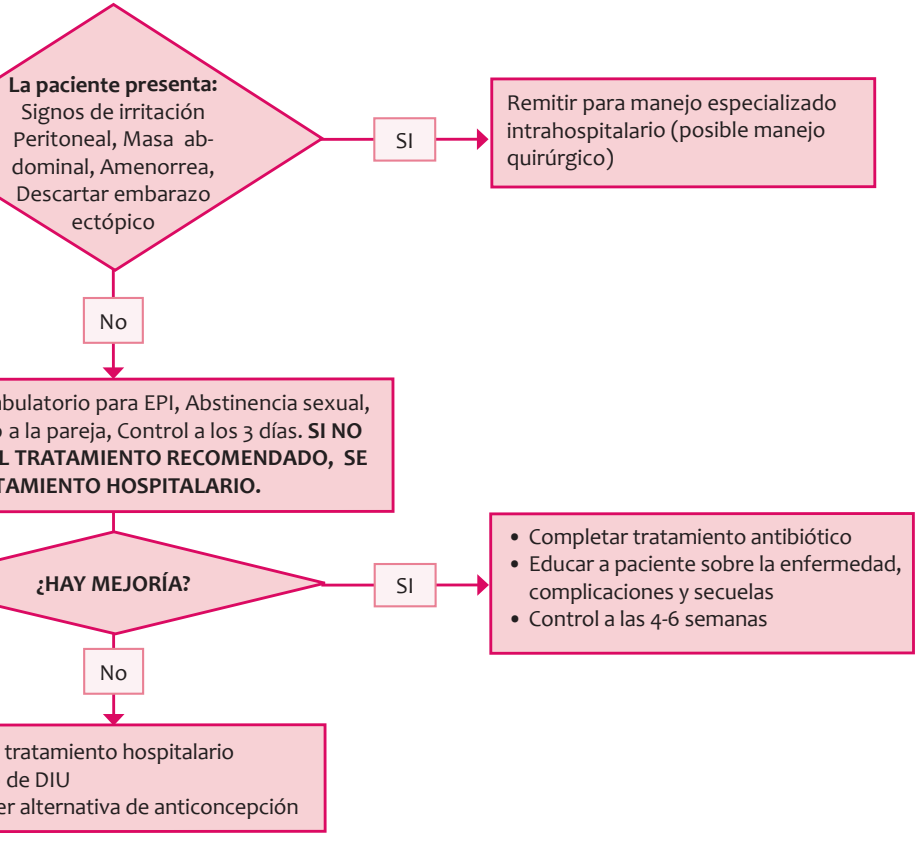

Es una mujer embarazada?
No
Administre tratamiento para sífilis y adicione:
- Tratamiento para herpes
Ó
- Tratamiento para cancroide
Ó
- Linfogranuloma venéreo
Ó
- Granuloma inguinal
Cite paciente a control en 2 semanas
SI
- Administre el manejo sindrómico acorde a la embarazada.
- Remita al programa de control prenatal para la realización de pruebas complementarias.
¿Hubo mejoría?
No
SI
• Eduque y asesore
• Suministre y fomente el uso de condones
• Controle y trate a la pareja
• Ofrezca asesoramiento y pruebas para VIH si se dispone de las instalaciones necesarias
Remita al paciente para diagnóstico etiológico de la infección o pruebas complementarias

Flujograma del síndrome inflamación escrotal

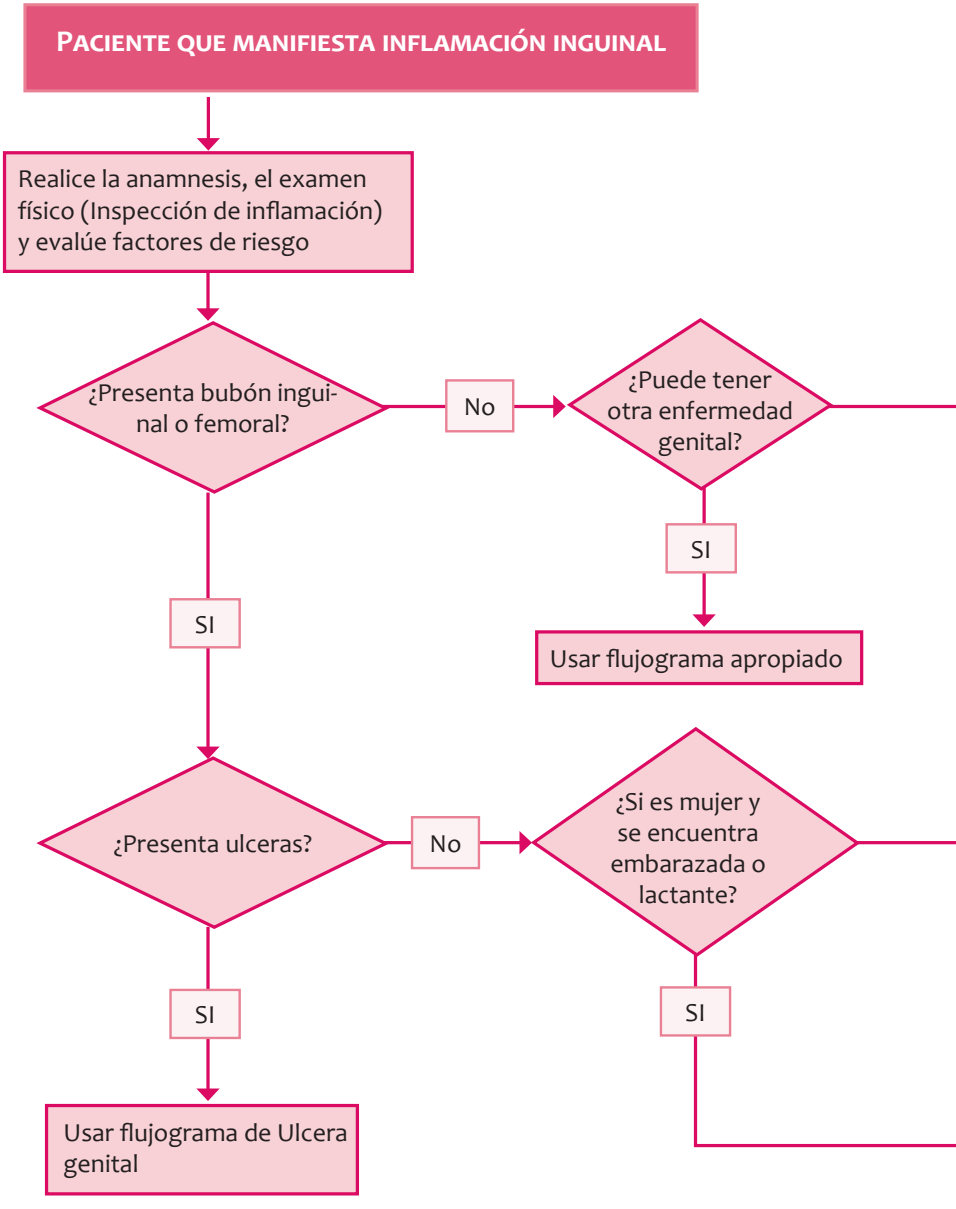


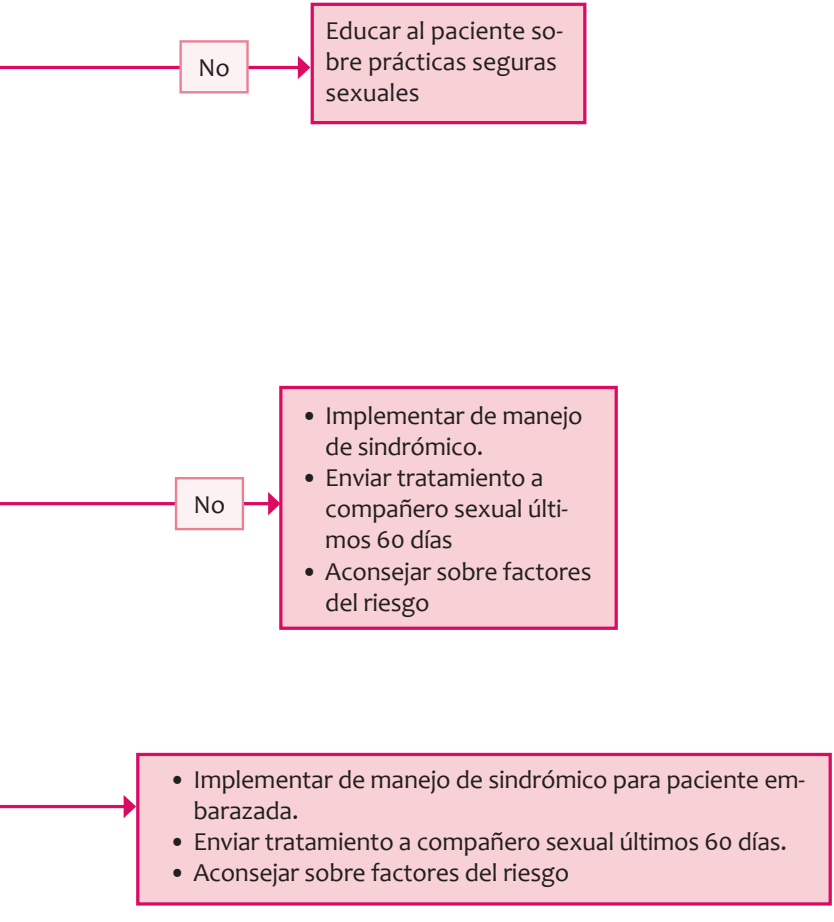
Flujograma síndrome de dolor pélvico (EPI)




La paciente presenta:
Signos de irritación Peritoneal, Masa abdominal, Amenorrea, Descartar embarazo ectópico
SI
Remitir para manejo especializado intrahospitalario (posible manejo quirúrgico)
No
bulatorio para EPI, Abstinencia sexual,
a la pareja, Control a los 3 días. SI NO
L TRATAMIENTO RECOMENDADO, SE
TAMIENTO HOSPITALARIO.
¿HAY MEJORÍA?
SI
• Completar tratamiento antibiótico
• Educar a paciente sobre la enfermedad, complicaciones y secuelas
• Control a las 4-6 semanas
No
tratamiento hospitalario
de DIU
er alternativa de anticoncepción

Flujograma del síndrome de bubón inguinal




No
Educar al paciente sobre prácticas seguras sexuales
No
• Implementar de manejo de sindrómico.
• Enviar tratamiento a compañero sexual últimos 60 días
• Aconsejar sobre factores del riesgo
• Implementar de manejo de sindrómico para paciente embarazada.
• Enviar tratamiento a compañero sexual últimos 60 días.
• Aconsejar sobre factores del riesgo

Bibliografía

Nota: Para mayor información de las referencia bibliográficas y evidencia asociada a las recomendaciones, favor remitirse a la versión completa de esta guía.

1. Ángel-Müller E, González MP, Núñez L., Pacheco J, Tolosa J E., Díaz LA, et al. Frecuencia de infecciones del tracto genital femenino en mujeres sintomáticas y uso de pruebas rápidas para su diagnóstico en dos poblaciones de Bogotá (Colombia) 2008: Estudio piloto. Rev Colomb Obstet Ginecol 2010;61(3):220- 30.
2. Workowski KA, Berman S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR Recomm Rep 2010;59(RR 12):1-110.
3. UnAIDS/WHO. Sexually transmitted diseases: policies and principles for prevention and care. . UnAIDS Best Practice Collection Key Material Geneva: UnAIDS/ WHO. 1999.
4. OMS. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Organización Mundial de la Salud; 2005.
5. WHO. World Health Organization. Sexually transmitted infections. Fact sheet August 2011.
6. Johnson L, Bradshaw D, Dorrington R. South African Comparative Risk Assessment Collaborating Group. The burden of disease attributable to sexually transmitted infections in South Africa in 2000. S Afr Med J. 2007;97(8):658-62.
7. Acosta J P, Rodriguez D, C. R. Situacion de las enfermedades de transmision sexual, Colombia,1976-2000. Biomédica. 2002;22(1):77- 88.
8. Munoz N. Human papillomavirus and cancer: the epidemiological evidence. J Clin Virol. 2000 Oct;19(1-2):1-5.
9. Trei JS, Canas LC, Gould PL. Reproductive tract complications associated with Chlamydia trachomatis infection in US Air Force males within 4 years of testing. Sex Transm Dis. 2008 Sep;35(9):827-33.
10. Pultorak E, Wong W, Rabins C, Mehta SD. Economic burden of sexually transmitted infections: incidence and direct medical cost of Chlamydia, gonorrhea, and syphilis among Illinois adolescents and young adults, 2005-2006. Sex Transm Dis. 2009 Oct;36(10):629-36.
11. Ministerio_de_Salud, Republica_de_Colombia. Guía de Atención de Enfermedades de Transmisión Sexual. Resolución Número 412 De 2000. . . 2000.
12. Lewis DA, Lukehart SA. Antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae and Treponema pallidum: evolution, therapeutic challenges and the need to strengthen global surveillance. Sex Transm Infect. 2011;87(2): 39-44.
13. RCOG. Management of acute pelvic inflammatory disease - Green Top Guideline No.32. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. 2008.
14. PHAC. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. Public

Health Agency of Canada.; 2010.
15. Ng BE, Butler LM, Horvath T, Rutherford GW. Population-based biomedical sexually transmitted infection control interventions for reducing HIV infection. Cochrane Database Syst Rev. 2011(3):CD001220.
16. NIAID. Workshop summary: scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted disease (STD) prevention. 2001(Available at www.niaid.nih.gov/about/organization/dmid/documents/condomre¬port.pdf.).
17. Wilkinson D, Ramjee G, Tholandi M, Rutherford G. Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of sexually transmitted infections by women from men. Cochrane Database Syst Rev. 2002(4):CD003939.
18. Padian NS, Buve A, Balkus J, Serwadda D, Cates W, Jr. Biomedical interventions to prevent HIV infection: evidence, challenges, and way forward. Lancet. 2008 Aug 16;372(9638):585-99.
19. IUSTI-WHO. European STD guidelines Int J STD AIDS. Suppl 3:2-3; 2001. p. 1-94.
20. Trelle S, Shang A, Nartey L, Cassell JA, Low N. Improved effectiveness of partner notification for patients with sexually transmitted infections: systematic review. BMJ. 2007 Feb 17;334(7589):354.
21. Chin HB, Sipe TA, Elder R, Mercer SL, Chattopadhyay SK, Jacob V, et al. The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the Guide to Community Preventive Services. Am J Prev Med. 2012 Mar;42(3):272-94.
22. Nuñez L, Moyano L, Gaitán H, Tolosa J, Ángel E, et_al. Exactitud de las pruebas rápidas para C. trachomatis, N. gonorrhoeae y sífilis a ser aplicadas en el punto de cuidado en mujeres con signos de infección del tracto genital inferior en Bogotá, Colombia 2010. Convocatoria 493 de Colciencias. Artículo en preparación.
23. Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections: a meta-analysis of randomized clinical trials. Sex Transm Dis. 2002 Sep;29(9):497-502.
24. Sendag F, Terek C, Tuncay G, Ozkinay E, Guven M. Single dose oral azithromycin versus seven day doxycycline in the treatment of non-gonococcal mucopurulent endocervicitis. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2000 Feb;40(1):44-7.
25. Guven MA, Gunyeli I, Dogan M, Ciragil P, Bakaris S, Gul M. The demographic and behavioural profile of women with cervicitis infected with Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum and the comparison of two medical regimens. Arch Gynecol Obstet. 2005 Sep;272(3):197-200.
26. Rustomjee R, Kharsany AB, Connolly CA, Karim SS. A randomized controlled trial of azithromycin versus doxycycline/ciprofloxacin for the syndromic management of sexually transmitted infections in a resource-poor setting. J Antimicrob Chemother. 2002 May;49(5):875-8.
27. Bai Z, Bao X, WD WC, KH KY, Li Y. Efficacy and safety of ceftriaxone for

uncomplicated gonorrhoea: a meta-analysis of randomized controlled trials. . Int J STD AIDS. 2012;23(2):126-32.
28. Shams ur R, Khan A, Amanullah, Akhter K. Clinical efficacy of the various drugs used in the treatment of gonorrhoeae. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2009 Oct-Dec;21(4):28-30.
29. Crosby Ra, DiClemente RJ, Wingood GM, Salazar LF, Rose E, Levine D, et al. Associations Between Sexually Transmitted Disease Diagnosis and Subsequent Sexual Risk and Sexually Transmitted Disease Incidence Among Adolescents. Sexually Transmitted Diseases. 2004;31(4):205-8.
30. Schillinger JA, Kissinger P, Calvet H, Whittington WL, Ransom RL, Sternberg MR, et al. Patient-delivered partner treatment with azithromycin to prevent repeated Chlamydia trachomatis infection among women: a randomized, controlled trial. Sex Transm Dis. 2003 Jan;30(1):49-56.
31. Golden MR, Whittington WL, Handsfield HH, Hughes JP, Stamm WE, Hogben M, et al. Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhea or chlamydial infection. N Engl J Med. 2005 Feb 17;352(7):676-85.
32. Brocklehurst P, Rooney G. Interventions for treating genital chlamydia trachomatis infection in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD000054.
33. Pitsouni E, Iavazzo C, Athanasiou S, Falagas ME. Single-dose azithromycin versus erythromycin or amoxicillin for Chlamydia trachomatis infection during pregnancy: a meta-analysis of randomised controlled trials. Int J Antimicrob Agents. 2007 Sep;30(3):213-21.
34. Turrentine MA, Newton ER. Amoxicillin or erythromycin for the treatment of antenatal chlamydial infection: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 1995 Dec;86(6):1021-5.
35. Brocklehurst P. Antibiotics for gonorrhoea in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2002(2):CD000098.
36. Cavenee MR, Farris JR, Spalding TR, Barnes DL, Castaneda YS, Wendel GD. Treatment of gonorrhea in pregnancy. Obstet Gynecol. 1993 Jan;81(1):33-8.
37. McDonald HM, Brocklehurst P, Gordon A. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2007(1):CD000262.
38. Takahashi S, Ichihara K, Hashimoto J, Kurimura Y, Iwasawa A, Hayashi K, et al. Clinical efficacy of levofloxacin 500 mg once daily for 7 days for patients with non-gonococcal urethritis. J Infect Chemother. 2011;17(3):392-6.
39. Schwebke J, Rompalo A, Taylor S, Seña A, Martin D, Lopez L, et al. Re-evaluating the treatment of nongonococcal urethritis: emphasizing emerging pathogens--a randomized clinical trial. Clin Infect Dis. 2012;52(2):163-70.
40. Rolfs RT, Joesoef MR, Hendershot EF, Rompalo AM, Augenbraun MH, Chiu M, et al. A randomized trial of enhanced therapy for early syphilis in patients with and without human immunodeficiency virus infection. The Syphilis and HIV Study Group. N Engl J Med. 1997 Jul 31;337(5):307-14.
41. Bai Z, Wang B, Yang K, Tian J, Ma B, Liu Y, et al. Azithromycin versus

penicillin G benzathine for early syphilis. CochraneDatabase of Systematic Reviews 2012(6):CD007270.
42. Bai ZG, Yang KH, Liu YL, Tian JH, Ma B, Mi DH, et al. Azithromycin vs. benzathine penicillin G for early syphilis: a meta-analysis of randomized clinical trials. Int J STD AIDS. 2008 Apr;19(4):217-21.
43. Tucker JD, Bu J, Brown LB, Yin YP, Chen XS, Cohen MS. Accelerating worldwide syphilis screening through rapid testing: a systematic review. Lancet Infect Dis. 2010 Jun;10(6):381-6.
44. Moorthy TT, Lee CT, Lim KB, Tan T. Ceftriaxone for treatment of primary syphilis in men: a preliminary study. Sex Transm Dis. 1987 Apr-Jun;14(2):116-8.
45. Martin DH, Sargent SJ, Wendel GD, Jr., McCormack WM, Spier NA, Johnson RB. Comparison of azithromycin and ceftriaxone for the treatment of chancroid. Clin Infect Dis. 1995 Aug;21(2):409-14.
46. Tyndall MW, Agoki E, Plummer FA, Malisa W, Ndinya-Achola JO, Ronald AR. Single dose azithromycin for the treatment of chancroid: a randomized comparison with erythromycin. Sex Transm Dis. 1994 Jul-Aug;21(4):231-4.
47. Malonza IM, Tyndall MW, Ndinya-Achola JO, Maclean I, Omar S, MacDonald KS, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of single-dose ciprofloxacin versus erythromycin for the treatment of chancroid in Nairobi, Kenya. J Infect Dis. 1999 Dec;180(6):1886-93.
48. Banov L, Jr. Rectal strictures of lymphogranuloma venereum; some observations from a five-year study of treatment with the broad spectrum antibiotics. Am J Surg. 1954 Nov;88(5):761-7.
49. Greaves AB, Hilleman MR, Taggart SR, Bankhead AB, Feld M. Chemotherapy in bubonic lymphogranuloma venereum: a clinical and serological evaluation. Bull World Health Organ. 1957;16(2):277-89.
50. Martin DH, Mroczkowski TF, Dalu ZA, McCarty J, Jones RB, Hopkins SJ, et al. A controlled trial of a single dose of azithromycin for the treatment of chlamydial urethritis and cervicitis. The Azithromycin for Chlamydial Infections Study Group. N Engl J Med. 1992 Sep 24;327(13):921-5.
51. Thorpe EM, Jr., Stamm WE, Hook EW, 3rd, Gall SA, Jones RB, Henry K, et al. Chlamydial cervicitis and urethritis: single dose treatment compared with doxycycline for seven days in community based practises. Genitourin Med. 1996 Apr;72(2):93-7.
52. Robinson HM, Jr., Cohen MM. Treatment of granuloma inguinale with erythromycin. J Invest Dermatol. 1953 Jun;20(6):407-9.
53. Greenblatt RB, Barfield WE, Dienst RB, West RM. Terramycin in treatment of granuloma inguinale. J Vener Dis Inf. 1951 May;32(5):113-5.
54. Bowden FJ, Mein J, Plunkett C, Bastian I. Pilot study of azithromycin in the treatment of genital donovanosis. Genitourin Med. 1996 Feb;72(1):17-9.
55. Bryson YJ, Dillon M, Lovett M, Acuna G, Taylor S, Cherry JD, et al. Treatment of first episodes of genital herpes simplex virus infection with oral acyclovir. A randomized double-blind controlled trial in normal subjects. N Engl J Med. 1983 Apr 21;308(16):916-21.
56. Mertz GJ, Critchlow CW, Benedetti J, Reichman RC, Dolin R, Connor J, et

al. Double-blind placebo-controlled trial of oral acyclovir in first-episode genital herpes simplex virus infection. JAMA. 1984 Sep 7;252(9):1147-51.
57. Nilsen AE, Aasen T, Halsos AM, Kinge BR, Tjotta EA, Wikstrom K, et al. Efficacy of oral acyclovir in the treatment of initial and recurrent genital herpes. Lancet. 1982 Sep 11;2(8298):571-3.
58. Fife KH, Barbarash RA, Rudolph T, Degregorio B, Roth R. Valaciclovir versus acyclovir in the treatment of first-episode genital herpes infection. Results of an international, multicenter, double-blind, randomized clinical trial. The Valaciclovir International Herpes Simplex Virus Study Group. Sex Transm Dis. 1997 Sep;24(8):481-6.
59. Lebrun-Vignes B, Bouzamondo A, Dupuy A, Guillaume JC, Lechat P, Chosidow O. A meta-analysis to assess the efficacy of oral antiviral treatment to prevent genital herpes outbreaks. J Am Acad Dermatol. 2007 Aug;57(2):238-46.
60. Wong T, Singh AE, De P. Primary syphilis: serological treatment response to doxycycline/tetracycline versus benzathine penicillin. Am J Med. 2008 Oct;121(10):903-8.
61. Mathews C, Coetzee N, Zwarenstein M, Lombard C, Guttmacher S, Oxman A, et al. Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases. Cochrane Database Syst Rev. 2001(4):CD002843.
62. Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn JE. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. BMC Public Health. 2011;11 Suppl 3:S9.
63. Walker GJ. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2001(3):CD001143.
64. Eckert LO. Clinical practice. Acute vulvovaginitis. N Engl J Med. 2006 Sep 21;355(12):1244-52.
65. Oduyebo OO, Anorlu RI, Ogunsola FT. The effects of antimicrobial therapy on bacterial vaginosis in non-pregnant women. Cochrane Database Syst Rev. 2009(3):CD006055.
66. Bohbot JM, Vicaut E, Fagnen D, Brauman M. Treatment of bacterial vaginosis: a multicenter, double-blind, double-dummy, randomised phase III study comparing secnidazole and metronidazole. Infect Dis Obstet Gynecol. 2010;2010.
67. Sherrard J, Donders G, White D, Jensen J, IUSTI E. European (IUSTI/WHO) guideline on the management of vaginal discharge, 2011. Int J STD AIDS. 2011;22(8).
68. Schwebke J, Desmond R. Tinidazole vs metronidazole for the treatment of bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol. 2011;204(3):211.e1-6.
69. Forna F, Gulmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. Cochrane Database Syst Rev. 2003(2):CD000218.
70. Nurbhai M, Grimshaw J, Watson M, Bond C, Mollison J, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush). Cochrane Database Syst Rev. 2007(4):CD002845.

71. Pepin J. Low prevalence of cervical infections in women with vaginal discharge in west Africa: implications for syndromic management. Sexually transmitted infections. 2004;80(3):230-5.
72. Lamont R, Nhan-Chang C, Sobel J, Workowski K, Conde-Agudelo A, Romero R. Treatment of abnormal vaginal flora in early pregnancy with clindamycin for the prevention of spontaneous preterm birth: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2011;205(3):177-90.
73. Gulmezoglu AM, Azhar M. Interventions for trichomoniasis in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2011(5):CD000220.
74. Caro-Paton T, Carvajal A, Martin de Diego I, Martin-Arias LH, Alvarez Requejo A, Rodriguez Pinilla E. Is metronidazole teratogenic? A meta-analysis. Br J Clin Pharmacol. 1997 Aug;44(2):179-82.
75. Young GL, Jewell D. Topical treatment for vaginal candidiasis (thrush) in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2001(4):CD000225.
76. Lyng J, Christensen J. A double-blind study of the value of treatment with a single dose tinidazole of partners to females with trichomoniasis. Acta Obstet Gynecol Scand. 1981;60(2):199-201.
77. Spence D. Candidiasis (vulvovaginal). Clin Evid (Online). 2010;2010.
78. Sobel JD, Ferris D, Schwebke J, Nyirjesy P, Wiesenfeld HC, Peipert J, et al. Suppressive antibacterial therapy with 0.75% metronidazole vaginal gel to prevent recurrent bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol. 2006 May;194(5):1283-9.
79. Kanno M, Sobel JD. Late recurrence of resistant Trichomonas vaginalis vaginitis: relapse or re-infection? Sex Transm Infect. 2003 Jun;79(3):260-1.
80. Hager WD. Treatment of metronidazole-resistant Trichomonas vaginalis with tinidazole: case reports of three patients. Sex Transm Dis. 2004 Jun;31(6):343-5.
81. Saporiti AM, Gomez D, Levalle S, Galeano M, Davel G, Vivot W, et al. [Vaginal candidiasis: etiology and sensitivity profile to antifungal agents in clinical use]. Rev Argent Microbiol. 2001 Oct-Dec;33(4):217-22.
82. Stewart A, Ubee SS, Davies H. Epididymo-orchitis. BMJ. 2011;342:d1543.
83. Morcos R, Frost N, Hnat M, Petrunak A, Caldito G. Laparoscopic versus clinical diagnosis of acute pelvic inflammatory disease. J Reprod Med. 1993 Jan;38(1):53-6.
84. Cibula D, Kuzel D, Fucikova Z, Svabik K, Zivny J. Acute exacerbation of recurrent pelvic inflammatory disease. Laparoscopic findings in 141 women with a clinical diagnosis. J Reprod Med. 2001 Jan;46(1):49-53.
85. Molander P, Finne P, Sjoberg J, Sellors J, Paavonen J. Observer agreement with laparoscopic diagnosis of pelvic inflammatory disease using photographs. Obstet Gynecol. 2003 May;101(5 Pt 1):875-80.
86. Gaitan H, Angel E, Diaz R, Parada A, Sanchez L, Vargas C. Accuracy of five different diagnostic techniques in mild-to-moderate pelvic inflammatory disease. Infect Dis Obstet Gynecol. 2002;10(4):171-80.
87. Bevan CD, Johal BJ, Mumtaz G, Ridgway GL, Siddle NC. Clinical, laparoscopic and microbiological findings in acute salpingitis: report on a United Kingdom cohort. Br J Obstet Gynaecol. 1995 May;102(5):407-14.

88. Kinghorn GR, Duerden BI, Hafiz S. Clinical and microbiological investigation of women with acute salpingitis and their consorts. Br J Obstet Gynaecol. 1986 Aug;93(8):869-80.
89. Molander P, Sjoberg J, Paavonen J, Cacciatore B. Transvaginal power Doppler findings in laparoscopically proven acute pelvic inflammatory disease. Ultrasound Obstet Gynecol. 2001 Mar;17(3):233-8.
90. Taipale P, Tarjanne H, Ylostalo P. Transvaginal sonography in suspected pelvic inflammatory disease. Ultrasound Obstet Gynecol. 1995 Dec;6(6):430-4.
91. Tukeva TA, Aronen HJ, Karjalainen PT, Molander P, Paavonen T, Paavonen J. MR imaging in pelvic inflammatory disease: comparison with laparoscopy and US. Radiology. 1999 Jan;210(1):209-16.
92. Imaoka I, Wada A, Matsuo M, Yoshida M, Kitagaki H, Sugimura K. MR imaging of disorders associated with female infertility: use in diagnosis, treatment, and management. Radiographics. 2003 Nov-Dec;23(6):1401-21.
93. Nishino M, Hayakawa K, Iwasaku K, Takasu K. Magnetic resonance imaging findings in gynecologic emergencies. J Comput Assist Tomogr. 2003 Jul-Aug;27(4):564-70.
94. Ness RB, Soper DE, Richter HE, Randall H, Peipert JF, Nelson DB, et al. Chlamydia antibodies, chlamydia heat shock protein, and adverse sequelae after pelvic inflammatory disease: the PID Evaluation and Clinical Health (PEACH) Study. Sex Transm Dis. 2008 Feb;35(2):129-35.
95. Lepine LA, Hillis SD, Marchbanks PA, Joesoef MR, Peterson HB, Westrom L. Severity of pelvic inflammatory disease as a predictor of the probability of live birth. Am J Obstet Gynecol. 1998 May;178(5):977-81.
96. Hillis SD, Joesoef R, Marchbanks PA, Wasserheit JN, Cates W, Jr., Westrom L. Delayed care of pelvic inflammatory disease as a risk factor for impaired fertility. Am J Obstet Gynecol. 1993 May;168(5):1503-9.
97. Martens MG, Gordon S, Yarborough DR, Faro S, Binder D, Berkeley A. Multicenter randomized trial of ofloxacin versus cefoxitin and doxycycline in outpatient treatment of pelvic inflammatory disease. Ambulatory PID Research Group. South Med J. 1993 Jun;86(6):604-10.
98. Walker CK, Kahn JG, Washington AE, Peterson HB, Sweet RL. Pelvic inflammatory disease: metaanalysis of antimicrobial regimen efficacy. J Infect Dis. 1993 Oct;168(4):969-78.
99. Arredondo JL, Diaz V, Gaitan H, Maradiegue E, Oyarzun E, Paz R, et al. Oral clindamycin and ciprofloxacin versus intramuscular ceftriaxone and oral doxycycline in the treatment of mild-to-moderate pelvic inflammatory disease in outpatients. Clin Infect Dis. 1997 Feb;24(2):170-8.
100. Hemsell DL, Little BB, Faro S, Sweet RL, Ledger WJ, Berkeley AS, et al. Comparison of three regimens recommended by the Centers for Disease Control and Prevention for the treatment of women hospitalized with acute pelvic inflammatory disease. Clin Infect Dis. 1994 Oct;19(4):720-7.
101. Savaris RF, Teixeira LM, Torres TG, Edelweiss MI, Moncada J, Schachter J. Comparing ceftriaxone plus azithromycin or doxycycline for pelvic inflammatory disease: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2007

Jul;110(1):53-60.
102. Bevan CD, Ridgway GL, Rothermel CD. Efficacy and safety of azithromycin as monotherapy or combined with metronidazole compared with two standard multidrug regimens for the treatment of acute pelvic inflammatory disease. J Int Med Res. 2003 Jan-Feb;31(1):45-54.
103. ESG. Comparative evaluation of clindamycin/gentamicin and cefoxitin/doxycycline for treatment of pelvic inflammatory disease: a multi-center trial. The European Study Group. Acta Obstet Gynecol Scand. 1992 Feb;71(2):129-34.
104. Altunyurt S, Demir N, Posaci C. A randomized controlled trial of coil removal prior to treatment of pelvic inflammatory disease. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003 Mar 26;107(1):81-4.
105. Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. Contraception. 1981 Aug;24(2):137-43.
106. Corsi PJ, Johnson SC, Gonik B, Hendrix SL, McNeeley SG, Jr., Diamond MP. Transvaginal ultrasound-guided aspiration of pelvic abscesses. Infect Dis Obstet Gynecol. 1999;7(5):216-21.
107. Aboulghar MA, Mansour RT, Serour GI. Ultrasonographically guided transvaginal aspiration of tuboovarian abscesses and pyosalpinges: an optional treatment for acute pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol. 1995 May;172(5):1501-3.
108. Haddon L, Heason J, Fay T, McPherson M, Carlin EM, Jushuf IH. Managing STIs identified after testing outside genitourinary medicine departments: one model of care. Sex Transm Infect. 1998 Aug;74(4):256-7.
109. Groom TM, Stewart P, Kruger H, Bell G. The value of a screen and treat policy for Chlamydia trachomatis in women attending for termination of pregnancy. J Fam Plann Reprod Health Care. 2001 Apr;27(2):69-72.
110. Ross JD. What is endometritis and does it require treatment? Sex Transm Infect. 2004 Aug;80(4):252-3.
111. Guideline Development Methods: Information for National Collaborating Centres and Guideline Developers. London: National Institute for Clinical Excellence. Journal [serial on the Internet]. (February 2004, updated 2005) Date: Available from: www.nice.org.uk.
112. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Journal [serial on the Internet]. 2007 Date; (Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2006/01, p. 10.): Available from: http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/index-02.htm, [Fecha de consulta: 11/01/2011]. .

Guía de Práctica Clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital